

De Gezondheidsraad en het reguleringsklimaat rond puberteitsremming bij minderjarigen

Lodewijk Smeehuijzen¹

Over het voorschrijven van puberteitsremmers aan minderjarigen met genderdysforie, zoals vastgelegd in het *Dutch Protocol*, is steeds meer discussie ontstaan. Landen als het Verenigd Koninkrijk en Zweden hebben deze praktijk inmiddels aan banden gelegd. Tegen deze achtergrond heeft de Tweede Kamer de Gezondheidsraad verzocht om een advies over de juridische en medisch-wetenschappelijke basis van het huidige beleid. Dat advies is cruciaal: het zal niet alleen richting geven aan de herziening van het *Dutch Protocol*, maar ook bepalen hoe Nederland omgaat met een interventie die diep ingrijpt in de ontwikkeling van minderjarigen. Dit artikel onderzoekt of de advisering door de Gezondheidsraad voldoet aan de eisen van onafhankelijkheid en zorgvuldigheid. Daarbij wordt ingegaan op de samenstelling van de commissie, de risico's van belangenverstrengeling en het bredere reguleringsklimaat waarin deze oordeelsvorming plaatsvindt.

1. Inleiding

De behandeling van genderdysforie bij kinderen op basis van het *Dutch Protocol*,² met name de toediening van puberteitsremming, is inmiddels een omstreden onderwerp. Het aantal jongeren dat zich meldt is in tien jaar tijd onverklaarbaar sterk gestegen, de samenstelling van de populatie is ingrijpend veranderd en internationaal groeit twijfel over veiligheid en effectiviteit. In verschillende landen die aanvankelijk het *Dutch Protocol* omarmden – waaronder het Verenigd Koninkrijk, Zweden, Finland, Denemarken en Nieuw-Zeeland – is de toepassing ervan inmiddels gestaakt of sterk ingeperkt.³

Tegen deze achtergrond heeft de Tweede Kamer de Minister van Volksgezondheid verzocht de Gezondheidsraad om advies te vragen over de juridische en medische legitimiteit van de huidige praktijk in Nederland.⁴ Dat advies is niet alleen op zichzelf van betekenis, maar ook omdat het normaal gesproken grote invloed zal hebben op de herziening van het *Dutch Protocol*, die thans gaande is.⁵ In dit artikel staat de vraag centraal of de advisering door de Gezondheidsraad voldoet aan de eisen van onafhankelijkheid en zorgvuldigheid die voor dit type advisering gelden.

Eerst volgt in paragraaf 2 een beschrijving van wat op het spel staat bij de adviesvraag. Daarna behandelen paragraaf 3 de samenstelling van de adviserende commissie in het licht van de 'Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling' en paragraaf 4 het bredere reguleringsklimaat. Paragraaf 5 is de slotbeschouwing.

2. Wat staat er op het spel bij de adviesvraag aan de Gezondheidsraad?

De onderhavige adviesaanvraag aan de Gezondheidsraad heeft zowel een juridische als een medisch-inhoudelijke component. Juridisch moet worden beoordeeld of de huidige praktijk 'recht doet aan het geldende gezondheidsrechtelijke kader'. Tegelijk wordt de Raad gevraagd om een medisch-wetenschappelijk oordeel.

In Nederland worden puberteitsremmers toegepast met als doel een 'neutrale pauzestand' te creëren: een tijdelijke onderbreking van de puberteit die jongeren met genderdysforie zou moeten helpen om in rust tot een weloverwogen beslissing te komen. De kern van de twijfel over deze praktijk betreft deze veronderstelde neutraliteit. De Britse *Cass Review*,⁶ gebaseerd op zeven systematische

literatuurstudies, concludeert dat vrijwel alle jongeren die starten met puberteitsremming doorgaan naar cross-sekshormonen en andere onomkeerbare ingrepen. De interventie functioneert daarmee niet als een open afwegingsmoment, maar als een trechter die de beslissing tot transitie feitelijk naar de (vroege) puberteit verplaatst. Daarmee verschuift een ingrijpende keuze naar een ontwikkelingsfase waarin jongeren cognitief niet in staat zijn om de langetermijngevolgen te overzien. Het is hierbij van belang te weten dat de medische transitie gepaard gaat met verlies van vruchtbaarheid, verminderd seksueel functioneren, een verhoogd risico op complicaties, moeilijkheden bij het vormen van duurzame partnerrelaties en levenslange afhankelijkheid van medische zorg en hormoonsubstitutie.

De interventie verschuift een ingrijpende keuze naar een ontwikkelingsfase waarin jongeren cognitief niet in staat zijn om de langetermijngevolgen te overzien

Bovendien wijzen verschillende onderzoeken op mogelijke negatieve effecten op de ontwikkeling van het brein, met name in een fase waarin prefrontale functies, *impulse control* en risicobeoordeling zich normaliter snel ontwikkelen. De *Cass Review* noemt het onmogelijk om vast te stellen in hoeverre puberteitsremming de spontane ontwikkeling van gender- en seksuele identiteit kan beïnvloeden. Voor geboren meisjes (inmiddels verreweg de grootste groep) blijkt bovendien dat puberteitsremming niet noodzakelijk is om later 'passabel' te zijn als man – traditioneel een belangrijke rechtvaardiging voor puberteitsremming.

