

Transgenderzorg aan kinderen

Juridische bedenkingen bij het *Dutch Protocol* (2018)

Lodewijk Smeehuijzen, Jilles Smids & Coen Hoekstra¹

In Nederland vindt de zorg aan kinderen met genderdysforie plaats op basis van het *Dutch Protocol* (2018). Normaal gesproken zijn medische protocollen leidend bij invulling van de medisch-professionele standaard. Wil een protocol inderdaad leidend zijn, dan moet het (i) *evidence based* zijn, (ii) een beperkte medisch-ethische lading hebben en (iii) in een adequaat proces tot stand zijn gebracht. In dit artikel wordt onderbouwd dat het zeer de vraag is of voldaan is aan de eerste eis. Ook zou niet voldaan zijn aan de tweede en derde eis. In een reeks Europese landen, waar aanvankelijk het *Dutch Protocol* navolging vond in de transgenderzorg aan kinderen, begint men daarvan terug te komen. De civiele rechter behoort het *Dutch Protocol* (2018) dan ook niet als leidraad te nemen mocht toepassing daarvan tot aansprakelijkheidskwesties leiden.

1. Inleiding

Internationaal is het aantal kinderen, met name geboren meisjes, met genderdysforie sterk gegroeid. Zo ook in Nederland. Tussen 2000 en 2012 groeide het aantal aanmeldingen geleidelijk van zo'n 10 naar 50 per jaar. In 2013 verdubbelde dat aantal plotseling en vanaf dat moment ging de lijn steil omhoog.² Nu staan er zo'n 2050 jongeren op de wachtlijst.³ De populatie is in de loop der tijd sterk veranderd. In de begintijd werd transgenderzorg aan minderjarigen met name verleend aan geboren jongens die vanaf de vroege kindertijd genderdysforie hadden. Inmiddels zijn geboren meisjes, vaak met bijkomende psychische problemen, trauma of autisme, die pas vanaf het begin van of zelfs veel later in de puberteit onvrede met het geboortegeslacht voelen, sterk oververtegenwoordigd.⁴

In Nederland wordt deze groep behandeld volgens het zogenoemde *Dutch Protocol*.⁵ Het *Dutch Protocol* kent drie fasen: (i) toediening van puberteitsremmers, meestal vanaf het begin van de puberteit, (ii) toediening van crossseks-hormonen, gevolgd door (iii) operatieve ingrepen, waaronder verwijdering van borsten (vanaf zestien jaar) en omvorming van geslachtsdelen (vanaf achttien jaar).

Met die stijging van de aantallen patiënten en de verandering van de populatie is ook de zorg over de wetenschappelijke fundering van het *Dutch Protocol* gegroeid. In verschillende, recente, internationale medisch-wetenschappelijke publicaties wordt bepleit dat behandeling volgens het *Dutch Protocol* niet *evidence based* is. In een reeks Europese landen, waar aanvankelijk

In een reeks Europese landen, waar aanvankelijk het *Dutch Protocol* navolging vond in de transgenderzorg aan kinderen, maakt men nu terugtrekkende bewegingen

het *Dutch Protocol* navolging vond in de transgenderzorg aan kinderen,⁶ maakt men nu terugtrekkende bewegingen: Groot-Brittannië, Finland en Zweden hervormen hun transgenderzorg voor wat betreft de farmacologische en operatieve ingrepen. In andere landen zoals Frankrijk, Noorwegen, Australië en Nieuw-Zeeland⁷ komen beroepsorganisaties en gezondheidsinstellingen met waarschuwingen en aanbevelingen.

Ook de pers roert zich, nationaal en internationaal. *De Volkskrant* in februari dit jaar: 'De behandeling van transgender jongeren in Nederland werd geprezen. Nu groeit de kritiek op de 'Dutch approach'.⁸ *The Economist* kopte in april: 'The evidence to support medicalised gender transitions in adolescents is worryingly weak.'⁹ Het medische tijdschrift *The British Medical Journal* in febru-

ari: 'Gender dysphoria in young people is rising – and so is professional disagreement'.¹⁰ Intussen melden zich zogeheten 'detransitioners'; jonge mensen die spijt hebben van hun medische transitie en die hun behandelaars scherpe verwijten maken.

Deze thematiek heeft in Nederland nog maar nauwelijks de aandacht van juristen getrokken.¹¹ Wie echter het dilemma onder ogen ziet, kan de zware juridische implicaties niet ontgaan. Door adequate zorg worden jongeren behoed voor een leven in wat zij als het verkeerde lichaam ervaren, een toestand die niet of nauwelijks te verdragen kan zijn. Waar de medische wetenschap in staat is lijden te voorkomen of te verlichten, bestaat de dure plicht dat ook te doen. Maar een transitie laat zich niet of nauwelijks terugdraaien. Cross-sekse-hormonen hebben blijvende effecten. Borsten vallen cosmetisch (niet qua functie) tot op zekere hoogte te reconstrueren, maar dat geldt niet voor verwijderde geslachtsdelen. Als blijkt dat die ingrepen ten onrechte zijn verricht, is een jong mensenleven als gevolg van niet-medisch geïndiceerd handelen diepgaand gederailleerd.

Het lijkt een kwestie van tijd voordat zich deze problematiek in rechte manifesteert. *The Times* schreef op 11 augustus 2022 over de Britse, op last van de overheid gesloten genderkliniek *Tavistock* (waarover straks nader):

'The Tavistock gender clinic is facing mass legal action from youngsters who claim they were rushed into taking life-altering puberty blockers.'

Of het echt *mass legal* action zal zijn, moet nog blijken, maar dat het niet bij een enkele schadevergoedingsvordering tegen *Tavistock* blijft, ligt voor de hand. Dat geldt ook voor Nederland. De eerste zaken schijnen in voorbereiding te zijn. Maarten, die op zijn zestiende in transitie ging om vrouw te worden, zegt in *HP/De Tijd*: 'De transitie heeft mijn leven verwoest' en 'Ik heb nu een advocaat in de arm genomen'¹² – kennelijk ter verkenning van mogelijkheden tot schadevergoeding.

Bij de beoordeling van een vordering tot schadevergoeding zal het onder andere gaan om invulling van de medisch-professionele standaard. Dat is een open norm. Bij de invulling hiervan spelen medische protocollen als regel een belangrijke rol. Maar hun betekenis kan in civie-

le procedures ter discussie staan. Literatuur en rechtspraak leren dat de rechter medische protocollen in zijn oordeelsvorming tot uitgangspunt neemt indien de norm *evidence based* is, een beperkte ethische dimensie heeft en in een behoorlijk proces tot stand is gebracht. In dit stuk staat centraal de vraag of aan deze vereisten is voldaan. De conclusie zal zijn dat er sterke aanwijzingen zijn dat dit niet zo is.

Als het *Dutch Protocol* niet aan de genoemde eisen voldoet, kan de rechter oordelen dat ook handelen conform het *Dutch Protocol* strijdt met de medisch-professionele standaard. In de slotbeschouwing wordt kort ingegaan op drie vervolgvragen, te weten: wie is aansprakelijk voor de uit de normschending voortvloeiende schade – de individuele beroepsbeoefenaar; de instelling; de opstellers van het *Dutch Protocol*? Is er een pragmatisch alternatief voor het buiten toepassing laten van het protocol? Wat zijn, kijkend naar de toekomst, mogelijkheden om te komen tot een protocol dat wél invulling kan geven aan de medisch-professionele standaard?

De invalshoek van deze publicatie is aansprakelijkheidsrechtelijk. Daarvoor zijn naar de kern genomen twee redenen. Als inderdaad door een medische fout een adolescent ten onrechte in transitie is gegaan, kan de schade zeer aanzienlijk zijn, zowel op het materiële als het immateriële vlak. Compensatie van schade is de kernopdracht van het aansprakelijkheidsrecht. Ten tweede heeft het aansprakelijkheidsrecht ook meer op het algemeen belang gerichte doelen, zoals gedragsbeïnvloeding, normering en eventueel het remediëren van tekortschietende regulering.¹³ Binnen die bredere doelstelling past toetsing door de civiele rechter van het *Dutch Protocol* als bron voor invulling van de medisch-professionele standaard. Met de focus op het aansprakelijkheidsrecht wil niet gezegd zijn dat andere rechtsgebieden geen rol zouden spelen. Het is mogelijk dat over deze thematiek medische tuchtklachten volgen, de toezichthouder zou zichtbaarder kunnen worden en in extreme gevallen kan ook het strafrecht relevant zijn. Het zou interessant zijn ook de rol van die domeinen te bezien. Dat gebeurt niet in dit artikel, maar wellicht heeft wat hier gezegd wordt over het *Dutch Protocol* ook daar relevantie.

De toets aan de genoemde criteria voor 'doorwerking' van protocollen in de medisch-professionele standaard

Auteurs

1. Prof. mr. J.L. Smeehuijzen is hoogleraar privaatrecht aan de Vrije Universiteit, dr. J. Smids is docent en onderzoeker filosofie en ethiek bij het Erasmus MC en mr. C. Hoekstra is promovendus aan de rechten-faculteit van de Vrije Universiteit.

Noten

2. 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(6), p. 806.
3. E. Das e.a., *Mijn gender, wiens zorg?* Onderzoek naar de toename in en verande-

ringen van de vraag naar transgenderzorg, Radboud Universiteit, 2023, p. 8, rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/03/31/vraag-transgenderzorg-rapport.

