

Vergaderjaar 2020–2021

31 016

Ziekenhuiszorg

Nr. 295

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 5 november 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister voor Medische Zorg over de brief van 26 juni 2020 inzake Toekomstvisie Transgenderzorg (Kamerstuk 31 016, nr. 289).

De vragen en opmerkingen zijn op 30 juli 2020 aan de Minister voor Medische Zorg voorgelegd. Bij brief van 4 november 2020 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Verouden

Inhoud

I	Vragen en opmerkingen uit de fracties	2
	• Inbreng van de leden van de VVD-fractie	2
	• Inbreng van de leden van de D66-fractie	3
	• Inbreng van de leden van de GroenLinks-fractie	5
	• Inbreng van de leden van de SP-fractie	7
	• Inbreng van de leden van de PvdA-fractie	8
	• Inbreng van de leden van de ChristenUnie-fractie	9
	• Inbreng van de leden van de SGP-fractie	10
II	Reactie van de Minister voor Medische Zorg	12

I Vragen en opmerkingen uit de fracties

Met belangstelling heb ik kennisgenomen van de vragen en opmerkingen van de leden van de fracties van de VVD, D66, Groen Links, SP, PvdA, Christenunie en de SGP die zijn gesteld in de inbreng van het verslag van een schriftelijk overleg inzake de Toekomstvisie Transgenderzorg. Hierbij stuur ik u de antwoorden op de gestelde vragen. De vragen zijn zoveel mogelijk beantwoord in de volgorde van het door de commissie uitgebrachte verslag. Voor de overzichtelijkheid zijn de vragen genummerd.

Inbreng van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de Toekomstvisie Transgenderzorg en de voortgangsbrief Kwartiermaker Transgenderzorg voorjaar 2020. Zij hebben hierbij nog enkele vragen.

In de brief schrijft de Minister dat het opvallend is dat er, wat de wachttijd tot een intake voor psychologische zorg betreft, een grote discrepantie is tussen UMC's en GGZ-instellingen. Bij de UMC's is (en groeit) het aantal wachtenden harder dan het zorgaanbod, terwijl bij de GGZ-aanbieders het aanbod groter is (en sneller stijgt) dan het aantal wachtenden. Kan de Minister aangeven of er naar aanleiding van deze constatering is gekeken of er samenwerking mogelijk is tussen de UMC's en de GGZ-instellingen, om bijvoorbeeld een deel van de zorgvraag over te nemen?

Daarnaast lezen deze leden in de brief dat er door partijen, onder toezicht van de kwartiermaker, al ruim anderhalf jaar gewerkt is aan het terugdringen van de wachttijden, maar dat deze inspanningen niet voldoende zijn om de stijging van de zorgvraag op te vangen, laat staan om een substantiële verlaging van de wachttijden te realiseren. Kan de Minister een concreter beeld schetsen van de te verwachten wachttijden voor transgenderzorg? Als alle genoemde acties uit de brief worden ingezet, wanneer verwacht de Minister dan dat de wachttijden op de norm uit de zorgstandaarden zit?

In de Toekomstvisie Transgenderzorg wordt gesteld dat het aantal transgender personen dat zich meldt voor zorg al jaren toeneemt en dat zij gemiddeld jonger worden. Hoe sluit het diagnostisch proces aan op het toenemend aantal jongere transgender personen?

Genoemde leden lezen dat de risico's van de operatie en de kwaliteit van het resultaat de belangrijkste redenen zijn om geen chirurgie te willen. Kan de Minister aangeven wat de grootste risico's bij een operatie zijn en welke maatregelen of onderzoeken er worden ondernomen om deze risico's te verkleinen? Wat wordt er verstaan onder kwaliteit van het resultaat?

Hoe beoordeelt de Minister de oproep tot gewenste verdere ontwikkeling van netwerksamenwerking in de transgenderzorg? Kan de Minister tevens aangeven of, en zo ja hoe groot het percentage is van personen die voor transgenderzorg naar het buitenland gaat?

Deze leden vinden het positief te lezen dat de kwartiermaker in zijn voortgangsbrief concludeert dat er, door de inzet van digitale middelen, een minimaal effect is van de coronamaatregelen op de wachttijden en het aantal wachtenden in de psychologische en endocrinologische zorg. Veel zorg heeft doorgang gevonden door middel van beeldbellen en telefonische consulten. De zorgaanbieders hebben de kwartiermaker laten weten dat zij in de toekomst graag telefonisch of via beeldbellen zorg willen blijven verlenen, onder meer omdat dit een uitkomst is voor transgender personen die grote afstanden moeten afleggen. Kan de Minister aangeven of er invulling gegeven kan worden aan deze wens? Zo ja, hoe kan er invulling worden gegeven aan deze wens?

Inbreng van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief over de actuele stand van zaken op het gebied van transgenderzorg. Het is bemoedigend om te lezen hoeveel inspanning er wordt gepleegd bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars om de capaciteit van transgenderzorg te vergroten en zoveel mogelijk mensen van dienst te kunnen zijn. Deze leden willen ook een compliment uitspreken richting alle betrokken partijen en de kwartiermaker voor de toekomstvisie en alle acties om de transgenderzorg in Nederland te verbeteren. Tegelijkertijd maken genoemde leden zich zorgen over de grote stijging van de zorgvraag op de korte en lange termijn, waardoor de wachtlijsten toenemen en de uitdaging groter wordt om transgenderzorg toegankelijk en beschikbaar te houden. Omdat de leden van D66-fractie vinden dat iedereen zichtbaar zichzelf moet kunnen zijn en transgenderzorg daar een essentiële en waardevolle factor in betekent, hebben zij de volgende vragen.

Depathologiseren van transgenderzorg

Genoemde leden vinden het van groot belang dat transgender niet meer gezien of behandeld wordt als een mentale stoornis of een geestelijke ziekte. Toch komt dit nog op veel plaatsen tot uitdrukking in de manier waarop men omgaat met transgender personen. Zo wordt in de DSM-5-classificatie transgender nog beschouwd als een mentale conditie en wordt deze classificatie gebruikt in de GGZ en de diagnosestelling. Deze leden vinden dat niet passend omdat het kan bijdragen aan stigmatisering en drempelverhogend werkt. Is de Minister het eens met deze leden? De kwartiermaker doet daarom ook de aanbeveling om in de gehele transgenderzorg ICD-11 als basis te hanteren. Is de Minister bereid om in gesprek te gaan met het Zorginstituut, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Transvisie, Transgender Netwerk Nederland (TNN) en andere betrokken partijen om ICD-11 – de nieuwste versie van internationale classificatie van ziekten – als basis te hanteren voor de gehele transgenderzorg in Nederland? Is de Minister het ermee eens dat dit kan helpen bij de depathologisering van transgenderzorg? Is de Minister ook bereid om in gesprek te gaan met betrokken beroepsverenigingen in hoeverre depathologisering de norm is of kan worden in hun richtlijnen? Deze leden wijzen daarnaast op de generieke voorwaarde dat er een uitgebreide psychische evaluatie dient plaats te vinden. Deze leden zien dit als ander voorbeeld waar depathologisering van de transgenderzorg nodig is om minder stigmatisering en beter toegankelijke transgenderzorg te bewerkstelligen. Wil de Minister zich ervoor hard maken dat er geen uitgebreide psychologische evaluatie als generieke voorwaarde wordt gehanteerd en daarbij lessen betrekken van andere landen zoals Spanje en IJsland? Kan de Minister in het antwoord ook betrekken welke bijdrage deze andere aanpak zou kunnen leveren aan het terugdringen van wachtlijsten voor psychische transgenderzorg? Is de Minister het ook eens

met deze leden dat individueel noodzakelijke psychische transgenderzorg wel vergoed moet blijven in de basisverzekering en beschikbaar voor mensen die daar behoefte aan hebben? Genoemde leden wijzen bijvoorbeeld op landen als Malta, Denemarken en IJsland waarin een psychologische diagnose niet als voorwaarde mag worden gesteld voor somatische transgenderzorg. Kan de Minister reflecteren of dergelijke regelgeving ook in Nederland tot een verbetering zou kunnen leiden van de positie van transgender personen?