Het Verenigd Koninkrijk heeft, na de *Cass Review*, het gebruik van puberteitsremmers voor minderjarigen ver-

boden buiten strikt gecontroleerde *clinical trials*;⁷ de Tavistock-kliniek, de grootste instelling voor transgenderzorg aan jongeren ter wereld, werd gesloten. Andere landen – zie de inleiding – hebben hun protocollen substantieel aangescherpt en puberteitsremming grotendeels teruggebracht tot klinisch onderzoek.⁸

Deze internationale koerswijzigingen laten zien dat er geen consensus meer bestaat over de veiligheid, effectiviteit of wenselijkheid van deze interventie bij minderjarigen. Voor de Nederlandse context zijn deze ontwikkelingen en in het bijzonder de *Cass Review* inhoudelijk relevant, maar de Gezondheidsraad (en Nederland in het algemeen) moet tot een eigen oordeel komen. Dat is noodzakelijk omdat (i) de zorg voor kinderen met genderdysforie verweven is met nationale zorgstructuren, (ii) de duiding van wetenschappelijk bewijs onvermijdelijk normatief geladen is, en (iii) deze behandeling niet alleen medisch-technisch van aard is, maar diep ingrijpt in vragen over autonomie, identiteit en ouderlijke verantwoordelijkheid.

Het gewicht van deze adviesaanvraag is daarmee aanzienlijk. Het gaat om besluiten die de levensloop van – in de praktijk – vooral kwetsbare minderjarige geboren meisjes met comorbiditeit diepgaand kunnen beïnvloeden. Dat maakt een advies dat zowel inhoudelijk robuust als institutioneel onafhankelijk is essentieel voor de legitimiteit van het Nederlandse beleid.

3. Samenstelling van de adviescommissie en belangenverstrengeling

3.1. Inleiding

De 'Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling'⁹ verplicht de Gezondheidsraad zijn commissies zo samen te stellen dat het risico op kleuring van de oordeelsvorming door institutionele, professionele of persoonlijke belangen wordt geminimaliseerd en de geloofwaardigheid van het advies gewaarborgd blijft. De Code bepaalt dat de ernst van mogelijke belangenverstrengeling wordt vastgesteld aan de hand van (i) het risico dat de inbreng van een deskundige door meespelende belangen wordt beïnvloed, en (ii) de schade die dit kan toebrengen aan de inhoud en geloofwaardigheid van het advies. Onder 'belangen' valt volgens de toelichting mede de reputatie van de instelling van de deskundige.

De Commissie¹⁰ telt twaalf leden, van wie er zes direct of indirect betrokken zijn of waren bij het

Auteurs

1. Prof. mr. J.L. Smeehuijzen is hoogleraar privaatrecht aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

Noten

2. Formeel getiteld: 'De Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch', Den Haag, 2018.

3. In zekere zin is dit artikel een vervolg op een eerdere bijdrage in dit tijdschrift van ruim twee jaar geleden, te weten: Lodewijk Smeehuijzen, Jilles Smids & Coen Hoekstra, 'Transgenderzorg aan kinderen. Juridische

bedenkingen bij het Dutch Protocol', *NJB* 2023/1772, afl. 25. Zie voor een geüpdate Engelstalige versie van dat artikel: 'A Legal Assessment of the Dutch Protocol for Transgender Care to Children: Evidence, Ethics and Procedure', *Family Law* 2025, doi:10.5553/FenR/.000069.

4. gezondheidsraad.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2024/05/13/adviesaanvraag-minister-voor-mz-over-transgenderzorg/20240513_Adviesaanvraag-GR-transgenderzorg_VWS_20240521_Geredigeerd.pdf.

5. Federatie Medisch Specialisten, 'Evaluatie van de kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch', februari 2024, p. 5.

6. 'The Cass Review, Independent Review of Gender Identity Services to Children and Young People: Final Report', april 2024; zie in het bijzonder hoofdstuk 14.

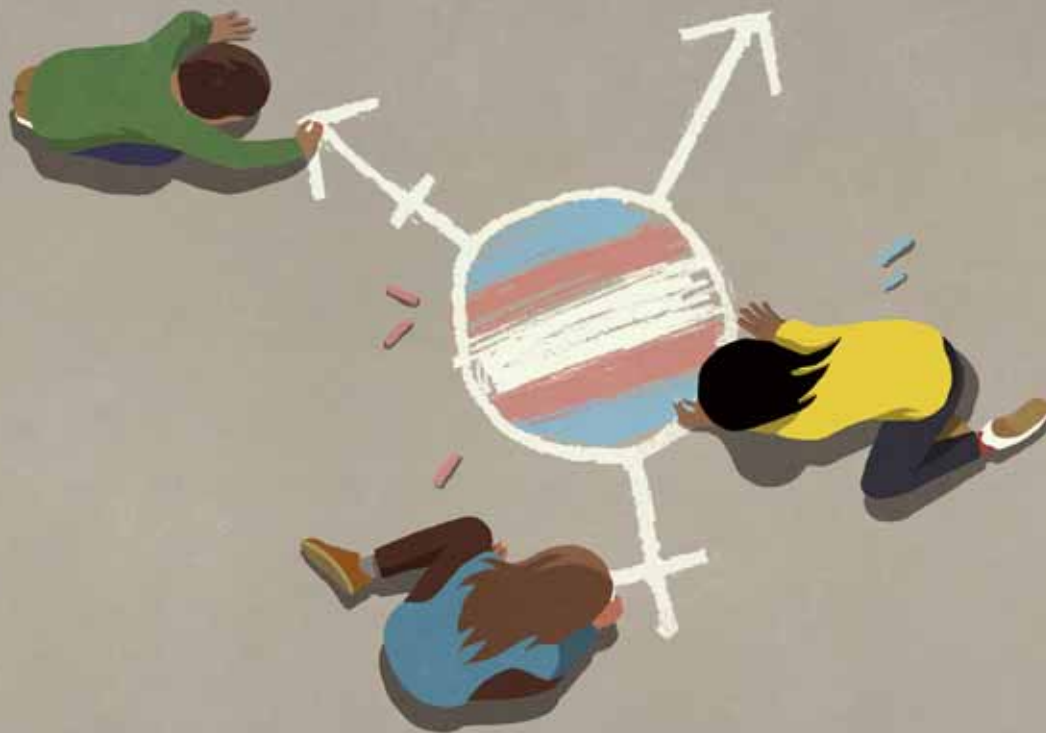
7. Department of Health and Social Care, 11 december 2024, 'Ban on puberty blockers to be made indefinite on experts' advice, gov.uk/government/news/ban-on-puberty-blockers-to-be-made-indefinite-on-experts-advice?utm.