4. Zie M. Sedee, 'Transgenderzorg is een taak voor de hele maatschappij, niet alleen voor de genderpoli', *NRC* 23 juni 2022; en K. Bouma & E. de Visser, 'De behandeling van transgender jongeren in Nederland werd geprezen. Nu groeit de kritiek op de "Dutch approach"', *de Volkskrant* 25 februari 2023.

5. De meest recente versie van het *Dutch Protocol* is de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch (2018). Het *Dutch*

Protocol heeft in de loop der jaren een ontwikkeling doorgemaakt. Zie hierover nader par. 2.3.

6. A. Bakker, *Een halve eeuw transgenderzorg aan de VU*, Boom 2020, p. 193.
7. ranzcp.org/clinical-guidelines-publications/clinical-guidelines-publications-library/recognising-and-addressing-the-mental-health-needs-of-people-experiencing-gender-dysphoria (geraadpleegd op 3 juli 2023) voor zowel Nieuw-Zeeland als Australië. Voor Frankrijk en Noorwegen, zie de referenties in par. 3.2.

8. Kaya Bouma & Ellen de Visser, *de Volkskrant* 25 februari 2023. Eerder was er P. Vasterman, 'Berichtgeving over gender-

ingrepen bij tieners is te weinig kritisch', *NRC* 17 mei 2021.

9. *The Economist* 5 april 2023.

10. *BMJ* 2023, p. 380382.

11. Zie evenwel kritisch verkennend E. Pans, 'De medisch-professionele standaard voor de transgenderjongere', *TvGR*, afl. 4, p. 273.

12. J. Kuitenbrouwer & R. van der Zee, *HP/De Tijd* 31 oktober 2022, 'De transitie heeft mijn leven verwoest'.

13. Zie bijvoorbeeld par. 2.2. van I. Giesen e.a., *Verantwoordelijkheid, aansprakelijkheid en privatisering van publieke taken*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2014.

vindt plaats in paragraaf 3. Eerst schetst paragraaf 2 de feitelijke context door in te gaan op de sluiting van de Britse genderkliniek Tavistock, het dilemma van kinderen en puberteitsremmers en de inhoud en geschiedenis van het *Dutch Protocol*. Paragraaf 4 bevat de conclusie en de slotbeschouwing.

2. Nadere context van transgenderzorg aan kinderen

2.1. De sluiting van de Britse genderkliniek Tavistock

Het Britse meisje Keira Bell worstelde in haar jeugd met genderdysforie. Zij kwam onder behandeling bij de Britse Tavistock-kliniek, de grootste genderkliniek ter wereld, gespecialiseerd in transgenderzorg aan kinderen. Tavistock, dat haar werkwijze in belangrijke mate baseerde op het *Dutch Protocol*, diende Keira op haar zestiende jaar zogenoemde puberteitsremmers toe. Daarna volgde een dubbele borstamputatie. Zes jaar later kreeg zij spijt. Geslachtsaanpassende operaties bleken niet de oplossing voor haar problemen. De gevolgen van de behandeling waren inmiddels grotendeels onomkeerbaar; een verminkt lichaam en blijvend mannelijke kenmerken.

Keira Bell begon een procedure tegen Tavistock. Zij stelde dat Tavistock onvoldoende onderzoek had gedaan naar de onderliggende oorzaken van haar psychische problemen en dat zij te gemakkelijk puberteitsremmers voorgeschreven had gekregen. Bell won in eerste aanleg op de grond dat kinderen onder de zestien jaar per definitie voor dit type ingrepen geen *informed consent* kunnen geven.¹⁴ In appel werd geoordeeld dat niet een rechter maar de behandelend arts hierover van geval tot geval

moet oordelen.¹⁵ Een categorisch verbod op puberteitsremmers werd zo in hoger beroep afgewend.

Maar het bleef onrustig rond Tavistock – klokkenluiders, een kritische evaluatie van de Engelse inspectie voor de gezondheidszorg. Uiteindelijk gelastte de Britse gezondheidsautoriteit, de *National Health Service* (NHS), een onafhankelijk onderzoek onder leiding van Hilary Cass, de voormalig voorzitter van de Koninklijke vereniging voor Kindergeneeskunde en de Gezondheid van kinderen in het Verenigd Koninkrijk. Dat resulteerde in het zogenoemde *Cass-report* uit februari 2022,¹⁶ dat zware, structurele problemen vaststelt: geen medische consensus over aard en behandeling van genderdysforie, geen open debat/discussie onder de behandelaren, onvoldoende tijd voor gedegen toetsing van behandelmethoden door de snel gestegen vraag, onvoldoende kennis van de veranderende patiëntenpopulatie en onvoldoende dataverzameling met als gevolg onvoldoende zicht op de gevolgen van de behandeling.

Het Cass-report is een interim report, maar gegeven de ernst van deze bevindingen kon directe actie niet uitblijven. De NHS heeft Tavistock in juli 2022 geboden haar activiteiten te staken. In de toekomst moet volgens het Cass-report behandeling ondersteund worden door 'better data and better evidence'. De zorgverlening wordt gereorganiseerd en zal in de toekomst vanuit lokale centra gaan plaatsvinden, waarbij psychosociale ondersteuning de eerste lijns-interventie moet worden.¹⁷ Op 9 juni 2023 liet de NHS weten dat buiten een research-setting, toediening van puberteitsonderdrukkende hormonen niet langer als gebruikelijk mag worden beschouwd. De NHS gaat in overleg met de praktijk om het nieuwe beleid te implementeren.¹⁸

Op 9 juni 2023 liet de National Health Service weten dat toediening van puberteitsonderdrukkende hormonen niet langer als gebruikelijk mag worden beschouwd

De geschiedenis van Tavistock laat zien dat het in een land dat sterke culturele en sociaal-economische overeenkomsten met Nederland heeft en dat bovendien werkte op basis van het *Dutch Protocol*, met de zorg aan minderjarigen met genderdysforie kennelijk dramatisch mis kan gaan.¹⁹

2.2. Het dilemma van kinderen en puberteitsremmers

Wat maakt de thematiek zo ingewikkeld? Genderdysforie wordt veelal ervaren als een vrijwel onverdraaglijke staat van zijn. De behoefte uit die toestand verlost te worden, kan zo sterk zijn dat al dan niet van geslacht te willen veranderen niet of nauwelijks voelt als een keuze. Het lichaam *moet* in overeenstemming worden gebracht met het door de betrokkene ervaren gender. Als dat niet gebeurt, heeft de kwaliteit van leven zeer ernstig te lijden.

Dat het hierbij gaat om ingrijpende stappen, is intussen niet te veel gezegd. Het is voor de juridische oordeelsvorming belangrijk hier een concreet beeld bij te hebben. Bij de transitie van vrouw naar man, is veelal het in het gewone sociale leven waarneembare resultaat overtuigend. Onder invloed van testosteron vindt stemverlaging plaats en ontwikkelt zich mannelijke haargroei. Veelal worden de borsten verwijderd. Er wordt weleens gesproken over transgender-personen alsof zij altijd herkenbaar zijn. Dat is niet zo; na de transitie ziet een transman er over het algemeen uit als een man. Dat kan ook zo zijn bij transvrouwen. Wel hebben zij er vaak last van dat bepaalde mannelijke uiterlijke kenmerken zichtbaar blijven. Niet iedereen kiest voor een geslachtsveranderende operatie (*bottom surgery*). De operatie kan ook beperkt worden tot het bovenlichaam (*top surgery*). Transmannen kunnen de ingreep beperken tot verwijdering van de borsten; bij een transvrouw kunnen eventueel de borsten worden vergroot.

In geval van verandering van het geslachtsdeel van vrouwelijk naar mannelijk zijn er grofweg twee opties: een kleine penis door middel van wat heet metaidoioplastiek en een grotere penis door middel van falloplastiek. Bij metaidoioplastiek is de penis te klein voor penetratie maar kan men in de regel wel tot een orgasme komen. Bij falloplastiek creëert men uit de huid van bijvoorbeeld de onderarm of het bovenbeen, of een combinatie daarvan, een penis. Die is groter, maar in hoeverre een orgasme door penetratie mogelijk is, is onzeker. Bij transvrouwen kan een zogenaamde vaginoplastiek worden gecreëerd. De testes en zwellichamen worden verwijderd. De eikel en zenuwen worden omgevormd tot clitoris. Tussen de anus en de urinebuis wordt een holte gemaakt. In principe is geslachtsverkeer mogelijk, en door behoud van de zenuwen meestal ook een orgasme.²⁰

Er zitten serieuze schaduwkanten aan het resultaat: (a) het vermogen langs natuurlijke weg kinderen te krijgen wordt in veel gevallen aangetast. Zogenaamde fertiliteitspreservatie middels het invriezen van eicellen of zaadcellen is een route met diverse mogelijke complicaties en heeft daarom geen garantie op succes;²¹ (b) het seksuele functioneren kan, gegeven de imperfecties van het nieuwe geslachtsorgaan, problematisch zijn;²² (c) er is, vanwege de complexiteit van de toegepaste technieken, de mogelijkheid van ernstige medische complicaties en de levenslange afhankelijkheid van medische zorg;²³ (d) dat mensen bij lichamelijke intimiteit herkenbaar zijn als trans-persoon, kan als problematisch worden ervaren, niet in de laatste plaats bij het vinden van een partner.²⁴ Beperkt men zich tot *top surgery*, dan doet een deel van deze problemen zich niet voor, maar houdt men dus wel de geslachtsdelen van het ongewenste geslacht.