De impact van de coronacrisis op de transgenderzorg

Genoemde leden vinden het bewonderenswaardig dat ondanks de coronacrisis, veel professionals in de transgenderzorg hard hebben doorgewerkt om de impact zo klein mogelijk te houden. Voor de chirurgische zorg zijn de wachttijden wel opgelopen door de coronamaatregelen. In hoeverre is deze zorg voorbereid om snel af en op te schakelen bij een eventuele tweede golf coronabesmettingen? Welke lessen kunnen volgens de Minister getrokken worden uit de impact die de coronamaatregelen hebben gehad op de transgenderzorg? Kan de Minister daarbij ook ingaan op de grote verschillen tussen ziekenhuizen inzake de tijdsspanne die een ziekenhuis nodig heeft om weer op normale capaciteit te zitten? Zo verwacht het Amsterdam UMC in juli weer terug te zijn op normale capaciteit, terwijl Medisch Centrum Bloemendaal verwacht dat dit nog minimaal een half jaar gaat duren. Kan de Minister daarnaast aangeven wat de impact is geweest van de bloedcontroles die vaak zijn uitgesteld in de afgelopen maanden en of lopende hormoonbehandelingen ondanks de coronamaatregelen nog wel adequaat gemonitord zijn geweest? Verder laat de voortgangsbrief zien dat veel mensen het waardeerden om zorg op afstand te kunnen ontvangen. In hoeverre zal dat nu meer de norm worden voor transgenderzorg, indien de persoon het zelf wenst? Zijn volgens de Minister de richtlijnen en regelgeving voldoende up-to-date om deze verschuiving voldoende ruimte te bieden? Is de Minister bereid in gesprek te gaan met de kwartiermaker, professionals en transgender personen over de knelpunten en het uitwerken van oplossingen?

Wachtlijsten en andere ontwikkelingen in de transgenderzorg

Genoemde leden maken zich zorgen over de lange wachtlijsten voor transgenderzorg. Zij willen betrokken partijen complimenteren voor alle actie die ondernomen wordt om de wachtlijsten terug te dringen, maar hebben nog wel enkele vragen over de grote uitdaging die overblijft. Zo vragen deze leden of de zorgverzekeraars op dit moment en in de afgelopen jaren aan de eisen voldaan hebben die hen gesteld worden op basis van de zorgplicht? Zo nee, in hoeveel gevallen kunnen zij niet binnen een redelijke tijd en reisafstand zorg aanbieden voor hun verzekerden? Hoe vaak heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzekeraars aangesproken op hun zorgplicht en wat is hierna gebeurd? Vindt de Minister de handhaving van de NZa op de zorgplicht voldoende bij de transgenderzorg? Welke actie gaat de Minister ondernemen om ervoor te zorgen dat er substantieel meer transgenderzorg ingekocht gaat worden om de stijgende zorgvraag te kunnen bijbenen, op de korte en op de lange termijn? Kan de Minister daarnaast ingaan op het verschil tussen de rekenkundig gemiddelde wachttijd en de gewogen gemiddelde wachttijd en welk ten grondslag ligt aan de keuze welke wachttijd gehanteerd wordt in de rapportages? Is de Minister bereid om via de stuurgroep een verzoek in te dienen aan de NZa en/of het Capaciteitsorgaan om samen te werken aan een capaciteitsraming of een landelijke wachttijdenregistratie?

Deze leden constateren dat het aanbieden van zorg dichtbij in de eerste lijn kan bijdragen aan het terugdringen van wachtlijsten. Is de Minister bereid in gesprek te gaan met gemeenten en zorgverzekeraars om deze beweging aan te jagen? Is er regelgeving die deze verschuiving bemoeilijkt? Voor een effectieve verschuiving van transgenderzorg naar de eerste lijn is het ook van groot belang dat er snel een richtlijn ontwikkeld wordt voor endocrinologische nazorg door de huisarts. Is de Minister het op dit punt eens met deze leden? Welke knelpunten zijn er om te komen tot een richtlijn voor huisartsen en welke actie gaat de Minister ondernemen om het opstellen van deze richtlijn prioriteit te geven? Is de Minister bijvoorbeeld bereid om endocrinologische nazorg onderdeel te laten uitmaken van het basisaanbod van de huisarts?

De leden van de D66-fractie vinden het goed dat zorgverzekeraars aan de slag gaan met een concrete uitwerking van hun inkoopvisie en in samenwerking met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Movisie en deskundige zorgprofessionals een handreiking voor gemeenten zullen opstellen. Wanneer kunnen beide stukken verwacht worden? Worden hierbij ook belangenorganisaties voor transgender personen betrokken zoals Transvisie? Is de Minister ook bereid om in gesprek te gaan met gemeenten over de signalen die de kwartiermaker noemt in de voortgangsbrief over signalen vanuit zorgaanbieders en de transgender community dat er bij gemeenten vaak onduidelijkheid bestaat over de inrichting, bekostiging en samenwerking van zorg voor jongeren met genderdysforie.

Inbreng van de leden van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de Toekomstvisie Transgenderzorg van de kwartiermaker en de reactie van de Minister. Toch hebben deze leden nog een aantal vragen en opmerkingen.

Te beginnen met de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de zorg. De Minister schrijft in de brief dat veel zorg tijdens corona doorgang heeft gevonden, doordat aanbieders zorg via beeldbellen of telefonisch hebben verleend. Aanbieders zijn ook van plan dit na corona vol te houden, omdat dit ook een oplossing biedt voor transgender personen die grote afstanden moeten reizen. Hoewel deze leden blij zijn met deze ontwikkeling, is deze ook symptomatisch voor twee andere problemen. Ten eerste vragen deze leden waarom consulten niet vaker telefonisch worden gedaan, als dit voor de transgender personen die ver weg wonen een uitkomst is. Waarbij dit eigenlijk een fundamentele vraag is: in hoeverre beslissen zorgverlener en zorgvrager binnen de transgenderzorg samen over wat de juiste zorg is en hoe die wordt verleend? Samen beslissen zou volgens deze leden verder moeten gaan dan alleen samen beslissen over de behandelingen. Ook meer gedeelde besluitvorming in de indicatiestelling is wenselijk, zoals ook de kwartiermaker adviseert. Daarvoor is het belangrijk dat de Nederlandse transgenderzorg overgaat op classificatie ICD-11, in plaats van DSM-5. De Minister geeft aan na de zomer in samenspraak met het Zorginstituut met een reactie te komen. Genoemde leden vragen op welke termijn deze reactie komt. En of, als de Minister en het Zorginstituut dit advies besluiten op te volgen, deze verandering nog voor 1 januari 2021 in kan gaan.

Ten tweede is de ontwikkeling richting beeldbellen, omdat transgender personen anders ver moeten reizen, symptomatisch voor een ander probleem. Namelijk de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Tijdens deze kabinetsperiode is het actieprogramma de Juiste Zorg op de Juiste Plek gelanceerd. Zorg die dichtbij kan worden verleend, moet dichtbij worden georganiseerd. Ook voor transgenderzorg zou moeten gelden dat, waar mogelijk, deze zo dichtbij mogelijk wordt georganiseerd. Deze leden maken zich zorgen over de sterke centralisering van transgen-

derzorg in Nederland. Voor complexe operaties is dat natuurlijk nodig, maar veel andere zorg, zoals psychische ondersteuning, maar ook epilatie, pruiken, logopedie of bepaalde hormoonbehandelingen kunnen toch ook veel dichterbij worden georganiseerd? Nu krijgen transgender personen geen van deze behandelingen vergoed, omdat ze nog op de wachtlijst staan. Als we psychologen of huisartsen ook de mogelijkheid geven om de indicatie te kunnen stellen en de zorg dus iets te decentraliseren, dan kunnen transgender personen alvast starten met bepaalde aspecten van de behandeling, zolang ze nog op de wachtlijst staan. Hoe kijkt de Minister daar tegenaan en wat kan de Minister doen om dat te stimuleren?

Het is belangrijk voor transgender personen om niet te lang te moeten wachten op zorg. Hoe eerder en sneller een transgender persoon geholpen wordt, hoe beter. Zoals in de Toekomstvisie Transgenderzorg is beschreven, heeft «het langdurig leven in het tussengebied tussen het oud en de nieuwe genderexpressie» grote gevolgen. Transgender personen kampen vaak met gevoelens van machteloosheid, drugsgebruik, depressiviteit en zelfs suïcidaliteit. In Nederland heeft ruim één op de vijf transgender personen ooit een zelfmoordpoging gedaan. Volgens genoemde leden zou het kunnen helpen om minder complexe (psychische) zorg dichterbij deze mensen te organiseren, zodat zij sneller en makkelijker goede ondersteuning krijgen in dit proces. Zeker voor jongeren kan dit erg belangrijk zijn. Jongeren zijn minder in staat zelfstandig ver te reizen. Willen we de zorg voor hun goed organiseren, dan zal deze op maat en in de buurt moeten zijn. Daarnaast kan goede toegankelijke transgenderzorg voor jongeren veel trauma voorkomen, maar goede hulp in een vroeg stadium voorkomt ook dat transgender personen in een later stadium secundaire geslachtskenmerken laten corrigeren. Door de zorg dichterbij te organiseren ontstaat zo een win-win situatie: betere zorg en lagere zorgkosten. Hoe denkt de Minister hierover? Heeft transgenderzorg ook een plek in het actieprogramma de Juiste Zorg op de Juiste Plek? Wat kan en gaat de Minister nog meer doen om deze zorg dichtbij te stimuleren?

