



In de Nederlandse transgenderzorg wegen politieke en ideologische overtuigingen zwaarder dan wetenschappelijk bewijs - en dat is medisch erg riskant

Posted on 14 juli 2026 by Armand Girbes

Nederland mag zich opvallend graag presenteren als gidsland, vooral op terreinen die raken aan ideologie en ethiek. Eén van die gebieden is de transgenderzorg voor jongeren. Het gaat hierbij om behandelingen met puberteitsremmers en *cross-sex* hormonen, vaak gevolgd door chirurgie, bij kinderen en adolescenten.

Het in Nederland ontwikkelde protocol voor transgenderzorg voor jongeren wordt nog steeds het Dutch Protocol genoemd, bedoeld als toonbeeld van zorgvuldige, multidisciplinaire en *evidence-based* geneeskunde. Het recente rapport van de [Gezondheidsraad](#) bevestigt dit zelfbeeld: de zorg is 'zorgvuldig ingericht', de behandeling past binnen het gezondheidsrechtelijk kader en er is geen reden om de

Wynia's week: In de Nederlandse transgenderzorg wegen politieke en ideologische overtuigingen zwaarder dan wetenschappelijk bewijs - en dat is medisch erg riskant

koers fundamenteel te wijzigen. Internationale kritiek wordt genoteerd, maar niet serieus gewogen.

Dat is niet alleen opvallend, maar ook zorgwekkend. Maar misschien ligt de fundamentele vraag nog dieper. Nog vóór de vraag of een behandeling effectief is, moeten we als medici eerst weten wat we eigenlijk behandelen.

Symptoom en diagnose

Iedere arts leert al vroeg dat alles begint met het stellen van de juiste diagnose en vervolgens het stellen van de indicatie voor een behandeling. Daarbij is het belangrijk om onderscheid te maken tussen een symptoom en een diagnose.

Koorts kan bijvoorbeeld als symptoom duiden op allerlei diagnoses die variëren van griep, of een ernstige infectie tot kanker. Zo kan de behandeling voor een bepaald symptoom heel verschillend zijn. En hier kom ik bij de crux van de hulpvraag van kinderen en jongeren over hun genderidentiteit. Wat is de diagnose precies?

Een juiste diagnose is niet alleen noodzakelijk om de juiste behandeling te kiezen, maar ook om te voorkomen dat een verkeerde behandeling de werkelijke aandoening maskeert of zelfs verergert. Bij kinderen en jongeren die zich melden met gevoelens van genderdysforie is die diagnose vaak verre van duidelijk. Dat is des te meer van belang nu deze groep veel vaker ook andere symptomen heeft zoals autisme, depressie of ADHD.

De hieruit voortvloeiende vraag is dan ook: is genderdysforie hier de primaire diagnose, of is het een symptoom van iets anders? Die vraag behoort vooraf te gaan aan iedere onomkeerbare medische interventie.

Dit alles is van het grootste belang om aan een van de belangrijkste basisregels van de geneeskunde te kunnen voldoen: *primum non nocere*, allereerst niet kwaad doen. Hormonale behandelingen en chirurgie bij kinderen en adolescenten veroorzaken onomkeerbare schade, waaronder onvruchtbaarheid, seksuele disfunctie, botproblemen, verhoogde kans op hart- en vaatziekten, levenslange medische afhankelijkheid en niet te vergeten een risico op overlijden. Wie dergelijke ingrepen voorstelt, draagt een zware bewijslast.

Die bewijslast is na dertig jaar Dutch Protocol nog altijd niet geleverd. De

Wynia's week: In de Nederlandse transgenderzorg wegen politieke en ideologische overtuigingen zwaarder dan wetenschappelijk bewijs – en dat is medisch erg riskant

onzekerheid over de diagnose zelf wordt daarbij structureel onderschat. Is genderdysforie bij een tiener een primaire, stabiele identiteitsstoornis die bevestigd moet worden? Of is het een symptoom van iets anders: autisme, trauma, depressie, ADHD, sociale beïnvloeding via *peers* en media, of de normale verwarring van de puberteit?

Voor zover ik weet bestaat er binnen de geneeskunde geen ander psychisch probleem waarbij ingrijpende, onomkeerbare lichaamschirurgie onderdeel vormt van de standaardbehandeling.