14. Bell & Anor/*The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust* [2020] EWHC 3274 (Admin) (01 december 2020).

15. Bell & Anor/*The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust* [2021] EWCA Civ 1363 (17 september 2021).

16. cass.independent-review.uk/publications/interim-report/ (geraadpleegd op 3 juli 2023).

17. 'The primary intervention for children and young people who are assessed as suitable for The Service is psychosocial (including psychoeducation) and psychological support and intervention; the main objective is to alleviate distress associated with gender dysphoria and promote the individual's global functioning and well-being.' [engage.england.nhs.uk/specialised-](https://engage.england.nhs.uk/specialised-commissioning/gender-dysphoria-services)

[commissioning/gender-dysphoria-services](https://engage.england.nhs.uk/specialised-commissioning/gender-dysphoria-services), p. 2, (geraadpleegd op 3 juli 2023).

18. england.nhs.uk/commissioning/spec-services/npc-crg/gender-dysphoria-clinical-programme/implementing-advice-from-the-cass-review/ (geraadpleegd op 3 juli 2023).

19. Zie uitvoerig over de ondergang van Tavistock het recente boek H. Barnes, *Time to think. The inside story of the collapse of the Tavistock's gender service for children*, Londen: Swift Press 2023. Een informatieve bron is ook de podcast 'The Tavistock: inside the gender clinic'.

20. Bijvoorbeeld op de website van Amsterdam UMC staan patiëntenfolders waarop de verschillende technieken in meer detail beschreven worden.

21. Zie bijvoorbeeld T. Stolk e.a., 'Desire for children and fertility preservation in transgender and gender-diverse people: A systematic review', *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 87, maart 2023, 102312.

22. Zie bijvoorbeeld E. Fraiman e.a., 'Phalloplasty and metoidioplasty: a systematic review of sensation, orgasm, and penetrative intercourse', *Current Sex Health Reports* 2023, 15, p. 58-76; en S.E.R. Horbach e.a., 'Outcome of vaginoplasty in male-to-female transgenders: a systematic review of surgical techniques', *The Journal of Sexual Medicine*, 2015, 12(6), p. 1499-1512.

23. Zie voor voorbeelden de voornoemde patiëntenfolders over de verschillende tech-

nieken.

24. Dat transpersonen hier zwaar ondergebukt kunnen gaan, is breed geboekstaafd. Een enkel voorbeeld is Brandpunt+: 'We worden gefetisjeerd, maar niet gezien als volwaardig mens', npo3.nl/brandpunt-plus/transfobie-bij-daten. Voorts, uit een grote studie (N=958): 'Across a sample of heterosexual, lesbian, gay, bisexual, queer, and trans individuals, 87.5% indicated that they would not consider dating a trans person', K.L. Blair & R.A. Hoskin, 'Transgender exclusion from the world of dating: Patterns of acceptance and rejection of hypothetical trans dating partners as a function of sexual and gender identity', *Journal of Social and Personal Relationships* 2019, 36(7), p. 2074-2095.

Ondanks die tamelijk existentiële nadelen moet de betrokkene door de transitie een gelukkiger mens zijn dan hij of zij was geweest zonder. Er zijn inderdaad vele getuigenissen van als welzijnsbevorderende en levensreddend ervaren effecten. Voor het bereiken van deze positieve uitkomst, is een voorwaarde de blijvende overtuiging dat een leven met het andere lichaam niet passend was geweest. Het moet bovendien hét probleem zijn dat aan het welzijn in de weg staat. Het vaststellen van de persistentie van genderdysforie is bij jeugdigen echter veel moeilijker dan bij volwassenen. Kinderen zijn voortdurend in ontwikkeling, hun zelfbeeld is aan verandering onderhevig en zij hebben beperkte levenservaring.

Dat doet er niet aan af dat kinderen evenzeer als volwassenen kunnen lijden onder genderdysforie. Juist de puberteit is moeilijk, omdat zich dan het ongewenste geslacht steeds verder opdringt en openbaart. Het is dan niet onlogisch die puberteit te willen stopzetten, bijvoorbeeld via puberteitsremmers. Het idee daarachter is: men koopt tijd om tot een voldragen beslissing te komen, de door de betrokkene bij uitstek als ongewenst ervaren lichamelijke ontwikkelingen blijven uit en hoeven dus later, eventueel, ook niet meer ongedaan gemaakt te worden. Mocht de betrokkene van gedachten veranderen, dan staakt men de behandeling en voltrekt zich de ontwikkeling van het lichaam alsnog.

Nu zou er geen probleem zijn als zeker was dat die puberteitsremmers inderdaad een neutrale pauzestand zijn

Nu zou er geen probleem zijn als zeker was dat die puberteitsremmers inderdaad een neutrale pauzestand zijn die een levenslang welzijnsbevorderende keuze faciliteren en bovendien geen onevenredige gezondheidsrisico's veroorzaken. Er is echter in toenemende mate discussie over de vraag of dat zo is. Alvorens op die discussie in te gaan (in par. 3.2 onder I), is het nodig een nadere beschrijving te geven van wat in het *Dutch Protocol* over die puberteitsremmers staat.

2.3. Wat is precies het Dutch Protocol en welke veranderingen heeft het in de loop der tijd ondergaan?

De term *Dutch Protocol* wordt op verschillende manieren gebruikt. In brede zin wordt er meestal mee bedoeld het toedienen van puberteitsremmers aan jongeren met genderdysforie. Voor de vaktechnische omschrijving wordt in de regel gerefereerd aan een invloedrijk artikel uit 2006.²⁵ De auteurs beschrijven in dat artikel de behandeling die zij zelf en anderen in de loop der jaren hebben ontwikkeld, met name binnen de genderpoli van de Vrije Universiteit.²⁶ Deze behandeling vond aanvankelijk ook internationaal navolging.²⁷ Als vereiste voor toediening van puberteitsremmers gold onder andere dat

de kandidaat een leven lang geleden heeft onder ernstige genderdysforie.

In de loop der tijd is de transgenderzorg aan minderjarigen veranderd. De eerste formele versie van het *Dutch Protocol* kwam in 2018 met de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch (hierna: *Dutch Protocol* (2018)). Deze standaard eist niet langer dat het gaat om genderdysforie die al voor de puberteit begon (*childhood onset*), maar nog slechts dat de genderincongruentie toenam of ontstond bij het begin van de puberteit (*adolescent onset*). Ook kinderen bij wie zich de genderdysforie pas aan het begin van de puberteit heeft gemanifesteerd, kunnen dus, nog aan het begin van de puberteit, hormoonremmers krijgen. Juist in die laatste categorie zit de grote toename van in het aantal aanmeldingen in de afgelopen tien jaar.²⁸ Dat is een wezenlijk punt. De klinische ervaring dat *childhood onset* genderdysforie die aanhoudt tot na de eerste fase van de puberteit in de regel blijvend is, vormde een centrale rationale voor puberteitsremmers.²⁹ Van het natuurlijke beloop bij pubers met *adolescent onset* genderdysforie daarentegen, is heel weinig bekend. Er is ook weinig inzicht in hoe hun genderdysforie zich zou ontwikkelen met eventueel psychologische ondersteuning en behandeling van bijkomende problemen.³⁰

Welk protocol door de beroepsbeoefenaar is toegepast en waarvan dus de betekenis in rechte ter discussie staat, hangt er uiteraard vanaf wanneer de behandeling heeft plaatsgevonden. In het navolgende zal centraal staan het *Dutch protocol* (2018) – de meest recente invulling immers van het *Dutch Protocol*. Een punt van taalgebruik: het *Dutch Protocol* (2018) spreekt waar het om puberteitsremmers gaat over 'de adolescent'. De connotatie van bijna-volwassenheid die dat woord heeft, is minder passend. Het *Dutch Protocol* (2018) adviseert puberteitsremmers bij 'Tannerstadium M2 of G2' van de puberteit.³¹ Dat stadium wordt doorgaans bereikt tussen negen en veertien jaar – meisjes zijn over het algemeen eerder dan jongens.³² Hierna wordt daarom het woord 'kind' gebruikt. Dat sluit beter aan bij het gewone spraakgebruik en is in overeenstemming met het Verdrag inzake de rechten van het kind, dat van toepassing is op mensen jonger dan achttien jaar (artikel 1).