Om zorg dichterbij te organiseren, zal de zorg sterker in een netwerkamenwerking georganiseerd moeten worden, met specialisten, huisartsen en psychologen. De financiering, deels uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) kunnen hierbij in de weg staan. Zou een meer eenduidige financiering rondom transgenderzorg hier een bijdrage aan kunnen leveren, als er daardoor ook beter gestuurd kan worden op samenwerking? Wat zijn er voor obstakels om tot eenduidige financiering in de transgenderzorg te komen en hoe kunnen die worden weggehaald?

De leden van de GroenLinks-fractie zijn blij met de aandacht die de Minister in de brief schenkt aan de wachtlijsten in de transgenderzorg. Zoals hierboven beschreven, kan lang moeten wachten op zorg grote effecten hebben op de gesteldheid van een transgender persoon. De Minister beschrijft in de brief een aantal manieren waarop de kwartiermaker een bijdrage zal leveren aan het reduceren van de wachttijden. De kwartiermaker en partijen zijn al anderhalf jaar bezig om de wachttijden te reduceren en hebben ook een sterke stijging van het zorgaanbod gerealiseerd. Maar ziet de Minister, met de hoge wachttijden, niet nog een extra rol voor zichzelf weggelegd? Wat zou de Minister nog meer kunnen doen om de wachtlijsten terug te dringen of de kwartiermaker te ondersteunen?

Deze leden hebben nog vragen over de clustering van lang- en kortwerkende testosteroninjecties. De Minister schrijft: «wanneer nieuwe, gepubliceerde wetenschappelijke gegevens kunnen aantonen dat langwerkend testosteron tot betere uitkomsten voor de patiënt leidt, dan kan de fabrikant een verzoek indienen voor een herbeoordeling. Afhankelijk van de uitkomsten van een eventuele herbeoordeling door het zorginstituut zou de bijbetaling kunnen vervallen.» Hieruit maken deze

leden op dat er nog geen verzoek is ingediend tot herbeoordeling en er nog geen nieuwe wetenschappelijk gepubliceerde inzichten zijn. Zij vragen of de Minister, al dan niet via ZonMw een onderzoeksopdracht kan uitzetten naar de effecten van kort- en langwerkende testosteroninjecties bij transgender personen. Deze mensen hebben vaak al enorm lang moeten wachten op een behandeling en moeten daarna uit financiële overwegingen voor suboptimale medicatie kiezen. Ondertussen zijn de signalen uit het veld zo sterk dat langwerkende injecties beter werken, dat het in de ogen van deze leden beter zou zijn om proactief onderzoek te gaan doen, in plaats van af te wachten. Transgender personen wachten al lang genoeg. Wat denkt de Minister hiervan? Is de Minister bereid een onderzoek naar de werking van langwerkende versus kortwerkende testosteroninjecties te financieren?

Ten slotte, aansluitend op het vorige punt, vragen genoemde leden of er onderzoeksbudget beschikbaar komt voor UMC's om langdurig onderzoek te doen naar de zorg voor transgender personen. De zorg voor mensen uit deze gemeenschap is sterk in ontwikkeling en het zou daarom goed zijn om mensen die nu zorg krijgen langdurig te volgen, zodat we ook op de lange termijn de gevolgen van behandelingen snappen. Dus als laatste vraag: is de Minister bereid onderzoeksbudget vrij te maken ter bevordering van de kwaliteit van transgenderzorg in Nederland?

Inbreng van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de Toekomstvisie Transgenderzorg. Deze leden hebben naar aanleiding hiervan de onderstaande opmerkingen en vragen.

De ontwikkeling van de wachttijden

Zorgverzekeraars zijn door de kwartiermaker verzocht om een concrete inkoopvisie over de transgenderzorg op te stellen. Deze leden vragen of alle zorgverzekeraars gehoor zullen geven aan deze oproep en vragen tevens wanneer deze inkoopvisies naar verwachting gereed zullen zijn. Gaan de zorgverzekeraars (daarbij) ook aangeven hoeveel zorg zij van plan zijn om de komende jaren extra in te kopen om zowel de wachttijden in te lopen als aan de stijgende zorgvraag te voldoen?

De vergoeding van een middel voor testosteronsuppletie

Genoemde leden lezen dat een forse bijbetaling geldt voor het middel voor testosteronsuppletie, wat volgens de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch de beste klinische resultaten geeft. Dit als gevolg van de gekozen clustering in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Inmiddels lijkt het duidelijk te zijn dat de sector een voorkeur heeft voor langwerkende testosteroninjecties. De sector is in overleg om tot een oplossing te komen. Wanneer kunnen deze leden deze oplossing verwachten? Kan inzicht gegeven worden in de hoogte van de forse bijbetaling die gemiddeld betaald moet worden? Zal met de herziening van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem, die gepland staat voor de tweede helft van 2021, de bijbetaling verdwijnen, zo vragen deze leden.

Voortgangsbrief Kwartiermaker Transgenderzorg voorjaar 2020

Invloed van de corona-maatregelen op de transgenderzorg

Tijdens de coronacrisis is een deel van de zorg online doorgegaan. Echter is bepaalde zorg, met name de operaties, niet doorgegaan. Bij sommige aanbieders zal het een aantal maanden duren voordat weer evenveel operaties uitgevoerd kunnen worden als voor de coronacrisis. Genoemde

leden vragen hoeveel mensen nu niet de geplande zorg hebben gekregen en hoe lang het ongeveer duurt voordat deze mensen geholpen worden en de achterstand wordt ingelopen. Hoe lang moeten mensen nu langer op de wachtlijst staan dan vooraf voorspeld en hoe groot zijn de individuele gevolgen van deze extra wachttijden? Wat betekenen deze gegevens precies voor degenen waarvan de eerste intakes op korte termijn waren gepland?

Ontwikkelingen in de wachttijden en het aanbod van zorg

Deze leden vinden het erg positief dat fors is ingezet op een daling van de wachtlijsten van transgenderzorg en een toename van aanbod. Door een stijgende zorgvraag met maar liefst 42% wordt deze toename echter tenietgedaan. Wordt daarbij erkend dat een wachttijd van 67 weken (tussen moment van aanmelden en eerste inhoudelijke gesprek) nog steeds veel te lang is. Deze leden vinden ook het verschil in wachttijden tussen GGZ-aanbieders (26 weken voor volwassenen en 19 weken voor jongeren) en UMC's (59 weken voor volwassenen en 61 weken voor jongeren) opvallend. Hoe worden deze verschillen precies verklaard? Wat verklaart daarnaast dat er sprake is van een toenemende discrepantie tussen beide typen instellingen? Genoemde leden vinden het positief dat er hierbij aandacht is voor «de verkeerde wachtlijst problematiek» of zorgbemiddeling, maar vragen wat precies de verwachtingen zijn die deze inzet zal hebben.

Toekomstvisie Transgenderzorg

Vergoedingen

De kwartiermaker geeft aan dat het regelkader uit de Zorgverzekeringswet herzien moet worden, met name omdat vergoedingen van transitiezorg voor secundaire geslachtskenmerken is opgehangen aan het «verminderingscriterium» in deze wet. Wordt dit kader herzien? Zo ja, wanneer kunnen deze leden een herziening verwachten?

Het belang van kortere wachttijden

De cijfers in de toekomstvisie maken duidelijk dat transgenders vaker dan gemiddeld een suïcidepoging doen. Op welke wijze wordt op dit gebied specifiek aandacht aan deze doelgroep besteed?

Aanbevelingen van de Kwartiermaker Transgenderzorg

De kwartiermaker beschrijft de noodzaak van een betere spreiding van transgenderzorg over het land. Op welke wijze wordt hieraan gewerkt, zo vragen genoemde leden. Voldoen de zorgverzekeraars op dit punt aan hun zorgplicht? Hoe wordt gestimuleerd dat zorgverzekeraars zich aan hun taak houden om te stimuleren dat zorgaanbieders indien nodig extra aanbod beschikbaar stellen?

Inbreng van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de Toekomstvisie Transgenderzorg en de voortgangsbrief Kwartiermaker Transgenderzorg. Genoemde leden hebben hierover een aantal vragen. Deze leden constateren ondanks dat het aanbod van zorg is toegenomen wachttijden vrijwel gelijk zijn gebleven en het aantal wachtenden op transgenderzorg fors is gestegen. Zij maken zich zorgen over de psychologische en sociale problemen die ontstaan het lange wachten op goede zorg. Wordt er door zorgverzekeraars voldoende zorg ingekocht rekening

houdend met de verwachte stijging van de zorgvraag en de wens om de wachttijden te doen afnemen? Met welke stijging van de zorgvraag voor de komende jaren wordt daarbij rekening gehouden? Wat kan aanvullend worden ondernomen om een verdere daling van wachttijden te realiseren? Een van de aanbevelingen die door de kwartiermaker wordt gedaan is verplaatsen van een deel van transgenderzorg naar de eerste lijn. Is de Minister bereid om het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) te vragen om voorrang te geven aan het ontwikkelen van een richtlijn voor hormoonbehandeling van transgender personen? De grootste problemen met betrekking tot wachttijden liggen bij psychologische transgenderzorg. In hoeverre kan depahtologiseren van transgenderzorg bijdragen aan het terugdringen van de wachttijden? Een van de aanbevelingen van de kwartiermaker is gedeelde besluitvorming. Hoe kan volgens de Minister invulling worden gegeven aan deze «gedeelde besluitvorming»? De Minister stelt dat uit meerdere zorgpaden moet kunnen worden gekozen. Hoe wordt aan de verschillende zorgpaden invulling gegeven, zo vragen deze leden.