8. Zie voor een overzicht: J.L. Smeehuijzen,

J. Smids & C. Hoekstra, 'A Legal Assessment of the Dutch Protocol for Transgender Care to Children: Evidence, Ethics and Procedure', *Family Law* 2025, doi:10.5553/FenR/.000069.

9. Mede opgesteld en onderschreven door de Gezondheidsraad; knaw.nl/publicaties/code-ter-voorkoming-van-oneigenlijke-beïnvloeding-door-belangenverstrengeling.

10. gezondheidsraad.nl/documenten/2025/02/07/startbrief-adviesstraject-transgenderzorg-voor-jongeren.



© Malte Mueller / Getty Images

voorschrijven of toedienen van puberteitsremmers en cross-seksehormonen.¹¹ Twee van deze zes leden zijn als 'structureel geraadpleegd deskundige' aan de commissie verbonden en hebben daarom geen stemrecht. Maar de Code maakt wat belangenconflicten betreft geen verschil tussen leden met en zonder stemrecht. Dat is terecht, want wie de dynamiek van dit soort beraadslagingen kent, weet dat ook zonder stemrecht de inhoudelijke invloed groot kan zijn.

Om het denken over belangen scherp te krijgen, moeten wij ons voorstellen dat de Commissie de bestaande praktijk in strijd met het recht acht en niet conform de medisch-wetenschappelijke standaard; wat zou zo'n advies voor de leden zelf, en de instellingen waaraan zij zijn verbonden, betekenen? Voorts is het bij wijze van referentiekader nuttig een beeld te hebben van de typische adviesaanvragen aan de Gezondheidsraad: die betreffen doorgaans brede, toekomstgerichte vragen, zoals, om een aantal voorbeelden te noemen, vroege signalering van dementie, gezondheidsrisico's voor omwonenden van veehouderijen,

mogelijke effecten van 5G, de inzet van COVID-19-vaccins voor specifieke groepen, strategieën bij vaccin-schaarste, ontwikkelingen in biotechnologie en beleid ter bevordering van de zelfredzaamheid van ouderen.

3.2. Bijzondere gevoeligheid voor belangenverstrengeling

De onderhavige kwestie is in termen van gevoeligheid voor belangenverstrengeling met die typische adviesaanvragen onvergelykbaar, om de volgende redenen.

1. Controversiële context

Anders dan bij doorsnee beleidsvragen is het *Dutch Protocol* inmiddels onderwerp van een scherpe nationale en internationale controverse. Precies om die reden heeft de Tweede Kamer de minister verzocht de Gezondheidsraad om advies te vragen. Die achtergrond verhoogt de noodzaak van een zorgvuldige en evenwichtige samenstelling van de commissie. Een advies binnen zo'n gepolariseerde context zal alleen gezag hebben wanneer de procedurele waarborgen aantoonbaar zijn nageleefd.

De Commissie telt twaalf leden, van wie er zes direct of indirect betrokken zijn of waren bij het voorschrijven of toedienen van puberteitsremmers en cross-seksehormonen

2. Kleine praktijk

Puberteitsremming wordt in Nederland uitgevoerd binnen enkele gespecialiseerde afdelingen, door een beperkte groep behandelaars. Als deze groep in de commissie is vertegenwoordigd dan beoordeelt zij feitelijk haar eigen praktijk en die van directe collega's. Dat maakt een onbevangen oordeel aanzienlijk lastiger dan bij brede advies-trajecten waarin de betrokkenheid over vele instellingen en disciplines is verspreid.

3. Reputatierisico

Doordat het *Dutch Protocol* over een periode van dertig jaar internationaal aanzien heeft verworven en als een Nederlands model is uitgedragen, staat de (historische) reputatie van de betrokken UMC's – in het bijzonder het Amsterdamse, dat het *Dutch Protocol* heeft ontwikkeld – op het spel. Hetzelfde geldt voor de persoonlijke reputatie van de direct betrokken medische professionals.

4. Grote praktische impact

Een negatief advies kan buitengewone praktische gevolgen hebben. De *Cass Review* laat zien hoe ingrijpend die kunnen zijn: de sluiting van de Tavistock-kliniek, de herstructurering van de gehele Engelse jeugdgenderzorg en het stopzetten van bestaande behandelpraktijken. Een substantiële impact op de huidige praktijk is ook in Nederland – organisatorisch, operationeel en beleidsmatig – niet uitgesloten. Dat vergroot het persoonlijke en institutionele belang.