3. Moet het Dutch Protocol (2018) leidend zijn bij invulling van de medisch-professionele standaard?

3.1. Inleiding; het gebruik van protocollen bij invulling van de medisch-professionele standaard

Bij beoordeling van de (on-)rechtmatigheid van de behandeling van een genderdysfor kind gaat het erom of is gehandeld in strijd met de medisch-professionele standaard. Die luidt: 'zorgvuldig volgens de inzichten van de medische wetenschap en ervaring handelen als een redelijk bekwaam arts van gelijke medische categorie in gelijke omstandigheden met middelen die in redelijke verhouding staan tot het concrete behandelingsdoel'.³³ Bij de invulling van deze nog erg open norm spelen in de praktijk medische protocollen een belangrijke rol.³⁴ De ontwikkeling van protocollen geschiedt in 'het veld' door met name medisch-wetenschappelijk verenigingen, en in toe-

nemende mate ook door of onder de regie van het Zorginstituut Nederland (ZiN). Het ZiN heeft een toetsingskader vastgesteld dat de eisen bevat waaraan de te ontwikkelen standaarden moeten voldoen.³⁵

In civiele procedures staat het gezag van medische protocollen, net als overigens andere vormen van maatschappelijke regulering, zelden ter discussie. Als een beroepsvereniging of een vergelijkbaar gezelschap van deskundigen in een fatsoenlijk vormgegeven proces tot een weloverwogen oordeel komt over wat in een gegeven context technisch adequaat medisch handelen is, dan is de civiele rechter zelden in de positie om het 'beter te weten'. Het komt bovendien niet of nauwelijks voor dat eisende partijen de status van een medisch protocol ter discussie stellen; zij hebben daarvoor eenvoudig de informatiepositie niet.³⁶

Dat een individuele procespartij zelden in staat is om een medisch protocol ter discussie te stellen, doet er niet aan af dat de civiele rechter gehouden is zich een oordeel te vormen over het protocol als het gezag daarvan wél wordt betwist. Protocollen zijn immers geen wetten; het zijn vormen van maatschappelijke regulering. Literatuur en rechtspraak leren dat de rechter medische protocollen in zijn oordeelsvorming alleen dan tot uitgangspunt behoort te nemen als:³⁷ (i) de norm *evidence based* is, (ii) een beperkte ethische dimensie heeft en (iii) in een behoorlijk vormgegeven proces tot stand is gebracht.

Als aan een van deze vereisten niet is voldaan, is het gegeven protocol niet, of sterk verminderd, leidend bij invulling van de medisch-professionele standaard en dus bij beoordeling van de aansprakelijkheidsvraag. Een sim-

pel, paradigmatisch voorbeeld: de *Gedragscode Ballonvaart*, ook een vorm van maatschappelijke regulering, bepaalt dat een ballonvaarder op andermans grond mag landen. Die bepaling uit de *Gedragscode* is evenwel in strijd met het eigendomsrecht, zodat de ballonvaarder die op andermans grond landt toch onrechtmatig handelt.³⁸ Het gezag van een protocol is dus geen gegeven.

Aldus wordt in het navolgende bezien in hoeverre het *Dutch Protocol* voldoet aan de drie genoemde vereisten.

3.2. (i) De norm moet evidence based zijn

De rechter zal alleen gezag toekennen aan een medisch protocol als dat *evidence based* is. De reden hiervoor is dat de beroepsgroep die eis zelf stelt (de samenleving trouwens ook). Tot in de jaren tachtig waren richtlijnen vooral '*consensus based*'. Daardoor hadden soms persoonlijke, impliciete interpretaties de overhand. Er ontstond behoefte aan een meer gevalideerde onderbouwing van aanbevelingen.³⁹ Inmiddels bestaat er een uitgebreide internationale systematiek voor de beoordeling van wetenschappelijk bewijs ten behoeve van protocollering. Binnen die systematiek spelen systematische reviews een centrale rol. Onder invloed van de sterk toenemende hulpvraag heeft in de afgelopen jaren in verschillende landen

De rechter zal alleen gezag toekennen aan een medisch protocol als dat evidence based is

25. H.A. Delemarre-Van De Waal & P.T. Cohen-Kettenis, 'Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects', *European Journal of Endocrinology, Supplement*, 2006, 155(1).

26. Zie over die ontwikkeling uitvoerig: A. Bakker, *Een halve eeuw transgenderzorg aan de VU*, Boom 2020.

27. A. Bakker, *Een halve eeuw transgenderzorg aan de VU*, Boom 2020, p. 193.

28. Arnoldussen e.a., 'Demographics and gender-related measures in younger and older adolescents presenting to a gender service', *European Child Adolescent Psychiatry*, 2022.

29. H.A. Delemarre-Van De Waal & P.T. Cohen-Kettenis, 'Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects', *European Journal of Endocrinology, Supplement*, 2006, 155(1).

30. R. Kaltiala-Heino e.a., 'Gender dysphoria in adolescence: current perspectives', *Adolescent Health Medical Therapy* 2018, maart 2, 9(3), p. 1-41; en K.J. Zucker, 'Ado-

lescents with Gender Dysphoria: Reflections on Some Contemporary Clinical and Research Issues,' *Archives of Sex Behaviour* 2019 oktober, 48(7) p. 1983-1992.

31. Dutch Protocol (2018), p. 23 onder b), derde opsomming: 'Tannerstadium Ms of G2'.

32. Vergelijk bijvoorbeeld: R. Borkus e.a., 'Wanneer zijn vroege puberteitskenmerken afwijkend?', *Huisarts Wet* 2023, 66, 46-49.

33. HR 9 november 1990, ECLI:NL:HR:1990:AC1103, NJ 1991/26 (*Speeckaert/Gradener*).

34. Zie uitvoerig J. Legemaate, 'Posities van richtlijnen onder de nieuw wet', *NTVG* 2014, p. 585-587.

35. H.J.J. Leenen e.a., *Handboek Gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom juridisch 2020, p. 74.

36. Een van de weinige voorbeelden uit de rechtspraak waarin wél een debat plaatsvond, is HR 1 april 2005,

ECLI:NL:HR:2005:AS6006, NJ 2006/377, m.nt. H.J. Snijders, F.C.B. van Wijmen (*protocol II*). Het hof had geoordeeld dat een protocol niet voldeed aan de daaraan in

redelijkheid te stellen eisen, omdat enkel sprake was van 'vermelding van de merk-

naam Augmentin, zonder aanduiding van de werkzame stof, en het ontbreken van een specifieke waarschuwing voor gebruik daarvan in geval van overgevoeligheid voor penicilline. De Hoge Raad achtte dat oordeel zonder nadere motivering onbegrijpelijk.

37. Zie bijvoorbeeld J.J.E. Everdingen e.a. *Handboek evidence based richtlijnontwikkeling. Een Leidraad voor de praktijk*, Houten: Baan Stafleu Van Loghum 2014, par. 2.3 en 4.5.3.; de richtlijnen zijn voor de rechter van betekenis als ze 'zorgvuldig tot stand zijn gekomen' en de richtlijn 'wetenschappelijk is onderbouwd'. Meer expliciet over het onderscheid tussen medisch-wetenschappelijke kwesties (die zich lenen voor protocollering door de beroepsgroep) en medisch-ethische kwesties (die zich niet lenen voor protocollering door de beroepsgroep) is H.J.J. Leenen e.a., *Handboek Gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom juridisch 2020, p. 65: 'Bij dergelijke aangelegenheden gaat het om recht en ethiek en is het uiteindelijk de samenleving die beslist'. Zie in het algemeen voor de vereisten aan maatschappelijke doorwerking van maatschappelijke regulering: C. Hoekstra, 'Maat-

schappelijke normvorming en de ongeschreven zorgvuldigheidsnorm: een gezichtspunten catalogus', *WPNR* 2023, afl. 7419, waarin wordt opgemerkt dat, wil maatschappelijke regulering 'doorwerken' in open privaatrechtelijke normen, de normatieve lading beperkt moet zijn.

38. Rb. Midden-Nederland 13 februari 2019, ECLI:NL:RBMNE:2019:514, r.o. 2.6. Andere voorbeelden zijn Rb. Amsterdam 17 maart 2011, ECLI:NL:RBAMS:2011:BP8088 (*GVB Protocol*), waar het protocol dat beperkte terbeschikkingstelling van camera-beelden stipuleerde opzij werd gezet ten behoeve van de waarheidsvinding door een slachtoffer van geweld; en Rb. Amsterdam, 7 maart 2012, ECLI:NL:RBAMS:2012:BV9330 (*Leidraad voor de Journalistiek*), waar het journalistieke protocol dat de weergave van de naam van een verdachte verbood, opzij werd gezet ten behoeve van de vrijheid van meningsuiting.

39. Zie, met nadere bronnen, J.J.E. Everdingen e.a., *Handboek evidence based richtlijnontwikkeling. Een Leidraad voor de praktijk*, Houten: Baan Stafleu Van Loghum 2014, par. 2.3.

een systematische review plaatsgevonden van het wetenschappelijke bewijs over puberteitsremmers en cross-sekse hormonen. Hierna volgt een overzicht.

Het gezaghebbende Britse *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) deed in oktober 2020 ten behoeve van (het in de inleiding genoemde) onderzoek van Hilary Cass een studie naar de effecten van puberteitsremmers en cross-sekse hormonen. Het NICE gaf aan het wetenschappelijke bewijs ten aanzien van de veiligheid en effectiviteit van zowel puberteitsremmers als cross-sekse hormonen de kwalificatie ‘very low certainty’.⁴⁰ Dat is de laagst mogelijke zogenaamde GRADE-kwalificatie (high, moderate, low, very low).⁴¹ GRADE is een internationaal erkend systeem voor de waardering van de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek. ‘Very low certainty’ betekent volgens het Zorginstituut Nederland dat er ‘zeer beperkt vertrouwen’⁴² is dat de interventie leidt tot klinisch relevante effecten op deze uitkomst.