Inbreng van de leden van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben kennisgenomen van de Toekomstvisie Transgenderzorg en de voortgangsbrief van Kwartiermaker Transgenderzorg. Zij hebben hierbij een aantal opmerkingen en vragen. Deze leden zijn allereerst van mening dat transgender personen recht hebben op goede zorg, waarbij ingrijpende beslissingen met grote zorgvuldigheid worden genomen. Gedeelde besluitvorming is hierbij zeker belangrijk, maar het is ook belangrijk dat transgender personen goede begeleiding krijgen van een psycholoog als zij besluiten een traject in te gaan. Deze leden hebben zorgen over de vraag of jonge mensen zelfstandig in staat zijn om ingrijpende volwassen keuzes te maken.

Ontwikkeling wachttijden

Genoemde leden maken zich zorgen over de sterke stijging van de zorgvraag. Kan de Minister aangeven wat de achtergronden zijn van deze sterke stijging, met name bij jonge meisjes? Is de Minister bereid nader onderzoek te laten verrichten naar de oorzaken van de sterke toename van de zorgvraag?

Deze leden constateren dat de groei van het aanbod momenteel gelijke tred houdt met de groei van de vraag, waardoor de wachttijden gelijk blijven. Is het realistisch om te verwachten dat het aanbod nog sneller kan groeien?

Zij constateren dat er steeds meer specialistische GGZ-instellingen specifiek voor transgenderzorg zijn. Het risico bestaat dat hierdoor de aansluiting met de overige zorg, zoals bijvoorbeeld endocrinologische zorg, minder optimaal wordt. Is de Minister het met deze leden eens dat psychologische transgenderzorg breder ingebed dient te worden in de transgenderzorg en in de GGZ?

Deze leden constateren dat de kwartiermaker ervoor pleit om de zorg uit te breiden in met name het midden en zuiden van het land. Kan de Minister toelichten waarom juist hier er een behoefte is? Waar komt de terughoudendheid bij sommige ziekenhuizen vandaan? Is het reëel om te verwachten dat er een landelijk dekkend aanbod komt van transgenderzorg? Moet niet juist het bieden van kwaliteit in plaats van kwantiteit voorop staan?

Toekomstvisie Transgenderzorg

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben kennisgenomen van de inleiding van de toekomstvisie. Zij vragen de Minister of hier niet een al te

idealistisch scenario wordt geschetst. Moet niet te allen tijde worden gestreefd naar de juiste zorg op de juiste plek, waarbij voorkomen moet worden dat bepaalde patiëntgroepen een status aparte krijgen? Deze leden vragen welke landen nu reeds gebruik maken van de classificatie op basis van de ICD-11. Is de Minister het met deze leden eens dat ook in de DSM-5 er een goede ontwikkeling is waar te nemen, waar genderdysforie niet meer als stoornis wordt gezien, maar waarbij tegelijkertijd wel aandacht is voor het lijden dat hiermee gepaard kan gaan. Kan de Minister toelichten wat het verschil is tussen de classificaties in DSM-5 en ICD-11 en waarom de classificatie in de ICD-11 de voorkeur zou verdienen?

De kwartiermaker lijkt er voor te pleiten dat de rol van psychologen verder wordt teruggedrongen. Wat vindt de Minister hiervan? Deze leden vragen de Minister of zij verwacht dat endocrinologen en chirurgen bereid zullen zijn om de stap van psychologische zorg over te slaan of akkoord te gaan met een sterk afgebakende rol van de psycholoog.

Deze leden zijn van mening dat het goed is om de nazorg bij de huisartsen neer te leggen, maar dit betekent wel dat huisartsen voldoende moeten worden toegerust. Welke acties worden hierop ondernomen?

De kwartiermaker hecht veel waarde aan gedeelde besluitvorming. Is de Minister van mening dat hiervoor momenteel onvoldoende aandacht is en dat patiënten onvoldoende invloed hebben op hun behandeling?

Genoemde leden hebben namelijk het beeld dat patiënten goed worden betrokken bij hun behandeling. Vraagt transgenderzorg niet juist om grote zorgvuldigheid bij het maken van ingrijpende keuzes in het leven van jonge mensen? Is de Minister het daarom met deze leden eens dat gedeelde besluitvorming bij jonge transgenders inderdaad belangrijk is, maar wel op een andere wijze dient worden vormgegeven dan bij reguliere zorg?

De kwartiermaker vraagt om een duurzame borging van de verzekering en financiering van de transgenderzorg. Deze leden wijzen erop dat transgenderzorg in het buitenland niet altijd vergoed wordt. Voorkomen moet worden dat hier een spanningsveld ontstaat met andere vormen van zorg. Is de Minister bereid het Zorginstituut om advies te vragen over de bekostiging van de transgenderzorg?

Inbreng van de leden van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben kennisgenomen van de voortgangsbrief van de kwartiermaker, de Toekomstvisie Transgenderzorg en de reactie van de Minister hierop. Zij zijn bezorgd over de ontwikkelingen die in de voortgangsbrief en de toekomstvisie worden geschetst. Deze leden maken daarom graag van de gelegenheid gebruik om hierover enkele opmerkingen te maken en vragen te stellen.

Toegenomen zorgvraag

Genoemde leden constateren dat de vraag naar (medische) transgenderzorg de afgelopen jaren pijlsnel is gestegen. De groei van het aantal meldingen voor medische behandeling vindt plaats in alle leeftijdscategorieën, maar de toename is duidelijk het grootst bij kinderen en (met name) adolescenten. Binnen die groep is de stijging vooral toe te schrijven aan de toename van het aantal meldingen van tienermeisjes, zo constateert de kwartiermaker. Er is sinds enige jaren sprake van een plotselinge en forse oververtegenwoordiging van meisjes met genderdysforie.

Deze leden vinden het zeer opmerkelijk dat in de toekomstvisie deze gigantische stijging van de zorgvraag nauwelijks en alleen in zeer algemene bewoordingen wordt verklaard. Deelt de Minister de zorgen van deze leden? Deelt zij de mening dat alleen wanneer duidelijker is waarom

de zorgvraag zo is gestegen, we deze mensen op de juiste manier kunnen helpen? Is de Minister bereid om opdracht te geven tot een veel diepgaander onderzoek naar de oorzaken van de gestegen zorgvraag, met name de toename onder vrouwelijke adolescenten? Kan de Minister deze leden meer duidelijkheid geven over de eigenschappen van de groep jongeren die zich meldt voor een geslachtsverandering? Kan de Minister een overzicht geven van lopende onderzoeken op dit gebied in andere landen?

Behandelingen

Een geslachtsveranderende behandeling of operatie is onomkeerbaar en daarmee bijzonder ingrijpend voor de persoon die het betreft en diens omgeving. Bij de begeleiding van transgenders is dus de hoogste zorgvuldigheid geboden. Een psychologische diagnose zou wat deze leden betreft daarom als voorwaarde moeten blijven gelden voor toegang tot somatische behandelingen. Deelt de Minister deze opvatting? Waarom weigert de Minister zich hier tot nu toe duidelijk over uit te spreken? Het gaat hier toch juist nadrukkelijk niet om een medisch-inhoudelijke discussie, maar een bredere vraag hoe we als samenleving en politiek denken over transgenderzorg en dit willen vormgeven? Zou de Minister op z'n minst kunnen aangeven dat het niet wijs zou zijn om de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch nu al weer op zo'n cruciaal punt te wijzigen, terwijl deze pas in november 2019 in werking is getreden? Deze leden vragen of er nog wel een legitieme reden bestaat om behandelingen voor transgenders collectief te financieren, indien zou worden meegegaan in het pleidooi om deze behandelingen volledig te depathologiseren. Graag zien deze leden dat de Minister deze vragen afzonderlijk beantwoordt.

Detransitioning

Met de toename van het aantal mensen «in transitie», neemt ook het aantal mensen dat hierop terugkomt toe. Onderkent de Minister het risico dat mensen (te) snel worden bevestigd in onomkeerbare behandelingen of ingrepen? Welk zorg- en hulpaanbod bestaat er in Nederland voor zogenoemde «detransitioners»?