5. Retrospectief karakter.

Het advies betreft een interventie die drie decennia lang is uitgevoerd, verdedigd en onderwezen. Daardoor zijn gevestigde belangen ontstaan – professioneel, institutioneel en persoonlijk – wat een onbevangen beoordeling moeilijker maakt dan bij prospectieve adviezen over nieuw of nog te ontwikkelen beleid.

6. Juridische toets

De expliciet juridische vraagstelling creëert het risico van zelfincriminatie. Wanneer de Gezondheidsraad concludeert dat de huidige praktijk in strijd is met het recht, kan op dat oordeel in toekomstige civiele en tuchtrechtelijke procedures – bijvoorbeeld door *detransitioners* – een beroep worden gedaan. Dat kan zowel individuele als institutionele aansprakelijkheid mee brengen. Hierdoor is het belang van direct betrokken commissieleden niet abstract of beleidsmatig, maar uitzonderlijk concreet en persoonlijk.

Bezien aan de hand van de criteria van de Code valt deze adviesaanvraag op door de samenloop van meerdere, elkaar versterkende risicodimensies. In andere advies-trajecten van de Gezondheidsraad is soms wel sprake van enige gevoeligheid op één afzonderlijk punt. Maar er zijn geen gevallen – ik bekeek adviesaanvragen over de laatste vijf jaar – waarin dergelijke indicatoren over meerdere dimensies cumuleren, laat staan dat zij op alle hierboven geschetste punten substantieel uitslaan. Juist die stapeling maakt dat deze casus in vergelijking met reguliere adviesaanvragen uitzonderlijk risicovol is.

En, niet onbelangrijk tot slot: het is al een serieuze vraag of een commissie nog onafhankelijk kan functioneren wanneer één lid een substantieel belang heeft bij de

Bezien aan de hand van de criteria van de Code valt deze adviesaanvraag op door de samenloop van meerdere, elkaar versterkende risicodimensies

uitkomst van het advies. In deze commissie is het veel uitgesprokener: *de helft van de commissie* is op een wezenlijke manier verbonden met de interventie die zij moet beoordelen. Dat maakt het lastig om te verdedigen dat de commissie als geheel voldoende afstand en onbevangenheid bezit om een geloofwaardig oordeel te vellen. En dan blijft nog buiten beschouwing dat het criterium niet is werkelijke belangenverstrengeling, maar alleen al de *schijn* daarvan.¹²

3.3. Waarom slechts één jurist?

Naast de kwestie van belangenverstrengeling valt de beperkte juridische expertise binnen de commissie op. De Tweede Kamer verzocht de minister specifiek om een advies over de verenigbaarheid van de bestaande praktijk met het 'geldende gezondheidsrechtelijke kader'. Dat is een complexe juridische opdracht. Zo zijn in de juridische literatuur tot op heden geproblematiseerd: de rechtmatigheid van off-label gebruik,¹³ de status van het *Dutch Protocol* als gezaghebbende norm,¹⁴ de rechten van het kind¹⁵ en de voorwaarden voor toestemming bij minder-jarigen.¹⁶

In een gemengde opdracht als die nu aan de Gezondheidsraad is voorgelegd – zowel juridisch als medisch-inhoudelijk – is de balans in expertise van belang. Beide aspecten zijn wezenlijk voor de beoordeling.¹⁷ Deze balans ontbreekt: van de twaalf commissieleden is er slechts één jurist. Deze jurist heeft niet eerder gepubliceerd over puberteitsremming, de juridische status van protocollen of de relevante regulatoire kaders, maar heeft wel samen met een ander commissielid, tevens zijnde een directe collega aan het LUMC met wie zij regelmatig publiceert en die zelf het *Dutch Protocol* in de praktijk heeft gebracht, een artikel geschreven. Dat de auteurs het niet op hebben met mensen die zich kritisch

11. Ik noem hier piëteitshalve geen namen, maar ben in een geëigende setting graag bereid deze stelling te adstrueren.

12. Zie p. 5 van de Code.

13. Zie J.L. Smeehuijzen & J. Smids, 'Toediening van puberteitsremmers aan minderjarigen met genderdysforie en de Geneesmiddelenwet', *TVGR* 2024/48.

14. Lodewijk Smeehuijzen, Jilles Smids & Coen Hoekstra, 'Transgenderzorg aan kinderen. Juridische bedenkingen bij het Dutch Protocol', *NJB* 2023/1772, afl. 25.

15. T.C. Klijnsmit-Leertouwer, 'Het belang

van het kind bij medische genderbehandeling', *TVGR* 2024, afl. 1.

16. G. den Hartogh, 'Is het begrip 'wilsbekwaamheid' van elastiek?', *Filosofie & Praktijk* 2025, afl. 1, p. 78-82; en E. Pans, 'De medisch-professionele standaard voor de transgenderjongere', redactioneel *TVGR* 2022, afl. 4.

17. Dat staat ook in de Preambule van de Code.

uiten over de (medische) behandeling van mensen met genderdysforie is wel duidelijk.¹⁸

Daarmee is de (onafhankelijke) juridische deskundigheid binnen de commissie te beperkt.