De Zweedse gezondheids- en welzijnsautoriteit concludeerde in 2022 op basis van een systematische review dat:

‘(...) de risico’s van puberteitsonderdrukkende behandeling met GnRH-analogen en geslachtsbevestigende hormonale behandeling momenteel niet opwegen tegen de mogelijke voordelen, en dat de behandelingen alleen in uitzonderlijke gevallen moeten worden aangeboden. Dit oordeel is voornamelijk gebaseerd op drie factoren: het aanhoudende gebrek aan betrouwbaar wetenschappelijk bewijs over de werkzaamheid en veiligheid van beide behandelingen, de nieuwe kennis dat detransitie voorkomt bij jongvolwassenen, en de onzekerheid die voortvloeit uit de nog onverklaarbare toename van het aantal zorgvragers, een toename die vooral groot is onder adolescenten die bij de geboorte als vrouw zijn geregistreerd.’⁴³

In de nieuwe Finse richtlijnen voor de behandeling van minderjarigen met genderdysforie, opgesteld op basis van hun eerder uitgevoerde systematische review, lezen we: ‘In het licht van het bestaande bewijs, is genderaanpassing van minderjarigen een experimentele behandeling.’⁴⁴

Andere landen verrichtten nog geen review, maar zien in de combinatie van de sterk toenemende vraag en het gebrek aan wetenschappelijk bewijs wel aanleiding om in actie te komen. Het Noorse UKOM (in hun eigen Engelse vertaling: *The Norwegian Healthcare Investigation Board*)⁴⁵ beval in maart 2023 de minister aan de bestaande richtlijn te herzien op basis van een uit te voeren *evidence review* en beveelt voorts aan dat ‘puberteitsvertragende behandeling (puberteitsremmers) en hormonale en chirurgische geslachtsbevestigende behandeling voor kinderen en jongeren worden gedefinieerd als experimentele behandeling’.⁴⁶

In Frankrijk heeft in februari 2022 de *Académie nationale de Médecine* een persbericht uitgebracht waarin ten aanzien van dit ‘epidemie-achtige fenomeen’⁴⁷ wordt opgeroepen tot ‘grote voorzichtigheid bij het gebruik van hormoonblokkers of cross-sekse hormonen, gegeven de bijwerkingen op het terrein van groei, botdichtheid, het risico op onvruchtbaarheid, emotionele en intellectuele gevolgen en, voor meisjes, symptomen die normaal bij de

In alle landen waar de gezondheidsautoriteiten die reviews uitvoeren zijn de bevindingen dezelfde: het bewijs schiet ernstig tekort

overgang optreden. (...) Daarom wordt aanbevolen zo lang als mogelijk met psychologische ondersteuning te volstaan’.⁴⁸

Tot zover de systematische reviews. In alle landen waar de gezondheidsautoriteiten die reviews uitvoeren zijn de bevindingen dezelfde: het bewijs schiet ernstig tekort. Systematische reviews die het *Dutch Protocol* (2018) van een wetenschappelijke basis voorzien, zijn er niet. Na de genoemde nationale reviews is nog een aantal kritische wetenschappelijke artikelen verschenen met daarin nieuwe en indringende methodologische kritiek op de twee Nederlandse studies naar het gebruik van puberteitsremmers en cross-sekse hormonen uit 2011 en 2014,⁴⁹ die wereldwijd nog steeds gelden als het beste bewijs voor de effectiviteit van beide behandelingen dat er is.^{50, 51}

Het bij de genoemde systematische reviews betrokken onderzoek heeft inmiddels nog aan betekenis verloren doordat: (i) het betrekking heeft op de periode waarin de populatie zowel qua aantallen als qua samenstelling ingrijpend van de huidige verschilt – waarbij met name gedacht moet worden aan de toename van met name geboren meisjes, vaak met bijkomende psychische problematiek – en (ii) nog niet verdisconteerd is de vergaand versoepelde norm uit de nieuwe variant van het *Dutch Protocol* uit 2018, waarin het bestaan van genderdysforie vanaf de vroege jeugd niet langer vereist is. Waar ten aanzien van de oude groep het bewijs dus al werd gekwalificeerd als ‘very low certainty’, is het bewijs voor de nieuwe, gemakkelijker tot de behandeling toegelaten groep, nog dunner.

Deze leemte wordt vanuit de Nederlandse transgenderzorg ook erkend. In een interview in een *NRC*-artikel⁵² merkt Annelou de Vries, kinderpsychiater bij de genderpoli van Amsterdam UMC, op:

‘Nu is de vraag: is de recente groep aanmeldingen, van wie er veel geboren meisjes zijn en van wie mogelijk een deel in de puberteit erachter komt genderdysforie te hebben, nog wel vergelijkbaar met die eerste groep?’

Het *NRC*-artikel vervolgt:

‘Daarom gaat ze daar nu onderzoek naar doen. In het Amsterdamse “archief” van inmiddels tweeduizend patiënten, uniek in de wereld, gaat ze na wanneer hun genderdysfore gevoelens zijn begonnen, en hoe ze hun vervoltraject hebben ervaren. Daarmee hoopt De Vries de vraag te beantwoorden “of medische behandeling ook voor deze groep zinvol is of

dat dit te veel risico's met zich meebrengt, zoals spijt achteraf”

Dat ook de behandelaars zelf kennelijk menen dat nog moet blijken of er een *evidence base* bestaat, is een constatering om even bij stil te staan.

Het rechterlijk oordeel laat zich niet met zekerheid voorspellen. Maar de contouren van het debat aanschouwend, is wel te zeggen dat de voldoende *evidence base* van het *Dutch Protocol* (2018) voor de civiele rechter bepaald geen gegeven zal zijn.

3.3. (ii) De norm moet een beperkte ethische dimensie hebben

Het gezag van maatschappelijke regulering in civiele procedures neemt af naarmate die regulering een sterker ethisch karakter heeft. Dat is omdat maatschappelijke regulering zijn gezag ontleent aan de bijzondere kennis van de opstellers. Van ethische dimensies hebben de opstellers echter naar de aard der zaak geen bijzondere kennis. Uit het Handboek Gezondheidsrecht:

‘In de beroepsgroep wordt over ethische zaken als abortus provocatus zonder medische indicatie, handelingen met geslachtscellen en embryo's, enzovoort even verschillend gedacht als daarbuiten. (...) Bij dergelijke onderwerpen gaat het om recht en ethiek en is het uiteindelijk de samenleving die beslist.’⁵³

Anders gezegd: op ethisch gevoelige onderwerpen hebben beroepsbeoefenaren geen beslissingsbevoegdheid.

De vraag voor de civiele rechter zal derhalve ook zijn of het *Dutch Protocol* (2018) zijn ethische gewicht kan dragen. De grondleggers van de transgenderzorg zagen voor een breed maatschappelijk debat destijds geen reden. Uit *Een halve eeuw transgenderzorg aan de VU*:

‘In ieder geval is duidelijk dat het VU-ziekenhuis geen openbaar debat zocht over dit thema. Liever

verleende men de zorg in stilte; aan een bredere maatschappelijke discussie zoals die rondom abortus en euthanasie werd gevoerd, was geen behoefte.’⁵⁴

Het is in zekere zin begrijpelijk dat binnen de context van die tijd, waarin wat toen transseksualiteit werd genoemd een marginaal maatschappelijk fenomeen was, de noodzaak tot een ethische discussie minder werd gevoeld. Inmiddels is echter het feitelijke beeld drastisch veranderd; van kleine aantallen meestal volwassen mannen toen, naar veel grotere aantallen (veelal minderjarige) patiënten, overwegend geboren meisjes, vaak met autisme of trauma, nu. Binnen het *Dutch Protocol* (2018) laten zich verschillende kwesties aanwijzen die men moeilijk anders dan als sterk ethisch beladen kan kwalificeren. Hierna volgen de drie meest fundamentele.

‘Het legde een bom onder de gedachte dat we ze met puberteitsblokkers meer tijd gaven’

De eerste is omgang met wetenschappelijke onzekerheid. Eerst is er de wetenschappelijk onzekerheid als zodanig. Neem de vraag of puberteitsremmers een neutrale pauzeknop zijn of een trechter naar transitie. Vrijwel alle kinderen aan wie puberteitsblokkers worden gegeven, gaan vervolgens in transitie. Voor een groep Engelse behandelaars die met dit gegeven geconfronteerd werden, was dit besef een ‘holy f***’ moment: ‘het legde een bom onder de gedachte dat we ze met puberteitsblokkers meer tijd gaven.’⁵⁵ Ook Hilary Cass vindt dat gegeven in haar rapport over de Britse transgenderzorg aan kinderen verontrustend:

40. Zie voor de puberteitsremmers NICE, oktober 2020, *Evidence review: Gonadotropin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria*, p. 13; zie voor cross-sekse hormonen NICE, oktober 2020, *Evidence review: Gender-affirming hormones for children and adolescents with gender dysphoria*, p. 13.

41. bestpractice.bmj.com/info/us/toolkit/learn-ebm/what-is-grade/ (geraadpleegd op 3 juli 2023).

42. Zorginstituut Nederland, 2023, p. 23 (zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2023/04/11/beoordeling-swp-2023).

43. socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-3-7799.pdf. Voor een uitvoerigere bespreking van deze overwegingen van Zweden, toegepast op de Nederlandse context, zie: J. Smids, ‘Orthopedagogen

kunnen veel betekenen voor genderdiverse jongeren’, *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 62(1), p. 58-63. Te lezen via: erasmusmc.academia.edu/JillesSmids.

44. segm.org/Finland_deviates_from_WPATH_prioritizing_psychotherapy_no_surgery_for_minors (geraadpleegd op 3 juli 2023).

45. ukom.no/english.

46. ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-med-kjonnsinkongruens/sammendrag (geraadpleegd op 3 juli 2023); zie ook het verslag van Block over Noorwegen voor de *British Medical Journal*: bmj.com/content/380/bmj.p697 (geraadpleegd op 3 juli 2023).

47. academie-medicine.fr/la-medicine-face-a-la-transidentite-de-genre-chez-les-enfants-et-les-adolescents/?lang=en (geraadpleegd op 3 juli 2023).

48. [\[face-a-la-transidentite-de-genre-chez-les-enfants-et-les-adolescents/?lang=en\]\(https://face-a-la-transidentite-de-genre-chez-les-enfants-et-les-adolescents/?lang=en\) \(geraadpleegd op 3 juli 2023\).](https://academie-medicine.fr/la-medicine-</p></div><div data-bbox=)

49. A.L. de Vries e.a., ‘Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study’, *The Journal of Sexual Medicine* 2011, augustus, 8(8), p. 2276-83; en A.L. de Vries e.a., ‘Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment’, *Pediatrics* 2014, oktober, 134(4), p. 696-704.

50. In alle richtlijnen en besprekingen nemen zij dan ook een prominente plaats in (bijvoorbeeld E. Coleman e.a., ‘Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People’, version 8, *International Journal of Transgender Health* 2022, 23(sup1), S1-S259, p. 65).

51. Zie E. Abbruzzese e.a., ‘The Myth of “Reliable Research” in Pediatric Gender

Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies – and research that has followed’, *Journal of Sex and Marital Therapy*, online gepubliceerd op 2 januari 2023; en M. Biggs, ‘The Dutch Protocol for Juvenile Transsexuals: Origins and Evidence’, *Journal of Sex and Marital Therapy*, online gepubliceerd op 19 september 2022.

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

53. P. 65.

54. A. Bakker, *Een halve eeuw transgenderzorg aan de VU*, Boom 2020, p. 56.

55. H. Barnes, *Time to think: the inside story of the collapse of the Tavistock's gender service for children*, VK: Swift Press 2023, p. 118.

‘De moeilijkste vraag is of puberteitblokkers kinderen en jongeren inderdaad waardevolle tijd geven om hun opties te overwegen, of dat ze kinderen en jongeren effectief “opsluiten” in een behandelingsstraject dat culmineert in progressie naar feminiserende/mannelijkmakende hormonen door het remmen van het gebruikelijke proces van ontwikkeling van seksuele geaardheid en genderidentiteit. Uit gegevens uit zowel Nederland als uit het onderzoek van de Engelse Tavistock kliniek blijkt dat bijna alle kinderen en jongeren die puberteitsremmers krijgen, vervolgens een geslachtshormoonbehandeling ondergaan (respectievelijk 96,5% en 98%). De redenen hiervoor moeten beter worden begrepen.’

Anders dan Cass vindt De Vries dat hoge percentage in het hiervoor genoemde *NRC*-artikel juist geruststellend:

‘Je kan het ook omdraaien, (...) We kijken heel zorgvuldig naar wie we puberteitsremmers geven, en dat zijn inderdaad de jongeren met een heel grote kans dat het geen tijdelijke bevlieging is. Kennelijk kunnen we die selectie goed maken.’

Los van de vraag wie er gelijk heeft (en dus los ook van de vraag of de omdraaiing van De Vries een *non-sequitur* is): onzekerheid bestaat er. Om zeker te weten dat puberteitsblokkers geen kinderen naar de transitie leiden die vanzelf, of eventueel met behulp van psychotherapie, over hun genderdysforie zouden zijn heen gegroeid, hebben we ten eerste veel meer tijd nodig – met name de versoepelde toegang tot die puberteitsremmers staat pas sinds 2018 in het *Dutch Protocol* –, en ten tweede een controlegroep van vergelijkbare kinderen die geen puberteitsremmers hebben gekregen. Aan beide voorwaarden is niet voldaan.

Die onzekerheid vormt het ethische probleem. Welk risico is aanvaardbaar? Hoe erg vinden wij het als kinderen door medisch handelen levenslang lichamelijk gede-railleerd raken terwijl zij anders, eventueel met hulp van anderen, over hun genderdysforie zouden zijn heen gegroeid? Vinden we dat een horrorscenario? De zwaarst denkbare medisch fout? Of aanvaardbare bijkomende schade? Bij hoeveel kinderen mag zich dat scenario voltrekken? 50%? Of minder? De opstellers van het *Dutch Protocol* (2018) vinden het risico kennelijk aanvaardbaar. Maar bijvoorbeeld de Vlaamse arts en directeur van het CEBAM⁵⁶ Patrik Vankrunkelsven zegt: ‘Jullie doen een experiment op kinderen’. Wie heeft gelijk? De beroepsbeoefenaren hebben geen bijzondere titel om hier iets van te vinden. Het is ethiek.

Het tweede ethisch beladen punt is de appreciatie van de ‘eindtoestand’ van de transitie. De afgelopen jaren is er afscheid genomen van de opvatting dat transgender zijn een pathologie is.⁵⁷ Uit een oogpunt van bijvoorbeeld dreigende stigmatisering is dat een vooruitgang. Maar afstand doen van die kwalificatie kan de werkelijkheid van een transitie niet veranderen. Die werkelijkheid is dat ingrijpende medische zorg vereist is die bovendien een resultaat oplevert met ernstige schaduwkanten op het terrein van vruchtbaarheid, seksualiteit, de mogelijkheid van medische complicaties, relatievorming en maatschappelijke acceptatie.

Benadrukt men dat transgender zijn niet pathologisch is en niet negatief gewaardeerd moet worden, dan wordt het moeilijk vervolgens te zeggen dat kinderen beter af zouden zijn als zij over hun genderdysforie gevoels heen groeien. Iemand is dan een transgender persoon. Elke bejegening van de betrokkene die dat niet tot uitgangspunt neemt, is een miskennis van zijn of haar diepste wezen. Neemt men anderzijds in ogenschouw de moeilijkheden en medische beperkingen in de mogelijkheid van een vrouwenlichaam werkelijk een mannenlichaam te maken en andersom, dan groeit de intuïtie dat het voor het kind toch beter zou zijn als het er op de een of andere manier in slaagt vrede te vinden met het lichaam waarmee het geboren is.

In de eerste benadering moet de zorg erop gericht zijn kinderen in hun genderidentiteit te bevestigen. In de tweede benadering ziet men de transitie als een *ultimum remedium* en gaat men eerst op zoek naar mogelijkheden om met behoud van het geestelijk welzijn lichamelijke ingrepen af te wenden. Het *Dutch Protocol* (2018) is eerder een exponent van de eerste opvatting dan van de tweede: als sprake is van genderdysforie, dan is toediening van puberteitsremmers – met het in de praktijk vrijwel altijd doorschakelen naar cross-sekse-hormonen – het uitgangspunt.⁵⁸ De tweede opvatting had een heel ander protocol opgeleverd, waarin, in het bijzonder voor de groep die de afgelopen tien jaar is opgekomen, exploratieve psychotherapie voorop had gestaan.

Een manifestatie van deze gedachte dat medicalisering waar nodig voorkomen dient te worden, ziet men bijvoorbeeld in *de Volkskrant* van 10 mei 2023, in een interview met twee leden van de commissie die onderzoek deed⁵⁹ naar de snelle stijging van de vraag naar transgenderzorg:

‘Transgender personen worden een “medisch-specialistische fuik” in geduwd, waarschuwen onderzoekers. (...) Mensen die worstelen met hun genderidentiteit komen meestal terecht bij genderpoli’s in ziekenhuizen. Die zijn vooral gericht op een medische behandeling, met hormonen en operaties, terwijl daar niet altijd behoefte aan is.’

De kern van de oproep van de onderzoekers is een uitbreiding van de psychologische zorg.

Het derde ethische punt is de mate waarin men een kind wilsbekwaamheid toedicht ten aanzien van beslissingen die ingrijpende gevolgen hebben voor zijn of haar toekomst. Die vraag is bij transgenderzorg aan kinderen op verschillende manieren aan de orde. Om er hier een te noemen: het *Dutch Protocol* (2018) vergt van de behandelaren dat zij het kind informeren over de bijwerking van behandeling met puberteitsremmers, ‘inclusief mogelijk verlies van vruchtbaarheid als de adolescent vervolgens hormonale behandeling en/of chirurgie ondergaat’.⁶⁰ Zoals eerder gezegd, is ‘de adolescent’ een kind tussen de negen en veertien jaar. Die informatie wordt het kind niet voor niets verschaft; deze zou het voor het kind mogelijk moeten maken tot *informed consent* te komen. Maar wat kan een kind dat per definitie in diepe geestelijke nood verkeert met die informatie? Informatie die bovendien over onderwerpen gaat die gezien zijn leeftijd en ontwikke-

Wat kan een kind dat per definitie in diepe geestelijke nood verkeert met die informatie?

lingsfase nog ver voorbij zijn horizon liggen? Welke loyaliteit voelt het überhaupt ten aanzien van zijn of haar toekomstige zelf? Welke rol speelt het recht op een open toekomst?

Het *Dutch Protocol* (2018) staat, concluderend, bol van de medisch-ethische keuzes. Dat kan voor de rechter reden zijn om aan dat protocol geen of geringe betekenis toe te kennen.