Suïcidaliteit

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat heel veel transgenders worstelen met suïcidale gedachten. Genoemde leden in de toekomstvisie dat dit vooral te maken zou hebben met langdurig leven in het tussengebied tussen de oude en de nieuwe genderexpressie. Het lijkt erop dat de kwartiermaker van mening is dat de belangrijkste oplossing hiervoor vooral het versnellen van de behandeling en het vergroten van het zorgaanbod zou zijn. Deze leden zijn ervan geschrokken dat in de toekomstvisie (nog) geen concrete maatregelen worden genoemd op het gebied van zorg en ondersteuning om suïcide onder transgenders tegen te gaan. Welke rol ziet de Minister op dit punt voor zichzelf weggelegd? Is de Minister bekend met wetenschappelijk onderzoek waaruit blijkt dat er sprake is van een risico op suïcide niet alleen vóór, maar ook tijdens en

ná geslachtsveranderende behandelingen of ingrepen?¹ Wat is de reactie van de Minister hierop en wat betekent dit voor het nazorgtraject dat aan transgenders wordt geboden?

II Reactie van de Minister voor Medische Zorg en Sport

Met belangstelling heb ik kennisgenomen van de vragen en opmerkingen van de leden van de fracties van de VVD, D66, Groen Links, SP, PvdA, ChristenUnie, en de SGP die zijn gesteld in de inbreng van het verslag van een schriftelijk overleg inzake de Toekomstvisie Transgenderzorg. Hierbij stuur ik u de antwoorden op de gestelde vragen. De vragen zijn zoveel mogelijk beantwoord in de volgorde van het door de commissie uitgebrachte verslag. Voor de overzichtelijkheid zijn de vragen genummerd.

Inbreng van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de Toekomstvisie Transgenderzorg en de voortgangsbrief Kwartiermaker Transgenderzorg voorjaar 2020. Zij hebben hierbij nog enkele vragen. In de brief schrijft de Minister dat het opvallend is dat er, wat de wachttijd tot een intake voor psychologische zorg betreft, een grote discrepantie is tussen UMC's en ggz-instellingen. Bij de UMC's is (en groeit) het aantal wachtenden harder dan het zorgaanbod, terwijl bij de ggz-aanbieders het aanbod groter is (en sneller stijgt) dan het aantal wachtenden.

Vraag 1

Kan de Minister aangeven of er naar aanleiding van deze constatering is gekeken of er samenwerking mogelijk is tussen de UMC's en de ggz-instellingen, om bijvoorbeeld een deel van de zorgvraag over te nemen?

De kwartiermaker heeft mij laten weten dat hij aan twee lijnen werkt om dit allocatieprobleem op te lossen. Aan de ene kant wordt samenwerking tussen (academische) ziekenhuizen en ggz-instellingen gestimuleerd. Er is een Handreiking Netwerksamenwerking in de Transgenderzorg opgesteld en de kwartiermaker spreekt zorgaanbieders en zorgverzekeraars actief aan op samenwerking en afstemming op dit punt. De kwartiermaker heeft mij laten weten dat dit werkt. Het aantal samenwerkingsafspraken groeit evenals het aantal netwerken van samenwerkende zorginstellingen die naar elkaar doorverwijzen. Daarnaast werkt de kwartiermaker aan afspraken tussen de zorgverzekeraars en transgenderorganisaties om mensen die op een wachtlijst staan te kunnen informeren over mogelijke alternatieve aanbieders waar men sneller kan starten met een behandeling. Inmiddels zijn er ook zorgverzekeraars die hun eigen verzekeerders beter informeren via websites en telefonisch advies over het meest passende zorgaanbod, aldus de kwartiermaker.

Vraag 2

Daarnaast lezen deze leden in de brief dat er door partijen, onder toezicht van de kwartiermaker, al ruim anderhalf jaar gewerkt is aan het terugdringen van de wachttijden, maar dat deze inspanningen niet

¹ Zie bijvoorbeeld:

- Wiepjes, C.M., den Heijer, M., Bremmer, M.A., Nota, N.M., de Blok, C.J.M., Coumou, B.J.G. and Steensma, T.D. (2020) Trends in suicide death risk in transgenderpeople: results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972–2017) *Acta Psychiatr Scand* 2020; 141: 486–491 (via: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/acps.13164>)
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A.L.V., Långström, N. and Landén, M. (2011) Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden (via: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0016885>)

voldoende zijn om de stijging van de zorgvraag op te vangen, laat staan om een substantiële verlaging van de wachttijden te realiseren. Kan de Minister een concreter beeld schetsen van de te verwachten wachttijden voor transgenderzorg? Als alle genoemde acties uit de brief worden ingezet, wanneer verwacht de Minister dan dat de wachttijden op de norm uit de zorgstandaarden zit?

Ik vind het net als u van belang dat de wachttijden voor transgenderzorg worden verkort. Zoals ik in mijn kamerbrief (Kamerstuk 31 016, nr. 289) heb aangegeven, is het echter niet zo eenvoudig om dit te realiseren. Vanwege een sterke stijging van de zorgvraag (die ook sneller stijgt dan verwacht) en de beperkte capaciteit die beschikbaar is en die niet eenvoudig uit te breiden is, maar ook bijvoorbeeld vanwege de «verdeling» van patiënten over de verschillende instellingen. Zoals de kwartiermaker aangeeft in de voortgangsbrief zijn de wachttijden bij ggz aanbieders veelal lager dan bij de universitair medisch centra. Veel patiënten lijken er echter voor te kiezen om te wachten bij een UMC, waardoor zij mogelijk langer dan noodzakelijk moeten wachten.

Wat nu vooral van belang is, is dat de betrokken zorgpartijen er alles aan doen om het zorgaanbod te vergroten c.q. anders in te richten en (daardoor) de wachttijden terug te dringen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet erop toe dat de zorgverzekeraars hierin hun verantwoordelijkheid pakken, conform de op hen rustende zorgplicht. De kwartiermaker heeft aangegeven dat er behoefte is aan een soort punt waar informatie over zorgaanbieders (van alle type zorg) en informatie over wachttijden en netwerken nodig is. Op dit punt zijn de zorgverzekeraars in gesprek hoe hieraan tegemoet te komen. Ik hoop dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders t.z.t. met deze gerichte informatie nog meer grip op de wachtlijsten krijgen.

Er is niet één maatregel die ervoor moet zorgen dat de wachtlijsten korter worden, maar veelal is sprake van een combinatie van meerdere acties die uiteindelijk effect moeten gaan sorteren. Er is een grote inspanning gaande bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars die resulteert in een forse groei van de capaciteit voor alle vormen van transgenderzorg in 2020 en 2021. In twee jaar tijd, van 2019 tot 2021, neemt het aanbod van psychologische zorg naar verwachting met 42% toe, en het aanbod van endocrinologische zorg met 44%. Een stijging van de zorgvraag met 42% per jaar en daarbovenop de wens om de wachttijden te laten dalen is ambitieus. Als gevolg van veel factoren is het lastig te voorspellen hoe de wachttijden zich de komende jaren zullen ontwikkelen en wanneer het lukt om de wachttijden binnen de daarvoor geldende normen te krijgen. Ik kan dan ook geen termijn aangeven waar binnen de wachttijden op de norm uit de zorgstandaard zullen zitten.

Vraag 3

In de Toekomstvisie Transgendersonderzoek wordt gesteld dat het aantal transgender personen dat zich meldt voor zorg al jaren toeneemt en dat zij gemiddeld jonger worden. Hoe sluit het diagnostisch proces aan op het toenemend aantal jongere transgender personen?

Bij de behandeling van transgender personen is de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch² leidend. In deze standaard is een apart hoofdstuk gewijd aan de behandeling van kinderen en adolescenten. In de inleiding staat: «Er zijn verschillen in presentatie en beloop van genderincongruentie tussen kinderen, adolescenten en volwassenen. Kinderen en

² https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/kwaliteitsstandaard_transgenderzorg/startpagina_-_transgenderzorg.html

adolescenten maken een lichamelijke, psychologische, sociale en seksuele ontwikkeling door die van invloed kan zijn op genderdysfore gevoelens. Daarom verschilt de diagnostiek en behandeling van genderincongruentie bij kinderen en adolescenten van die van volwassenen.» Voor meer informatie hierover verwijst ik u graag naar deze standaard.

Vraag 4

Genoemde leden lezen dat de risico's van de operatie en de kwaliteit van het resultaat de belangrijkste redenen zijn om geen chirurgie te willen. Kan de Minister aangeven wat de grootste risico's bij een operatie zijn en welke maatregelen of onderzoeken er worden ondernomen om deze risico's te verkleinen? Wat wordt er verstaan onder kwaliteit van het resultaat?

In de Toekomstvisie (Kamerstuk 31 016, nr. 289) wordt inderdaad aangegeven dat van de transgenderpersonen die geen operatie willen, een groot deel hiertoe heeft besloten vanwege de risico's van de operatie en de kwaliteit van het resultaat. «Met betrekking tot genitale chirurgie vindt 28% van de transmannen en 24% van de transvrouwen de risico's te groot en met name van de masculiniserende genitale chirurgie verwacht 37% van de transmannen onvoldoende resultaat. Bij andere vormen van chirurgie worden risico's en kwaliteit minder vaak genoemd, maar toch ook nog door tussen de 10% en 20% van de respondenten.»³ In de kwaliteitsstandaard staan bij 2.3.1.voorbeelden van de feminiserende en masculiniserende geslachtsaanpassende operaties.