3.4. Conclusie

De samenstelling van de commissie door de Gezondheidsraad had anders gemoeten. Het had ook anders gekund. Een mogelijkheid was geweest wetenschappers van buiten de genderzorg in de commissie te zetten, die zich dan hadden kunnen laten voorlichten door professionals uit de praktijk (zie artikel 8 en met name 8.4 Reglement van orde van de Gezondheidsraad). Een goed gekozen gezelschap van generalisten (juristen, methodologen, kinderneurologen, ontwikkelingspsychologen, kinderartsen, kinderpsychiaters) had die input op waarde kunnen schatten. Bijvoorbeeld rechters moeten vaak met nog veel minder 'eigen kennis' oordelen over deskundigenuitlatingen. Denk ook aan de *Cass Review*, dat door een gerenommeerde generalistische 'buitenstaander' is opgesteld – in een uitvoerig proces gevoed door wetenschappers en stakeholders. Betrokkenheid van internationale experts was ook een optie geweest omdat ook elders ervaring is opgedaan met het *Dutch Protocol*.

4. Het Nederlandse reguleringsklimaat rond puberteitsremming

4.1. Inleiding

De onevenwichtige samenstelling van de Commissie staat niet op zichzelf. Zij is exemplarisch voor een bredere asymmetrie in wat men het reguleringsklimaat rond puberteitsremming kan noemen. Voor het verdere denken over de wijze waarop de huidige praktijk beoordeeld zou moeten worden, is inzicht in dit klimaat noodzakelijk. Het reguleringsklimaat bepaalt niet alleen de context en grenzen, maar ook de specifieke risico's, valkuilen en kwetsbaarheden waarmee een overtuigende beoordeling rekening moet houden.

Hierna worden zes aspecten besproken: (i) een afwijking van gangbare wetenschappelijke normen, (ii) een beperkt wetenschappelijk debat, (iii) afschrikking van derden en epistemologische verkokering, (iv) verwevenheid van zorg en onderzoek, (v) onevenwichtige patiëntenvertegenwoordiging en (vi) *Regulatory Capture*.

4.2. Afwijking van gangbare wetenschappelijke normen

Van een ingrijpende medische interventie als het stilzetten van de puberteit mag worden verwacht dat zij berust op een solide, transparante en toetsbare wetenschappelijke basis. Die basis ontbreekt in Nederland. Deze tekortkomingen zijn in eerdere publicaties uitgebreid gedocumenteerd.¹⁹

In reactie op de inmiddels breed onderkende zwakke wetenschappelijke fundering is recent een publicatie verschenen vanuit de Amsterdamse genderzorg.²⁰ Daarin wordt expliciet de vraag opgeworpen of 'effectiviteit' überhaupt nog een vereiste zou moeten zijn voor genderbevestigende interventies. De auteurs stellen 'de bewering ter discussie dat genderbevestigende zorg per se tot "effectieve" uitkomsten moet leiden om legitiem te zijn' en betogen dat ook 'verbetering' als uitkomstmaat problematisch

Het beginsel dat een behandeling aantoonbaar tot welzijnsverbetering moet leiden, is misschien wel de meest fundamentele norm binnen de medische wetenschap

is. Onder verwijzing naar de *feminist and queer affect theory* wordt het traditionele beoordelingskader verworpen: het narratief dat een behandeling moet leiden tot verbetering van welzijn is normatief en beklemmend.

Dit is een uitzonderlijke stellingname: het beginsel dat een behandeling aantoonbaar tot welzijnsverbetering moet leiden, is misschien wel de meest fundamentele norm binnen de medische wetenschap. Het verlaten daarvan betekent feitelijk dat men zich buiten het kader van *evidence-based* geneeskunde begeeft. In de medische praktijk behoort het formuleren van een concrete, toetsbare behandel doelstelling tot de kern van verantwoord handelen. Zonder gedefinieerd einddoel is evaluatie onmogelijk en wordt de behandeling feitelijk tot een experiment zonder hypothese.

Wat de toekomstige uitkomstmaat wél zou moeten zijn, blijft onduidelijk. De leidende onderzoeker verklaarde onlangs in *NRC*²¹ dat daarop 'geen simpel antwoord' mogelijk is, omdat genderbeleving 'complex of in beweging' is en omdat sommige patiënten 'alleen een beetje testosteron willen om te kijken hoe het voelt'. Inmiddels wordt gewerkt aan 'betere vragenlijsten', samen met de transgender-community, gericht op open vragen over lichaamservaring. Daarmee blijft ongewis wat precies moet worden vastgesteld, laat staan hoe.

Het geheel laat zich moeilijk anders typeren dan als een verschuiving van doelpalen. Waar aanvankelijk werd gesteld dat de bestaande onderzoeken voldoende bewijs boden binnen het conventionele medisch-wetenschappelijke kader, is die positie onder invloed van methodologische kritiek en internationale systematische reviews onhoudbaar gebleken. In plaats van consequenties te verbinden aan dat tekortschietende bewijs, wordt een nieuw beoordelingskader gezocht waarvan de uitkomsten nog onbekend zijn.

In deze constellatie ontbreekt het minimale epistemische fundament dat nodig is om überhaupt van een wetenschappelijk verantwoord oordeel te kunnen spreken.

4.3. Beperkt debat; geen data, geen researchprotocol

Een onafhankelijke beoordeling van een omstreden interventie vergt een open, toetsbaar en transparant wetenschappelijk debat. In Nederland ontbreekt dat. Er zijn in de kern twee oorzaken.