3.4. (iii) De norm is in een behoorlijk vormgegeven proces tot stand gebracht

Dat de norm binnen een behoorlijk vormgegeven proces tot stand moet zijn gebracht, is een evidente kwaliteitseis. Specifiek voor de ontwikkeling van klinische richtlijnen kent Nederland de zogeheten *Richtlijn voor Richtlijnen*.⁶¹ Die bepaalt onder punt 10 dat er een systematische review van de wetenschappelijke literatuur aan de richtlijn ten grondslag moet liggen en onder punt 11 dat het verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal moet worden beschreven. Dit zijn geen perifere eisen uit de Richtlijn voor Richtlijnen; zij vormen daarvan de kern.

Aan het *Dutch Protocol* (2018) ligt geen systematische review ten grondslag. Dat is een serieuze tekortkoming, niet alleen op zichzelf, maar ook in het licht van de constatering dat de drie landen die wél een systematische review hebben verricht, alle met hoogstaande medisch-wetenschappelijke onderzoekstradities, het bewijs te licht hebben bevonden (zie par. 3.2 onder 1). Aan de tweede eis, het leggen van verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal, is evenmin voldaan.

Onder punt 11 van de Richtlijn voor Richtlijnen staat wel dat aanbevelingen die uitsluitend betrekking hebben op de 'organisatie van zorg' niet per se uit literatuuronderzoek hoeven te volgen. In de inleiding van het *Dutch Protocol* (2018) is het volgende zinnetje opgenomen: 'Deze standaard beperkt zich vooral tot de organisatie van de zorg.' Wellicht hebben de opstellers van het *Dutch Protocol*

(2018) zich hierdoor ontslagen geacht van vervulling van de kernverplichtingen uit de Richtlijn voor Richtlijnen. Daar zal een civiele rechter anders over oordelen. Het *Dutch Protocol* (2018) grossiert immers in behandelingsaanbevelingen en is bepaald niet beperkt tot 'de organisatie van de zorg'. Neem alleen al:

'Het advies is om adolescenten die aan de diagnostische criteria voor genderincongruentie voldoen, in de puberteit zijn, en om behandeling vragen, in eerste instantie een behandeling te geven om de puberteit/eigen hormonen te onderdrukken.'⁶²

Bovendien is de module 'Behandelingen' (23 pagina's) meer dan drie keer zo lang als de module 'Organisatie van zorg' (7 pagina's).

Er zijn nog andere bedenkingen bij de totstandkoming. Het *Dutch Protocol* (2018) is uitgebracht door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten. Over het algemeen pleegt dit soort protocollen materieel te worden vastgesteld binnen een met die taak belaste werkgroep. Zo is dat ook hier gegaan. De inhoudelijke toets van de ondertekenende algemene beroepsorganisaties is vervolgens beperkt. De werkgroep die het stuk tot stand heeft gebracht bestaat uit twaalf personen, met verschillende achtergronden.⁶³ Twee deelnemers zijn van *Transvisie* (de belangenvereniging van transgender-persoon). Vijf van de twaalf deelnemers zijn (inmiddels) aan de genderpoli van het VUMC verbonden. De voorzitter is van ZonMw. Bij de overige vier leden staat als affiliatie: NIP, Universitair Medisch Centrum Groningen NVPC, NVvP en NHG.

Hoe de besluitvorming binnen deze groep is verlopen, weten we niet precies. Iets valt wel af te leiden uit wat *Transvisie* hierover op haar website heeft gepubliceerd. *Transvisie* heeft mede tot doel te bereiken dat de psycholoog 'niet werkt als gatekeeper, maar als ondersteuner tijdens het traject'. Die wens is nog niet geheel gerealiseerd, aldus de website, maar:

'Gelukkig heeft *Transvisie* in de onderhandelingen ook veel verbeteringen bereikt. Zo zijn veel voorwaarden voor behandelingen nu geformuleerd als advies in plaats van als eis, is mastectomie [dat is een dubbele borstamputatie – de auteurs] voor jongeren onder 18 jaar nu onomwonden mogelijk (...). De ruimte van de psycholoog tijdens de intake wordt op een aantal punten afgebakend. Zo zal deze vanaf nu eerdere conclusies van andere behandelaren als uitgangspunt overnemen.'⁶⁴

56. Het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine.

57. In 2006 was nog vereist dat werd voldaan aan de 'Diagnostic and statistic manual of mental disorders-IV-RT criteria for gender disorder' (H.A. Delemarre-Van De Waal & P.T. Cohen-Kettenis, 'Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects',

European Journal of Endocrinology, Supplement, 2006, 155(1).

58. Zie het *Dutch Protocol* (2018), p. 22 onderaan.

59. Interview door E. de Visser en K. Bouma met E. Das en C. Verhaak 'Transgender personen worden een "medisch-specialistische fuik" in geduwd, waarschuwen onderzoekers'.

60. P. 23, 2^e opsomming onder a.

61. Richtlijn voor Richtlijnen; 20 criteria voor het ontwikkelen en implementeren van een klinische richtlijn, Regieraad Kwaliteit van Zorg, Herzene versie, Den Haag, maart 2012. De Richtlijn voor Richtlijnen kan worden gebruikt als checklist om na te gaan of aan de eisen van zorgvuldige richtlijnontwikkeling is voldaan (J.J.E. Everdingen e.a., *Handboek evidence based richtlijnontwikkeling. Een Leidraad voor de praktijk*,

Houten: Baan Stafleu Van Loghum 2014, par. 3.2.3).

62. P. 22.

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

64. transvisie.nl/er-is-een-nederlandse-standaard-voor-somatise-transgenderzorg, (geraadpleegd op 3 juli 2023).

Het opstellen van het *Dutch Protocol* (2018) was, zoals met alle regels, een kwestie van zoeken naar het juiste evenwicht. Door transgender-personen worden waarschijnlijk drempels snel, en ook begrijpelijkerwijs, ervaren als misplaatst paternalisme. Uitgangspunt van Transvisie in haar overleg met allerhande partijen in het veld is: 'De keuze van de transgender-mens staat centraal'. Dat is echter (uitsluitend) het perspectief van wie in de zekerheid verkeert trans persoon te zijn. Als die zekerheid eenmaal een gegeven is, is het hele 'selectieproces' veelal overbodig, frustrerend en nodeloos verdragend. Pas na door een reeks hoope te zijn gesprongen, mag men gevolg geven aan dat wat men zelf altijd al geweten heeft. Zo is het belang van Transvisie bij verlaging van de drempels, en de tevredenheid met het onderhandelingsresultaat op dit punt (en het streven de regels nog verder te versoepelen),⁶⁵ goed te begrijpen.

Het probleem is dat op voorhand niet voor iedereen die zekerheid een gegeven is. Er zijn kinderen met genderdysforie die niet wegebt, maar er zijn ook grote aantallen kinderen bij wie dat wel gebeurt.⁶⁶ Deze laatste groep heeft belang bij een zeer serieuze toets; bij de hoogst mogelijk vorm van bescherming. Het selectieproces dat voor de één een sta-in-de-weg is, behoedt de ander voor levenslange, ernstige medische schade.

Tussen beide – legitieme – belangen bestaat een natuurlijke tegenstelling. Dat zo zijnde, is het ongelukkig dat de ene groep met twee leden binnen de werkgroep vertegenwoordigd is en daar kennelijk een stevig woordje heeft meegesproken, en de andere groep geheel zonder stem is gebleven. Het zou overigens ook niet gemakkelijk zijn die tweede groep aan tafel te krijgen.⁶⁷ Het gaat om mensen die een ongetwijfeld donkere periode achter zich hebben gelaten en aan wie het daardoor aan een motief ontbreekt zich nog indringend met de problematiek bezig te houden; het ontbreekt hen aan 'activistische energie'. Bovendien is het nog te vroeg voor hun bestaan; wij spreken over het *Dutch Protocol* 2018. Uiteindelijk zal waarschijnlijk het belang van deze groep het meest pregnant verwoord worden, eventueel in rechte, door de *detransitioners*, voor wie het kwaad al is geschied.

Los van deze onevenwichtigheid is een derde punt van twijfel bij de totstandkoming van de norm de beïnvloeding van de norm door een belangenorganisatie. Het is gebruikelijk en ook wenselijk⁶⁸ dat patiëntenverenigingen hun visie geven bij de formulering van onderdelen van medische standaarden. Maar dat deel van de behandeling en diagnostiek dat *evidence based* zou moeten zijn, behoort door de beroepsbeoefenaren in alle professionele vrijheid en autonomie te worden vastgesteld. Dat, bijvoorbeeld, Transvisie in de onderhandelingen kennelijk heeft bewerkstelligd dat een dubbele borstamputatie voor jongeren onder achttien jaar nu mogelijk is, is in dat verband niet onproblematisch. Staat men op wezenlijke punten beïnvloeding door belangenorganisaties toe, dan kan het ook geen verbazing wekken als vervolgens blijkt dat die standaard niet *evidence based* is; een deel van de opstellers sprak niet vanuit een wetenschappelijke, maar vanuit een maatschappelijke agenda.

Aldus kent het *Dutch Protocol* (2018) serieuze totstandkomingsproblemen: het voldoet niet aan de meest wezenlijke eisen van de Richtlijn voor Richtlijnen en men

kan voorts scherpe bedenkingen hebben bij de samenstelling van de werkgroep en de medisch-professionele autonomie.