De wensen op operatief gebied blijken vaak zeer individueel en in de praktijk is de behandeling steeds meer maatwerk geworden. Iedere operatie geeft kans op complicaties. Voor de operatie worden de patiënten gewezen op de risico's. De risico's bij een operatie zijn bijvoorbeeld nabloedingen, infectie, trombose en bijvoorbeeld het risico op een secundaire corrigerende ingreep. Onder de kwaliteit van het resultaat wordt onder andere verstaan: cosmetisch resultaat, seksuele functie, plasfunctie en/of fertiliteit. Op de websites en in patiëntenfolders wordt over het algemeen uitgebreide informatie verstrekt over de verschillende soorten ingrepen en de daarbij behorende risico's en mogelijke complicaties. Zie bijvoorbeeld de website van het Amsterdam UMC⁴. Hierop staat onder meer een online keuzehulp voor transmannen die voor de keuze staan of ze zich wel of niet willen laten opereren. Deze keuzehulp zet de mogelijke genitale operaties op een rij, geeft argumenten voor en tegen de opties en legt kort uit wat deze inhouden. De online keuzehulp geeft informatie in begrijpelijke taal opdat patiënt en arts samen kunnen besluiten wat de beste behandeling is.

Vraag 5

Hoe beoordeelt de Minister de oproep tot gewenste verdere ontwikkeling van netwerksamenwerking in de transgenderzorg?

Ik ben van mening dat netwerksamenwerking van groot belang is voor de transgenderzorg. Vandaar ook dat de vraag hoe netwerkzorg eruit zou moeten zien specifiek onderdeel uitmaakt van de opdracht van Zorgverzekeraars Nederland en VWS aan de kwartiermaker transgenderzorg (zie Kamerstuk 31 016, nr. 109). Goede en bij voorkeur ook decentrale netwerkzorg kan een belangrijke bijdrage leveren aan de toegankelijkheid van de transgenderzorg, doordat zorg op meer plaatsen en daarmee

³ Toekomstvisie p.16

⁴ <https://www.vumc.nl/zorg/expertisecentra-en-specialismen/kennis-en-zorgcentrum-genderdysforie/informatie-voor-patiënten-kennis-en-zorgcentrum-genderdysforie/fase-3-operaties.htm>

dichter bij de patiënt beschikbaar is, maar ook doordat de doorstroming van patiënten door de zorgketen in geval van goede netwerksamenwerking vlotter kan verlopen. Ook zorgt de komst van meer zorgnetwerken ervoor dat er een meer gevarieerd zorgaanbod, met meer keuzemogelijkheden voor de patiënten ontstaat.

Vraag 6

Kan de Minister tevens aangeven of, en zo ja hoe groot het percentage is van personen die voor transgenderzorg naar het buitenland gaat?

Er zijn inderdaad mensen die voor transgenderzorg naar het buitenland gaan. Het percentage transgenderpersonen dat hiervoor kiest is mij niet bekend.

Vraag 7

Deze leden vinden het positief te lezen dat de Kwartiermaker in zijn voortgangsbrief concludeert dat er, door de inzet van digitale middelen, een minimaal effect is van de coronamaatregelen op de wachttijden en het aantal wachtenden in de psychologische en endocrinologische zorg. Veel zorg heeft doorgang gevonden door middel van beeldbellen en telefonische consulten. De zorgaanbieders hebben de kwartiermaker laten weten dat zij in de toekomst graag telefonisch of via beeldbellen zorg willen blijven verlenen, onder meer omdat dit een uitkomst is voor transgender personen die grote afstanden moeten afleggen. Kan de Minister aangeven of er invulling gegeven kan worden aan deze wens? Zo ja, hoe kan er invulling worden gegeven aan deze wens?

Vanuit VWS wordt op verschillende manieren gestimuleerd om de inzet van digitale zorg in zijn algemeenheid te bestendigen. Vanuit belangrijke initiatieven, zoals de Hoofdlijnenakkoorden, Zorg voor innoveren, Juiste zorg op de juiste plek, Samen Beslissen en Waardegedreven Zorg, wordt hier door vele partijen in de zorg aan (samen-)gewerkt. Bij de keuze voor behandelvorm, waar behandelaar en patiënt samen besluiten over nemen, zou digitale zorg het vertrekpunt moeten zijn. Belangrijk hierbij is dat de patiënt/cliënt geholpen wordt bij het gebruik van deze toepassingen en dat de mogelijkheid van fysiek contact niet wordt afgesneden. De behoeften en wensen van patiënt en zorgverlener blijven altijd het uitgangspunt, ongeacht de vorm waarin zorg gegeven wordt. De mogelijkheden en meerwaarde van digitale zorg of digitale ondersteuning van zorg verschilt dan ook per zorgvorm en per patiënt. De NZa heeft onlangs de tijdelijke verruimingen voor digitale zorg verlengd tot 31 december 2020. Uitgangspunt is daarnaast deze tijdelijke verruimingen structureel te maken per 2021.

Inbreng van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief over de actuele stand van zaken op het gebied van transgenderzorg. Het is bemoedigend om te lezen hoeveel inspanning er wordt gepleegd bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars om de capaciteit van transgenderzorg te vergroten en zoveel mogelijk mensen van dienst te kunnen zijn. Deze leden willen ook een compliment uitspreken richting alle betrokken partijen en de kwartiermaker voor de toekomstvisie en alle acties om de transgenderzorg in Nederland te verbeteren. Tegelijkertijd maken genoemde leden zich zorgen over de grote stijging van de zorgvraag op de korte en lange termijn, waardoor de wachtlijsten toenemen en de uitdaging groter wordt om transgenderzorg toegankelijk en beschikbaar te houden. Omdat de leden van D66-fractie vinden dat iedereen zichtbaar zichzelf moet kunnen zijn en transgenderzorg daar een

essentiële en waardevolle factor in betekent, hebben zij de volgende vragen.

Depathologiseren van transgenderzorg

Genoemde leden vinden het van groot belang dat transgender niet meer gezien of behandeld wordt als een mentale stoornis of een geestelijke ziekte. Toch komt dit nog op veel plaatsen tot uitdrukking in de manier waarop men omgaat met transgender personen. Zo wordt in de DSM-5-classificatie transgender nog beschouwd als een mentale conditie en wordt deze classificatie gebruikt in de ggz en de diagnosestelling. Deze leden vinden dat niet passend omdat het kan bijdragen aan stigmatisering en drempelverhogend werkt.

Vraag 8

Is de Minister het eens met deze leden?

Het is niet aan mij om me een oordeel te vormen over de inhoud van de DSM-5. De DSM-5 is een handboek van de American Psychiatric Association (APA), vertaald naar het Nederlands in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). Ook is het niet aan mij om te oordelen over het gebruik van deze classificatie in de zorg. Het is aan de partijen in het veld om te bepalen wat goede zorg is; zie ook mijn antwoorden op de vragen 9 en 11.

Ik wil echter nog wel opmerken dat het niet juist is dat het zijn van transgender in de DSM-5 wordt beschouwd als een mentale conditie. In de DSM-5 wordt niet meer gesproken over een «genderidentiteitsstoornis» maar over «genderdysforie». Daarbij staat het *lijden* onder de genderincongruentie centraal; niet de genderincongruentie op zich. In de DSM-5 classificatie is hierover het volgende vermeld: «Genderdysforie verwijst naar de lijdensdruk die gepaard kan gaan met de incongruentie tussen het ervaren of geuite gender versus het toegewezen gender. Hoewel niet iedereen onder deze incongruentie lijdt, lijden velen er wel onder wanneer de gewenste lichamelijke ingrepen met hormonen en/of operaties niet beschikbaar zijn. De huidige term in de DSM-5 geeft een betere beschrijving dan de genderidentiteitsstoornissen uit de DSM-IV omdat hiermee de onvrede als klinisch probleem de nadruk krijgt en niet noodzakelijkerwijs de identiteit».⁵

Vraag 9

De kwartiermaker doet daarom ook de aanbeveling om in de gehele transgenderzorg ICD-11 als basis te hanteren. Is de Minister bereid om in gesprek te gaan met het Zorginstituut, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Transvisie, Transgender Netwerk Nederland (TNN) en andere betrokken partijen om ICD-11 – de nieuwste versie van internationale classificatie van ziekten – als basis te hanteren voor de gehele transgenderzorg in Nederland? Is de Minister het ermee eens dat dit kan helpen bij de depathologisering van transgenderzorg?