Ten eerste bestaat er geen toegang tot elementaire empirische gegevens. Het Amsterdam UMC beschikt over een uniek en omvangrijk archief van naar eigen zeggen circa tweeduizend jongeren,²² maar externe onderzoekers

hebben daartoe geen toegang en openbare kerngegevens lopen slechts tot 2018. Daardoor is onafhankelijk onderzoek naar de populatie, selectiecriteria, frequentie van comorbiditeit, drop-out, follow-up en behandelingsuitkomsten niet mogelijk.

Ten tweede ontbreekt een overkoepelend research-protocol voor deze vorm van *off-label* medicatietoediening – want daar gaat het om bij puberteitsremming.²³ Het Standpunt Veilig off-label voorschrijven van geneesmiddelen aan kinderen, dat een invulling vormt van het wettelijke kader, bepaalt dat bij experimenteel gebruik een researchprotocol vereist is waarin opzet, methoden, uitkomstmaten en evaluatie cyclisch en toetsbaar worden vastgelegd. Daardoor ontbreekt een gestructureerde basis om baten en risico's systematisch te volgen, met als gevolg dat er van cumulatieve wetenschappelijke voortgang nauwelijks sprake kan zijn.

4.4. Afschrikking van derden en epistemologische verkokering

Het debat over puberteitsremming is in Nederland niet alleen inhoudelijk complex, maar ook sociaal en institutioneel risicovol. Voor externe deskundigen – juristen, methodologen, kinderneurologen, ontwikkelingspsychologen, kinderpsychiaters, kinderartsen, ethici – is deelname aan dit debat zeer onaantrekkelijk. Dat zorgt voor een structurele drempel die de instroom van onafhankelijke stemmen belemmert.

Daarvoor zijn verschillende, elkaar versterkende redenen. Nederland kent een hoge mate van specialisatie, waardoor wetenschappers zich doorgaans niet mengen in domeinen buiten hun directe expertise. Maar op dit terrein komt daar een extra laag bovenop: kritische inbreng wordt gemakkelijk geassocieerd met een politiek geladen standpunt en kan institutionele repercussies hebben.

De gebeurtenissen rond een VU-conferentie van juni 2024 over het onderhavige thema illustreren dit. Er waren demonstraties, politie-overleg en veiligheidsmaatregelen. Sprekers moesten via het ondergrondse gangenstelsel worden begeleid. Kinderarts Hillary Cass, die een presentatie zou houden over de *Cass Review*, werd op spandoeken voor moordenaar uitgemaakt. Een journalist die ter plekke was, schreef de volgende dag in *de Volkskrant* een column onder de titel: 'Hoe subtiele bedreiging het wetenschappelijke debat bijna smoort'.²⁴

Ook uit een Zembla-uitzending van oktober 2023²⁵

blijkt hoe reëel dit punt is. Een methodoloog die de wetenschappelijke basis van het *Dutch Protocol* wilde bekritisieren, trok zich terug nadat hij intern was gewaarschuwd dat een interview zijn loopbaan kon schaden. Andere wetenschappers durfden überhaupt niet voor de camera te verschijnen. Een bijna-gepensioneerd hoogleraar was uiteindelijk de enige onafhankelijke onderzoeker die bereid was openlijk te spreken. Vrijwel iedereen die zich kritisch uitlaat over *Gender Affirmative Care* is online gelabeld als 'anti-transgender activist'.²⁶ Onderzoekers zijn bang voor hun reputatie en willen zich dit soort kwalificaties niet op de hals halen.

Vrijwel iedereen die zich kritisch uitlaat over *Gender Affirmative Care* is online gelabeld als 'anti-transgender activist'

Deze dynamiek leidt tot wat epistemologische verkokering wordt genoemd: onafhankelijke tegenspraak wordt ontmoedigd, groepsdenken ligt op de loer.

4.5. Verwevenheid van zorg en onderzoek

Een tweede structurele beperking in het Nederlandse reguleringsklimaat is de nauwe verwevenheid van klinische praktijk en wetenschappelijk onderzoek. Vrijwel al het onderzoek naar puberteitsremming wordt uitgevoerd door dezelfde instellingen die de behandeling toepassen, verdedigen en internationaal uitdragen (voornamelijk het Amsterdam UMC).

Zeker na de *Cass Review* bestaat er brede erkenning dat er fundamentele wetenschappelijke onzekerheid is over deze interventie. Een werkelijk onafhankelijke onderzoeker zou de bestaande onzekerheden onbevangen benaderen. Maar voor de behandelaar die de interventie jarenlang heeft voorgeschreven, zijn de professionele, intellectuele en reputatiebelangen te groot geworden. Dat maakt een volledig open houding niet waarschijnlijk.

De combinatie van professionele betrokkenheid,

18. A. Hendriks, M. Sombroek-van Doorn & M. de Vries, 'Maak richtlijnen lhbtq+-sensitief', *Medisch Contact* 14 september 2023, medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/maak-richtlijnen-lhbtq-sensitief#reacties. Uit die publicatie: 'In populair-wetenschappelijke en andere media laten artsen (die niet betrokken zijn bij de lhbtq+-zorg) zich regelmatig negatief uit over genderdiversiteit en de (medische) behandeling van mensen met genderdysforie. Maar kun je nog zomaar ongestraft stellen dat genderdysforie een stoornis is?