Pas wanneer voldoende duidelijk is wat de diagnose is, kunnen we beoordelen of een behandeling geïndiceerd en werkzaam is. En juist daar wringt de schoen opnieuw.

Geen overtuigend bewijs

De [Cass Review](#) uit 2024 is een uitgebreide, onafhankelijke Britse nationale evaluatie van de transgenderzorg bij jongeren. De conclusie was dat het wetenschappelijk bewijs voor het gebruik van medicijnen die het intreden van de puberteit verhinderen, de zogenaamde *puberty blockers*, in combinatie met *cross-sex* hormonen (hormonen die bij het andere geslacht horen) bij minderjarigen '*remarkably weak*' is. Systematische *reviews* van hoge kwaliteit vonden geen overtuigend bewijs voor duurzame verbetering van mentale gezondheid of kwaliteit van leven. Landen als het Verenigd Koninkrijk, Zweden, Finland en Noorwegen trokken hieruit de logische consequentie: medische interventies werden sterk beperkt.

In *peer-reviewed* literatuur wordt herhaaldelijk gewezen op methodologische tekortkomingen in het Nederlandse onderzoek. Een gedetailleerde [analyse](#) uit 2023 beschrijft op heldere wijze hoe Nederlandse onderzoeken en publicaties kampen met ernstige selectie- en meetbias (vooringenomenheid), waarbij de onderzoekers en behandelaars voornamelijk de positieve effecten lijken te willen zien. Ook trekken de Nederlandse onderzoekers conclusies die ze helemaal niet kunnen baseren op de gegevens en de methode van het beschreven onderzoek.

Nog scherper en explicieter is de [kritiek](#) van McDeavitt & Cohn (2026). Zij concluderen dat drie decennia Dutch Protocol-onderzoek geen betrouwbaar bewijs heeft opgeleverd. De auteurs stellen dat de Nederlandse onderzoekers hun eigen werk systematisch positiever interpreteren dan de data rechtvaardigen, risico's ten

Wynia's week: In de Nederlandse transgenderzorg wegen politieke en ideologische overtuigingen zwaarder dan wetenschappelijk bewijs – en dat is medisch erg riskant

onrechte kleiner voorstellen en systematische *reviews* van onafhankelijke partijen negeren. In het kader van de risico's is het belangrijk te vermelden dat in ieder geval één van de behandelde jongeren is [overleden](#) aan complicaties van de operatie.

Het is zeldzaam om in de wetenschappelijke literatuur een Nederlandse standaard en een vooraanstaande onderzoeksgroep op deze toon en met deze scherpte bekritiseerd te zien worden.

Juist tegen deze achtergrond is het opmerkelijk dat de Gezondheidsraad deze kritiek onvoldoende laat wegen in de conclusies en aanbevelingen. Het rapport erkent dat de bewijskracht laag is en verwijst naar internationale ontwikkelingen, maar concludeert vervolgens dat de Nederlandse aanpak 'zorgvuldig' genoeg is om grotendeels te continueren. Dat is precies het dedain van een gidsland: buitenlandse systematische *reviews* en gedegen *peer-reviewed* analyses worden genoteerd, maar niet doorslaggevend gevonden. Wij doen het immers zorgvuldiger.

Reële risico's

Opvallend genoeg in dit kader is dat in het partijprogramma van D66 – de politieke partij die zich het meest verbonden lijkt te voelen met Nederland als gidsland voor onder meer transgenderzorg (voor jongeren) staat vermeld dat niet-bewezen effectieve zorg moet worden geschrapt. Ook CDA en VVD zijn daar voorstander van.

Dat betekent logischerwijze dat er geen geloofwaardige reden is om de huidige medische genderzorg voor minderjarigen te handhaven. Systematische *reviews* van hoge kwaliteit concluderen immers dat het bewijs voor *puberty blockers* en *cross-sex* hormonen bij jongeren laag tot zeer laag is: er is geen overtuigend bewijs voor duurzame verbetering van mentale gezondheid, suïcidaliteit of kwaliteit van leven, terwijl de risico's op onvruchtbaarheid, seksuele disfunctie en verstoorde botopbouw reëel en grotendeels irreversibel zijn.

