



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

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

hormoonbehandelingen. Naar aanleiding van 2 moties over de behandeling van jongeren met GnRH-agonisten en genderbevestigende hormonen van de Tweede Kamer – heeft de minister van VWS de Gezondheidsraad om advies gevraagd. De minister wil weten of de richtlijn voor somatische transgenderzorg voor jongeren past binnen het gezondheidsrechtelijk kader en wat er bekend is over fysieke en mentale (langetermijn)gevolgen van hormoonbehandelingen en over spijt na behandeling. De tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren heeft zich over deze vragen gebogen. Het advies betreft jongeren tot 18 jaar en gaat primair over behandeling met GnRH-agonisten (mogelijk vanaf de start van de puberteit) en genderbevestigende hormoonbehandeling (mogelijk vanaf 15 à 16 jaar), niet over chirurgische ingrepen.

### **Transgenderzorg voor jongeren zorgvuldig ingericht**

De commissie concludeert dat de somatische behandeling voor jongeren met genderdysforie past binnen het gezondheidsrechtelijk kader.

Daarnaast constateert zij dat wetenschappelijk onderzoek laat zien dat de beoogde fysieke effecten worden bereikt, er aanwijzingen zijn voor enige verbetering in mentale uitkomsten en dat het aantal gevallen van spijt laag ligt. De huidige gegevens over niet-beoogde fysieke en mentale effecten

zijn niet zorgwekkend volgens de commissie. Wel zijn er onduidelijkheden, namelijk de mogelijke effecten van behandeling op cognitie en vruchtbaarheid zijn nog onvoldoende onderzocht en gegevens over de effecten op de lange termijn ontbreken. Ook is op basis van de beschikbare literatuur het aantal personen met spijt niet goed vast te stellen vanwege de veelal korte follow-upduur en de substantiële uitval in studies.

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

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



### **Explorerende gendervragen meer beleggen bij huisarts en reguliere ggz**

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

### **Zorgvuldige diagnostiek en indicatiestelling verder expliciteren bij herziening Kwaliteitsstandaard**

Voor jongeren met genderdysforie is in eerste instantie psychologische zorg aangewezen. Ook somatische zorg behoort tot de mogelijkheden.

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

### **Belang van onderzoek naar langetermijnuitkomsten**

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

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

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

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

### **Aandacht voor stoppen en spijt**

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

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

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

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

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

### **Belang van acceptatie van genderdiversiteit**

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

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

U kunt het hele advies downloaden van [gezondheidsraad.nl](https://www.gezondheidsraad.nl)

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:

Gezondheidsraad. Transgenderzorg voor jongeren.

Den Haag: Gezondheidsraad 2026; publicatienr. 2026/12.

Den Haag, 30 juni 2026. Auteursrecht voorbehouden.