Neen. (...) De auteurs pleiten voor tuchtrechtelijke vervolging van deze artsen. Of de auteurs een relevant onderscheid zien tussen artsen die zich 'regelmatig negatief uitlaten over genderdiversiteit' (uit het artikel blijkt niet of die artsen werkelijk bestaan) en artsen die twijfel hebben over de medische behandeling van mensen met genderdysforie (die artsen bestaan zeker), blijkt niet.

19. Zie voor een overzicht de *Cass Review* en: 'A Legal Assessment of the Dutch Protocol for Transgender Care to Children:

Evidence, Ethics and Procedure', *Family Law* 2025, doi:10.5553/FenR/000069.

20. E.D. Oosthoek, S. Stanwich, K. Gerritse, D.M. Doyle & A.L.C. de Vries, 'Gender-affirming medical treatment for adolescents: a critical reflection on "effective" treatment outcomes', *BMC Med Ethics* 2024, 25, 1154, gepubliceerd in december 2024, doi:10.1186/s12910-024-01143-8.

21. E. de Bruin, 'Aan jongeren die een genderbehandeling krijgen "kunnen we veel opener vragen: hoe voel je je over je lichaam?"', *NRC* 30 januari 2025.

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

23. Zie uitvoerig: J.L. Smeehuijzen & J. Smids, 'Toediening van puberteitsremmers aan minderjarigen met genderdysforie en de Geneesmiddelenwet', *TVGR* 2024/48.

24. A. van Es, *de Volkskrant* 28 juni 2024.

25. bnnvara.nl/zembla/artikelen/het-transgenderprotocol_vanaf_25_42.

26. Op bijvoorbeeld transgendermap.com.

persoonlijke identificatie en wetenschappelijke verantwoordelijkheid kan maken dat het onderzoek naar risico's, selectiecriteria en langetermijneffecten minder scherp en minder onbevangen wordt uitgevoerd dan wenselijk is.

4.6. Onevenwichtige vertegenwoordiging van het patiëntenperspectief

Bij normvorming in de zorg is betrokkenheid van patiënten essentieel. Maar de vraag wie in dit dossier 'de patiënt' is, maakt het ingewikkeld. De relevante doelgroep voor puberteitsremming bestaat voornamelijk uit minderjarige, geboren meisjes (circa 10-14 jaar oud), vaak met comorbiditeit zoals autisme, trauma of depressie. Hun leeftijd maakt werkelijke participatie nauwelijks mogelijk. Bovendien gaat het om een interventie waarvan de hormonale, seksuele en reproductieve gevolgen zich pas veel later manifesteren.

In de praktijk wordt de stem van deze groep vrijwel volledig vertegenwoordigd door transgenderbelangenorganisaties.^{27, 28} Dit is een structurele eenzijdigheid: deze organisaties hebben het perspectief van volwassen transmensen met een gevestigde identiteit, voor wie toegang tot behandeling primair gaat over autonomie en het snel wegnemen van barrières. Vanuit dat perspectief is een voorzichtig selectieproces paternalistisch en frustrerend; verlaging van drempels is dan een legitieme prioriteit.

Het perspectief van de grootste risicogroep – jongeren die bij een onjuiste interventie levenslang schade kunnen ondervinden – blijft structureel onderbelicht

Maar dit perspectief is niet representatief voor het hele spectrum van minderjarigen. Voor jongeren bij wie genderdysforie in de loop van de adolescentie verdwijnt – klinisch een aanzienlijk deel – zijn juist zorgvuldigheid, terughoudendheid en psychologische ondersteuning essentiëler dan snelle medische interventie. Het patiëntenbelang is dus niet uniform maar intern verdeeld.

Het huidige inspraakmodel kiest één kant in deze spanning. Daardoor blijft het perspectief van de grootste risicogroep – de jongeren die bij een onjuiste interventie levenslang schade kunnen ondervinden – structureel onderbelicht. Het ontbreken van een representatieve patiëntenstem leidt tot een klimaat waarin de belangen van kwetsbare minderjarigen onvoldoende zijn geborgd.

4.7. Regulatory capture rond het Dutch Protocol

Regulatory capture ontstaat wanneer een toezichthoudende of regelgevende instantie zodanig afhankelijk raakt van de sector waarop zij toezicht houdt – voor informatie,

expertise en beleidsinput – dat zij in de praktijk vooral de belangen van die sector volgt. Bij domeinen met sterke informatie-asymmetriën is dat risico groot: wie toezicht moet houden, beschikt zelf niet over de benodigde kennis of data en is daardoor aangewezen op de partijen die juist gereguleerd moeten worden. In de Nederlandse genderzorg rond puberteitsremming zijn deze mechanismen goed zichtbaar.

Wanneer twijfels ontstaan over de wetenschappelijke basis van puberteitsremming, worden geregeld Kamervragen gesteld. De ambtenaren die de beantwoording daarvan voorbereiden, kunnen nauwelijks terecht bij andere bronnen dan de genderzorginstellingen zelf. Een recent NRC-portret illustreert dat. De behandelaars verklaren naast hun klinische werk ook de publieke en politieke discussie te moeten voeren en 'Kamervragen zo goed mogelijk' te beantwoorden.²⁹ Die afhankelijkheid is terug te zien in de officiële parlementaire stukken. Zo verwees de minister in haar reactie op de Cass Review vrijwel uitsluitend naar individuele en gezamenlijke reacties van de UMC's, aangevuld met de reactie van Transgender Netwerk Nederland. Andere perspectieven komen niet aan bod.³⁰

Zo ontstaat een gesloten circulatie van informatie: de instellingen die onderwerp van toetsing zijn, leveren de gegevens; de minister bevestigt en reproduceert die interpretatie; en het parlement ontvangt vrijwel uitsluitend die perspectieven. Zo gaat beleidsvorming meebewegen met de instellingen waarop toezicht moet worden gehouden. Dat hoeft geen gevolg van verkeerde intenties te zijn. Het is vooral een structurele afhankelijkheid die verhindert dat alternatieve informatie en onafhankelijke expertise een volwaardige rol kunnen spelen.