Dat Nederland desondanks vasthoudt aan het Dutch Protocol en de Gezondheidsraad concludeert dat de zorg 'zorgvuldig ingericht' is, terwijl het Verenigd Koninkrijk, Zweden en Finland juist restrictiever zijn geworden, wekt derhalve sterk de indruk dat op dit dossier ideologische (politieke) overtuigingen zwaarder zijn gaan wegen dan het beschikbare wetenschappelijke bewijs. En dat spreekt niet ten faveure van de wetenschappelijk onafhankelijkheid van de

Wynia's week: In de Nederlandse transgenderzorg wegen politieke en ideologische overtuigingen zwaarder dan wetenschappelijk bewijs – en dat is medisch erg riskant

Gezondheidsraad.

Ook de taal speelt weer een opvallende rol. De terminologie die in dit dossier dominant is geworden – ‘*assigned male/female at birth*’ (AMAB/AFAB), ‘*gender-affirming hormone therapy*’ (GAHT) en ‘*gender-affirming care*’ – is allesbehalve neutraal. Ze suggereert dat geslacht bij geboorte willekeurig wordt ‘toegewezen’ in plaats van biologisch geobserveerd, en dat de medische ingrepen per definitie ‘bevestigend’ en dus positief zijn.

Deze woordkeuze is geen wetenschappelijke vooruitgang, maar een ideologische verschuiving die het hele behandelmodel framezet als vanzelfsprekend en onschuldig. Wie kritiek heeft op ‘*gender-affirming care*’ lijkt immers tegen zorg te zijn. Androgenen en/of oestrogenen aanduiden als ‘genderbevestigende hormonen’ valt ook in deze categorie.

Deze gekleurde nomenclatuur helpt mee om de Nederlandse zelfbevestiging – in de veelal Engelstalige literatuur – in stand te houden en internationale waarschuwingen te marginaliseren.

Bovenstaande methodologische zwakte zou al zorgelijk zijn bij relatief onschuldige interventies, maar hier gaat het om ingrepen met ingrijpende, veelal onomkeerbare gevolgen.

Extreem hoge standaard

Een kind of jongere die met klachten van genderdysforie komt, verdient de allerbeste diagnostiek die de geneeskunde te bieden heeft. Dat betekent niet dat we elke uiting van onvrede met het geslacht als een vaste genderidentiteit behandelen die met hormonen en chirurgie moet worden bevestigd.

Het betekent wél dat we de mogelijkheid serieus nemen dat we met medicalisering schade kunnen toebrengen aan iemand wiens problemen elders liggen. *Primum non nocere* geldt a fortiori voor kinderen, zeker nu de aantallen exponentieel stijgen en de te behandelen populatie evident is veranderd. De bewijsstandaard voor ‘goed doen’ moet dan extreem hoog zijn. Die standaard halen we op dit moment niet.

Het rapport van de Gezondheidsraad had een goed moment kunnen zijn om met gepaste wetenschappelijke afstand en zelfkritiek te kijken, ook naar de taal die we

Wynia's week: In de Nederlandse transgenderzorg wegen politieke en ideologische overtuigingen zwaarder dan wetenschappelijk bewijs – en dat is medisch erg riskant

gebruiken en het *frame* dat we daarmee creëren. In plaats daarvan leest het als een verdediging van het bestaande Nederlandse model. Sterke internationale kritiek, waaronder de gedetailleerde analyses van de bias in de eigen fundamentele studies, wordt onvoldoende gewogen. Dat is geen open wetenschappelijke houding. Dat is institutionele zelfbevestiging.

Geen gidsland

Nederland hoeft geen gidsland te zijn in alles. Soms is het verstandiger om te erkennen dat anderen ons iets te leren hebben. Vooral als het gaat om de vraag of we met onze huidige aanpak kinderen niet onnodig schade berokkenen. Die vraag verdient een eerlijker en kritischer antwoord dan het rapport van de Gezondheidsraad ons biedt. Want de geneeskunde begint niet met de behandeling, maar met de diagnose. Juist ook daarop geeft het rapport van de Gezondheidsraad onvoldoende antwoord.

Wynia's Week verschijnt 156 keer per jaar en wordt **volledig mogelijk gemaakt** door de donateurs. Doet u mee? [**Doneren kan zo.**](#) **Hartelijk dank!**