4. Conclusie en slotbeschouwing

In Nederland vindt de zorg aan kinderen met genderdysforie plaats op basis van het *Dutch Protocol* (2018). Normaal gesproken zijn medische protocollen leidend bij invulling van de medisch-professionele standaard. Wil een protocol inderdaad leidend zijn, dan moet het (i) *evidence based* zijn, (ii) een beperkte medisch-ethische lading hebben en (iii) in een adequaat proces tot stand zijn gebracht. In dit artikel werd bepleit dat het zeer de vraag is of voldaan is aan de eerste eis en dat niet voldaan is aan de tweede en derde eis. De civiele rechter behoort het *Dutch Protocol* (2018) daarom niet als leidraad te nemen. Drie nadere opmerkingen naar aanleiding van die conclusie.

De implicatie van het voorgaande is dat ook handelen conform het *Dutch Protocol* (2018) in strijd met de medisch-professionele standaard kan zijn

Ten eerste. De implicatie van het voorgaande is dat ook handelen conform het *Dutch Protocol* (2018) in strijd met de medisch-professionele standaard kan zijn. Een vervolgvraag is wie aansprakelijk is wanneer hierdoor schade ontstaat. Dat is een complexe kwestie die een aparte publicatie rechtvaardigt. In exploratieve zin het volgende. Er is de individuele zorgverlener. Tegen diens aansprakelijkheid pleit dat men van een individuele zorgverlener niet snel kan verlangen dat hij of zij zich een inhoudelijk oordeel aanmeet over een protocol. Bij aanhoudende, gefundeerd kritiek op het protocol kan dat echter op enig moment anders zijn. In dat geval zou 'schuld' de toerekeningsgrond zijn. Daarnaast zijn er eventueel de verkeersopvattingen als toerekeningsgrond, waarbij het in wezen zal gaan om de wenselijke risicoverdeling. De aansprakelijkheidsverzekering van de zorgverlener kan in deze afweziging een rol spelen. Naast de individuele zorgverlener is er de instelling waar de behandeling heeft plaatsgevonden. De instelling is in de regel niet aansprakelijk voor foutieve protocollen, maar het kan anders zijn.⁶⁹ Relevante omstandigheden zijn de bijzondere betrokkenheid van de instelling bij het protocol en de mate waarin eventueel de instelling op de hoogte was of had moeten zijn van groeiende twijfel over de wetenschappelijke fundering. Tot slot is er de opsteller van het *Dutch Protocol* (2018).⁷⁰ Zij moet als 'redelijk handelend en redelijk bekwaam' opsteller gehandeld hebben. Daar zitten verschillende feitelijke aspecten aan. Onder andere zou men willen weten wat

haar tot het besluit heeft gebracht de door de Richtlijn voor Richtlijnen voorgeschreven systematische review van de wetenschappelijke literatuur achterwege te laten.

Ten tweede. De feitenrechter die een medisch protocol buiten toepassing wil laten, haalt zich een stevige motiveringslast op de hals. Denkbaar is dat hij of zij pragmatischer alternatieven heeft. Doordat het *Dutch Protocol* (2018) niet erg gedetailleerd is, kan het zijn dat de motivering zich ook laat formuleren in termen van een redelijke uitleg van het *Dutch Protocol* (2018). Bijvoorbeeld: een *detransitioner* stelt zich op het standpunt dat primair een jeugdtrauma de oorzaak van zijn genderdysforie was, dat de behandeling van dat trauma centraal had moeten staan en dat de puberteitsremmers niet het werkelijke probleem adresseerden – maar hem wel in de fuik naar de transitie hebben gebracht. Hij vordert schadevergoeding. De zorgverlener/instelling beroept zich op het *Dutch Protocol* (2018). Dat adviseert⁷¹ om adolescenten die aan de diagnostische criteria voor genderincongruentie voldoen, in de puberteit zijn, en om behandeling vragen, in eerste instantie een behandeling te geven om de puberteit/eigen hormonen te onderdrukken. De rechter zou nu kunnen oordelen dat het protocol aldus moet worden uitgelegd dat eerst moet worden onderzocht of behandeling van het trauma de genderdysforie had verholpen. Dat staat welbeschouwd niet in het protocol. Er staat als voorwaarde voor puberteitsremming alleen dat ‘nevenproblemen op psychologisch (...) vlak die behandeling in de weg zouden kunnen staan onder controle zijn (...)’. Trauma is dus naar de bewoordingen van het protocol louter van belang voor het vermogen de behandeling te verdragen, niet voor de opportuniteit van de behandeling op zichzelf. Maar via een redelijke uitleg, gesteund, bijvoorbeeld, door een in de procedure expertiserende traumakundige, zou de rechter kunnen oordelen dat behandeling van het trauma voorop had moeten staan.

Ten derde. Het is evident dat het ontbreken van een solide en gezaghebbend behandelprotocol een onwenselijke situatie is,⁷² zowel vanuit het oogpunt van goede zorg als vanuit rechtszekerheid. Er moet dus een protocol voor transgenderzorg aan kinderen komen dat wél aan de eisen voldoet.⁷³ Daartoe is allereerst vereist dat de door de Richtlijn voor Richtlijnen geëiste systematische review van de literatuur plaatsvindt, gevolgd door de vertaling van de uitkomsten van die systematische review naar de aanbevelingen in de richtlijn. Als dat gebeurt, is

De minister zou er verstandig aan doen het Zorginstituut Nederland zo snel mogelijk opdracht te geven met een nieuw protocol te komen

een belangrijk probleem in het totstandkomingsproces opgelost en wordt bovendien ook het punt dat een protocol *evidence based* moet zijn, geadresseerd. Een evenwichtige vertegenwoordiging van de relevante patiëntenpopulatie is met enige vindingrijkheid mogelijk. Mochten er, zoals te verwachten valt, zware medisch-ethische vragen overblijven, dan zal de wetgever zich ermee moeten bemoeien, eventueel na te zijn geadviseerd door de Gezondheidsraad. De minister zou er verstandig aan doen het Zorginstituut Nederland, dat immers tot taak heeft met inachtneming van de geldende eisen de totstandkoming van kwaliteitsstandaarden te bevorderen,⁷⁴ zo snel mogelijk opdracht te geven met een nieuw protocol te komen.

In de tussentijd moet goede transgenderzorg aan kinderen verzekerd zijn. Ter inspiratie zou men kunnen kijken naar Zweden en Finland en binnenkort Engeland.⁷⁵ Daar wordt toediening van puberteitsremmers beperkt tot de oorspronkelijke doelgroep van het *Dutch Protocol*, te weten kinderen met *childhood onset* genderdysforie die persisteert tot in de puberteit. Die toediening vindt in beginsel alleen nog plaats binnen studieverband. Voor tieners vormen behandeling van bijkomende psychische problematiek en exploratieve psychotherapie de eerstelijnsinterventies.

Niet uit te sluiten valt dat een minder voorzichtige benadering in Nederland leidt tot civielrechtelijke aansprakelijkheid zolang er: (i) onvoldoende sterk bewijs is dat de medische transitie van jongeren werkelijk levenslang welzijnsverhogend werkt, (ii) de enorme stijging in de afgelopen tien jaar van het aantal geboren meisjes met veelal complexe psychologische problemen niet verklaard is, (iii) bepaald niet is uitgesloten dat puberteitsremmers jongeren ‘opsluiten’ in een behandeltraject en (iv) over de bijwerkingen van puberteitsremmers nog veel onbekend is. •

65. ‘Transvisie is intensief betrokken geweest bij het maken van deze standaard en is blij dat hij er nu eindelijk is. (...) Maar er is meer nodig. Transvisie zou met name graag zien dat de rol van de psycholoog verder afgebakend wordt (...)’ (transvisie.nl/er-is-een-nederlandse-standaard-voor-somatische-transgenderzorg/), geraadpleegd op 3 juli 2023.

66. Zie bijvoorbeeld W.C. Hembree e.a., ‘Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline’, *The*

Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, vol. 102, iss. 11, november 2017, p. 3869-3903. En nogmaals, bij de groep met *adolescent onset* is zelfs niet eens bekend wat het natuurlijk beloop van hun genderdysforie zou zijn zonder medisch ingrijpen.

67. Punt 2 van de Richtlijn voor Richtlijnen bepaalt dat de initiatiefnemer van de richtlijn de primair betrokken patiënten/cliëntenorganisaties benadert. De kans dat deze groep ooit een patiënten/cliëntenorganisatie opricht, is klein.

68. Punt 6 van de Richtlijn voor Richtlijnen bepaalt: ‘Het patiënten/cliëntenperspectief maakt onderdeel uit van de richtlijn.’

69. HR 1 april 2005, ECLI:NL:HR:2005:AS6006, NJ 2006/377, m.nt. H.J. Sniijders & F.C.B. van Wijmen (protocol II).

70. Zie bijvoorbeeld P. Verbruggen, ‘Civiele aansprakelijkheid voor private normstelling’, *RM Themis* 2020(1), p. 18-29.

71. P. 22.

72. Zo ook H.J.J. Leenen e.a., *Handboek Gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom

juridisch 2020, p. 73.

73. Zie in vergelijkbare zin T. Klijnsmit & P. Vasterman, ‘Overheid moet regels maken voor behandelen genderdysforie’, *Medisch Contact* 25 mei 2023.

74. H.J.J. Leenen e.a., *Handboek Gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom juridisch 2020, p. 460.

75. Zie voor bronnen wat betreft Zweden en Finland par. 3.2. en voor Engeland par. 2.1.