In mijn brief van 26 juni 2020 (Kamerstuk 31 016, nr. 289) heb ik aangegeven dat ik deze aanbeveling van de kwartiermaker samen met het Zorginstituut nader zou bezien, en dat ik de Kamer na de zomer een reactie op dit punt zou toesturen. Hierbij voldoe ik aan deze toezegging. De vraag of het mogelijk is om de ICD-11 te hanteren voor de transgenderzorg komt voort uit de wens om geen gebruik meer te maken van de DSM-5 bij het verlenen van transgenderzorg.

⁵ Nederlandse vertaling van het «Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5™», p.617.

Zoals toegezegd heb ik hier de afgelopen periode met het Zorginstituut over gesproken. Ik heb ook contact gehad met de NZa. Gezamenlijk hebben we bekeken welke rol de DSM-5 momenteel speelt in de transgenderzorg. Mijn bevindingen zijn als volgt.

Transgenderpersonen kunnen zich met verschillende zorgvragen tot een zorgaanbieder wenden. Iemand kan behoefte hebben aan psychische zorg, bijvoorbeeld vanwege een stemmingsstoornis of angststoornis of vanwege het *lijden* onder de genderincongruentie. Hiervoor zal een transgenderpersoon zich, zoals iedereen, tot de huisarts of POH ggz, en/of tot een psychiater of klinisch psycholoog wenden. Het kan ook gaan om de behoefte aan somatische zorg, bijvoorbeeld endocrinologische of chirurgische zorg. Ook in dat geval moet de transgenderpersoon naar een klinisch psycholoog of psychiater (of in geval van kinderen een orthopedagoog) gaan, dit omdat één van deze professionals op grond van de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch de indicatie voor de somatische zorg moet stellen. In dat kader moet onder meer worden vastgesteld of sprake is van genderincongruentie.

Bij het verlenen van psychische zorg in Nederland neemt de DSM-5 een centrale plaats in. Dat is niet alleen bij transgenderpersonen het geval, maar bij iedereen die psychische zorg nodig heeft. We gebruiken de DSM-5 als voorwaarde voor de aanspraak op en vergoeding van geneeskundige ggz. Dit om overbehandeling te voorkomen: klachten die niet in de DSM-5 staan kunnen door de huisarts/POH ggz worden behandeld, psychische stoornissen worden behandeld in de ggz. Het zou om meerdere redenen niet juist zijn om de DSM-classificatie in het kader van de geneeskundige ggz voor specifiek deze doelgroep te verlaten. Zoals ik in mijn antwoord op vraag 8 al heb uitgelegd, gaat het om de psychische problematiek en niet om het feit dat iemand transgender is. Een uitzonderingspositie creëert onduidelijkheid ten opzichte van andere groepen, en als je spreekt over het «depathologiseren» van het zijn van transgender dan zou juist het gegeven dat je transgender bent geen uitzonderingspositie moeten opleveren.

Overigens zal bij de behandeling van een transgenderpersoon in de geneeskundige ggz zeker niet altijd de DSM-classificatie «genderdysforie» hoeven te worden gehanteerd. De reden dat een transgenderpersoon psychische zorg nodig heeft, is namelijk niet altijd gelegen in het feit dat hij/zij lijdt onder de genderincongruentie; er kan net als bij ieder ander ook sprake zijn van andere psychische problematiek, zoals een depressieve stoornis of een angststoornis (die niet per definitie samenhangt met de genderincongruentie).

Mijn bijzondere aandacht is uitgegaan naar de somatische zorgvraag van transgenderpersonen.

Indien sprake is van een somatische zorgvraag (met inbegrip van de psychologische zorg en ondersteuning die integraal onderdeel uitmaakt van deze somatische zorgvraag), is er geen sprake van regelgeving vanuit de overheid die verplicht tot het gebruiken van de DSM-5. Voor de vraag of sprake is van verzekerde somatische transgenderzorg (op grond van de Zorgverzekeringswet) is een diagnose op grond van de DSM-5 geen

vereiste,⁶ en ook bij het declareren van dbc's voor medisch-specialistische zorg bestaat er geen verplichting om een DSM-code te registreren. Ook de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch stelt het gebruik van de DSM-5 bij het verlenen van somatische transgenderzorg overigens niet verplicht. De kwaliteitsstandaard stelt slechts dat de psycholoog, psychiater of orthopedagoog die de indicatie voor de somatische zorg stelt (onder meer) competent moet zijn in het gebruik van de DSM en/of de ICD voor diagnostische doeleinden.

Vraag 10

Is de Minister ook bereid om in gesprek te gaan met betrokken beroepsverenigingen in hoeverre depathologisering de norm is of kan worden in hun richtlijnen?

Zoals u weet is in november 2019 de Kwaliteitsstandaard Somatische Transgenderzorg gepubliceerd. Deze kwaliteitsstandaard is, met financiering vanuit het Ministerie van VWS, ontwikkeld door de patiëntenorganisatie en beroepsverenigingen met ondersteuning van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten. Omdat transgenderzorg relatief nieuwe zorg is die sterk in ontwikkeling is, is in de kwaliteitsstandaard aangegeven dat deze kwaliteitsstandaard van begin af aan een voorlopig karakter heeft en dat spreiding van zorg, toename van ervaring bij een bredere groep zorgverleners of nieuw onderzoek kan leiden tot andere inzichten. «Het is dan ook van belang dat deze standaard frequent (jaarlijks) op actualiteit beoordeeld wordt. Uitgangspunt is om twee jaar na autorisatie van deze standaard, een evaluatie uit te voeren in hoeverre de aanbevelingen uit de standaard daadwerkelijk in de praktijk worden toegepast/opgevolgd. Deze evaluatie (planning eind 2021) vormt dan tegelijkertijd de start van het onderhoudsproces.»⁷ Zoals ik in mijn brief van 26 juni 2020 (Kamerstuk 31 016, nr. 289) heb aangegeven, vind ik het belangrijk dat de partijen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van deze kwaliteitsstandaard opvolging geven aan deze passage met betrekking tot de actualisatie en evaluatie van de kwaliteitsstandaard, en zal ik dit bij hen onder de aandacht brengen. Ik zal partijen in dat kader ook verzoeken om bij de evaluatie van de kwaliteitsstandaard aandacht te besteden aan de ontwikkelingen en mogelijkheden met betrekking tot de depathologisering van genderincongruentie.

Vraag 11

Deze leden wijzen daarnaast op de generieke voorwaarde dat er een uitgebreide psychische evaluatie dient plaats te vinden. Deze leden zien dit als ander voorbeeld waar depathologisering van de transgenderzorg nodig is om minder stigmatisering en beter toegankelijke transgenderzorg te bewerkstelligen. Wil de Minister zich ervoor hard maken dat er geen uitgebreide psychologische evaluatie als generieke voorwaarde wordt gehanteerd en daarbij lessen betrekken van andere landen zoals Spanje en IJsland?

Zoals ik in mijn brief van 26 juni 2020 (Kamerstuk 31 016, nr. 289) heb aangegeven: uitgangspunt van de regelgeving op het terrein van de zorg is dat zorgaanbieders en zorgverleners goede zorg bieden. Wat goede zorg inhoudt staat in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (hierna:

⁶ Zie ook de standpunten van het Zorginstituut op dit punt: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2007/03/27/het-cvz-toetsingskader-geeft-aan-dat-de-specifieke-zorg-aan-transseksuelen-grotendeels-een-te-verzekeren-prestatie-is>; en <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2010/03/22/zorg-aan-transseksuelen-behoort-grotendeels-tot-het-terrein-van-de-zvw-en-deels-tot-het-terrein-van-de-awbz-en-de-wmo>.

⁷ https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/19927/Kwaliteitsstandaard%20Transgenderzorg%20-%20Somatisch.pdf p.11.

Wkkgz). Uit de Wkkgz volgt onder meer dat wat goede zorg is nader ingevuld wordt door de professionele standaard en in kwaliteitsstandaarden. De kwaliteitsstandaarden worden in beginsel door tripartiete partijen (organisaties van cliënten, zorgaanbieders/zorgverleners en zorgverzekeraars/zorgkantoren) opgesteld en de professionele standaard wordt opgesteld door de beroepsgroep. In de professionele standaard «Kwaliteitsstandaard Somatische Transgenderzorg» is een psychologische diagnose opgenomen als voorwaarde voor de indicatiestelling voor somatische zorg voor transgenders. Een gespecialiseerde psycholoog of psychiater beoordeelt een breed palet aan aspecten om te concluderen of de transgender persoon op zijn plek is bij een medische behandeling en of de persoon de behandeling mentaal en emotioneel aankan. Zorgaanbieders maken hun eigen keuze in hoe uitgebreid hun indicatiestelling is. Daarbij is een belangrijke notie dat transgenderzorg maatwerk is. De inhoud van de gewenste (eerste) geslachtsbevestigende behandeling(en) verschilt per persoon. Zoals ik in mijn antwoord op vraag 10 heb aangegeven, zal ik de partijen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van de kwaliteitsstandaard vragen om bij de evaluatie van deze kwaliteitsstandaard aandacht te besteden aan de ontwikkelingen en mogelijkheden met betrekking tot de depathologisering van genderincongruentie. Overigens heb ik van het Amsterdam UMC begrepen dat er nog geen onderzoek is gepubliceerd over de effecten van het weglaten van de psychologische evaluatie voorafgaande aan behandeling zoals bijvoorbeeld in Spanje en IJsland gebeurt.