4.8. Conclusie

Het geschetste reguleringsklimaat laat zien hoe belangrijk een werkelijk onafhankelijk en goed onderbouwd advies van de Gezondheidsraad is, juist omdat wetenschap, praktijk en beleidsvorming in dit domein zo nauw in elkaar grijpen. Tegelijkertijd maakt het duidelijk dat diezelfde omstandigheden de totstandkoming van zo'n advies bemoeilijken: gebrek aan data, een grotendeels niet-openbaar debat en een geconcentreerde kennisproductie binnen één cluster maken gedegen oordeelsvorming moeilijk.

Voor een overtuigend oordeel is daarom reële afstand tot deze dynamiek onmisbaar. Dat geldt in personele zin; actoren die (in)direct deel uitmaken van de uitvoeringspraktijk moeten bij de beoordeling daarvan op gepaste afstand staan (paragraaf 3). Het geldt evenzeer in disciplinair opzicht. Verschillende medische generalisten en specialistische vakgebieden buiten de genderzorg zijn relevant voor het denken over puberteitsremming. Hun inzichten kunnen de kwaliteit van de zorg vergroten en helpen het risico op tunnelvisie dat in het huidige landschap bestaat, te ecarteren. In het huidige klimaat hebben deze disciplines onvoldoende inbreng. De sociale en institutionele beladenheid van het onderwerp ontmoedigt hun betrokkenheid. Een passend beoordelingstraject moet daarom actief borgen dat dergelijke disciplines zonder reputatierisico, zonder institutionele druk en volledig conform de regels voor

Voor een geloofwaardig oordeel is een procedure vereist die institutionele afstand, disciplinaire breedte en transparantie waarborgt

academische openheid en het verrichten van wetenschappelijk onderzoek hun expertise kunnen inbrengen.

5. Slotbeschouwing

Op het eerste gezicht is het in de afgelopen twee jaar met de toenemende twijfel over het *Dutch Protocol* zo gelopen als men zou hopen: signalering, advies, herijking. De vorm klopt. Over de inhoud valt te twijfelen.

De Gezondheidsraad heeft thans het voortouw, maar de geloofwaardigheid van de Commissie wordt aangetast door belangenverstrengeling en juridische ondervertegenwoordiging (paragraaf 3). Bovendien blijkt het regulerings-

klimaat waarbinnen de oordeelsvorming zou moeten plaatsvinden in een reeks van opzichten problematisch (paragraaf 4). Een onderzoeksoptzet die hiermee geen rekening houdt, zal betrouwbare noch gezaghebbende resultaten opleveren.

Voor een geloofwaardig oordeel is daarom een procedure vereist die institutionele afstand, disciplinaire breedte en transparantie waarborgt. Dat is geen technisch detail maar een normatief uitgangspunt: in een domein waar wetenschap, praktijk en beleidsvorming zo nauw in elkaar grijpen, kan een herijking alleen gezag hebben wanneer de structuur van de oordeelsvorming onafhankelijkheid niet alleen veronderstelt, maar ook zichtbaar maakt. Wat in dit geval ontbreekt, is precies dat: een proces waarin uitvoeringspraktijk en beoordeling gescheiden zijn, waarin generalistische en vakoverstijgende expertise daadwerkelijk een plaats hebben, en waarin alternatieve perspectieven niet door institutionele druk worden uitgesloten. Zonder zulke procesmatige waarborgen blijft elke inhoudelijke herbezinning kwetsbaar.

Juist waar het gaat om interventies die onomkeerbaar ingrijpen in de ontwikkeling van minderjarigen, is een beoordeling met zichtbare institutionele afstand tot de uitvoeringspraktijk een rechtsstatelijke vereiste. •

27. Zie de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg - Somatisch, p. 4.

28. De evaluatie van het Dutch Protocol wordt voorafgegaan door een uitvoerig overzicht van alle transbelangenverenigin-

gen waarbij de opstellers hun oor te luister hebben gelegd: Zie Federatie Medisch Specialisten, 'Evaluatie van de kwaliteitsstandaard Transgenderzorg - Somatisch', februari 2024, p. 10 en 15.

29. L. Nieboer & K. Bos, 'Anderhalf jaar meekijken op de genderpoli. "Het kost zoveel tijd om te bewijzen dat ik vrouw ben"', NRC 7 maart 2025.

30. rijksoverheid.nl/documenten/kamerstuk-

[ken/2024/06/04/kamerbrief-over-verzoek-om-een-reactie-op-het-final-report-van-de-cass-independent-review-en-de-betekenis-hier-van-voor-genderzorg-voor-minderjarigen-in-nederland-en-uitvoering-aangenomen-moties](https://rijksoverheid.nl/documenten/kamerstuk-ken/2024/06/04/kamerbrief-over-verzoek-om-een-reactie-op-het-final-report-van-de-cass-independent-review-en-de-betekenis-hier-van-voor-genderzorg-voor-minderjarigen-in-nederland-en-uitvoering-aangenomen-moties)