Vraag 12

Kan de Minister in het antwoord ook betrekken welke bijdrage deze andere aanpak zou kunnen leveren aan het terugdringen van wachtlijsten voor psychische transgenderzorg?

Het gaat bij dit vraagstuk mij vooral om de vraag wanneer sprake is van zorg van goede kwaliteit en veiligheid. En zoals ik in mijn antwoord op vraag 11 heb aangegeven, volgt uit de Wkkgz onder meer dat wat goede zorg is nader ingevuld wordt door de professionele standaard. Daarnaast zijn er de kwaliteitsstandaarden die in beginsel tripartiete (organisaties van cliënten, zorgaanbieders/zorgverleners en zorgverzekeraars/zorgkantoren) worden opgesteld.

Vraag 13

Is de Minister het ook eens met deze leden dat individueel noodzakelijke psychische transgenderzorg wel vergoed moet blijven in de basisverzekering en beschikbaar voor mensen die daar behoefte aan hebben?

De basisverzekering (Zorgverzekeringswet) is een zogenaamde schadeverzekering. Dat betekent dat je een beroep kunt doen op deze verzekering voor (de vergoeding van) zorg indien er sprake is van een medische indicatie en de verzekerde redelijkerwijs op de zorg is aangewezen. Behandeling van psychische problemen wordt uit de basisverzekering vergoed als er sprake is van een psychische aandoening volgens de DSM-5⁸ en de verzekerde redelijkerwijs op de zorg is aangewezen. Dit geldt ook voor psychische zorg aan transgenderpersonen. Genderdysforie maakt onderdeel uit van de DSM-5. Transgenderpersonen kunnen uiteraard ook behoefte hebben aan psychische zorg voor de behandeling van bijvoorbeeld een depressie of angststoornis. Klachten die *niet* in de DSM-5 staan kunnen door de huisarts/POH ggz worden behandeld.

Vraag 14

⁸ DSM is het handboek voor de classificatie van psychische stoornissen en staat voor «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders».

Genoemde leden wijzen bijvoorbeeld op landen als Malta, Denemarken en IJsland waarin een psychologische diagnose niet als voorwaarde mag worden gesteld voor somatische transgenderzorg. Kan de Minister reflecteren of dergelijke regelgeving ook in Nederland tot een verbetering zou kunnen leiden van de positie van transgender personen? Zie het antwoord op vraag 11.

De impact van de coronacrisis op de transgenderzorg

Genoemde leden vinden het bewonderenswaardig dat ondanks de coronacrisis, veel professionals in de transgenderzorg hard hebben doorgewerkt om de impact zo klein mogelijk te houden. Voor de chirurgische zorg zijn de wachttijden wel opgelopen door de coronamaatregelen. In hoeverre is deze zorg voorbereid om snel af en op te schakelen bij een eventuele tweede golf coronabesmettingen?

Vraag 15

Welke lessen kunnen volgens de Minister getrokken worden uit de impact die de coronamaatregelen hebben gehad op de transgenderzorg?

De eerste golf covid-patiënten heeft eerder dit jaar een grote impact gehad op de reguliere zorg. Ook op de zorg voor transgenderpersonen heeft de crisis impact gehad. In mijn brief aan uw Kamer (Kamerstuk 31 016, nr. 289) was ik enthousiast over het feit dat de impact van de crisis op de wachttijden en het aantal wachtenden voor de psychologische en endocrinologische zorg door de inzet van digitale zorg beperkt is gebleven, maar de chirurgische zorg heeft inderdaad enige tijd stilgelegen, en bijvoorbeeld veel intakes en diagnosestellingen zijn uitgesteld waardoor er vrijwel geen instroom van nieuwe patiënten is geweest. De lessen die getrokken kunnen worden uit de eerste golf zijn niet specifiek te trekken voor transgenderzorg. Maar zoals u weet, is er mij en ook de partijen in het veld veel aan gelegen om ervoor te zorgen dat de zorgcapaciteit in Nederland (voor zowel COVID als non-COVID-patiënten) zo goed mogelijk wordt benut en dat de toegang die patiënten hebben tot de zorg overal gelijk is. Ik heb uw Kamer recent geïnformeerd⁹ over de aanvullende tijdelijke maatregelen die hiervoor worden getroffen.

U vraagt specifiek naar de chirurgische zorg. De impact van de covid-crisis op de chirurgische zorg is overigens met name groot geweest omdat de IC-bedden en beademingsapparatuur die voor chirurgische zorg nodig zijn, nodig waren voor de behandeling van ernstig zieke covid-patiënten. Zoals u weet wordt er in de ziekenhuizen momenteel stapsgewijs gewerkt aan de opschaling van de IC-capaciteit¹⁰. Het ging per 1 oktober 2020 om een uitbreiding van 1.150 naar 1.350 IC-bedden en aanvullend ook 400 extra klinische covid-bedden dus 200 IC-bedden en 400 klinische bedden op 1 oktober 2020.

Aansluitend gaat het per 1 januari 2021 om opschaling met nog eens 350 flexibele IC-bedden (tot een totaal van 1.700 bedden) en 700 extra flexibele klinische bedden.

Vraag 16

Kan de Minister daarbij ook ingaan op de grote verschillen tussen ziekenhuizen inzake de tijdsspanne die een ziekenhuis nodig heeft om weer op normale capaciteit te zitten? Zo verwacht het Amsterdam UMC in juli weer terug te zijn op normale capaciteit, terwijl Medisch Centrum Bloemendaal verwacht dat dit nog minimaal een half jaar gaat duren.

⁹ Kamerstuk 29 247, nr. 317

¹⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 455

De verschillen in «opstarttijd» zijn vooral afhankelijk van de totale vraag naar benodigde inhaalzorg in ziekenhuizen in zijn algemeenheid en de capaciteit aan menskracht en operatiekamers gereserveerd voor transgenderzorg bij zorgaanbieders. Zorginstellingen moesten vaak meerdere soorten zorg weer opstarten en daarbij ging de prioriteit uit naar de meest urgente zorg (neurologie, cardiologie, oncologie). Daarnaast zijn de verschillen afhankelijk van de aard van de behandeling die gevraagd wordt. Nacontroles van hormoonbehandelingen zijn minder tijdsintensief en sneller op te schalen dan complexe operaties bijvoorbeeld.

Vraag 17

Kan de Minister daarnaast aangeven wat de impact is geweest van de bloedcontroles die vaak zijn uitgesteld in de afgelopen maanden en of lopende hormoonbehandelingen ondanks de coronamaatregelen nog wel adequaat gemonitord zijn geweest?

Ik beschik niet over deze informatie. Ik heb hierover contact gehad met de IGJ en met de NZa. Er zijn zowel bij hen als bij mij geen signalen hierover bekend. Ik ga er overigens vanuit dat er steeds wel de mogelijkheid was om telefonisch contact te hebben met de zorgverlener en dat bij klachten digitaal overleg heeft kunnen plaatsvinden.

Vraag 18

Verder laat de voortgangsbrief zien dat veel mensen het waardeerden om zorg op afstand te kunnen ontvangen. In hoeverre zal dat nu meer de norm worden voor transgenderzorg, indien de persoon het zelf wenst? Voor wat betreft het eerste gedeelte op de vraag of zorg op afstand de norm wordt verwijs ik naar het antwoord op VVD-vraag nr. 7. De richtlijnen en regelgeving omtrent het geven van zorg op afstand bieden voldoende ruimte. In elke zorgsector kan gewerkt worden vanuit het principe van digitale zorg, waar mogelijk en wenselijk. Daarbij is wel van belang dat de behandelkeuze altijd een onderdeel is van gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt en behandelaar. Samen beslissen blijft het uitgangspunt.

Vraag 19

Zijn volgens de Minister de richtlijnen en regelgeving voldoende up-to-date om deze verschuiving voldoende ruimte te bieden? Is de Minister bereid in gesprek te gaan met de kwartiermaker, professionals en transgender personen over de knelpunten en het uitwerken van oplossingen?

Goede digitale zorg (naast preventie, zorg en ondersteuning) levert een positieve bijdrage aan de maatschappij. Hiermee bedoel ik ontwikkelingen die helpen om de zorg goed en betaalbaar te houden. Ook zal digitale zorg veelal kunnen bijdragen aan een betere gezondheid van mensen. Om deze reden volgt de NZa de ontwikkelingen bij digitale zorg met grote belangstelling. Ook de IGJ besteedt in het toezicht aandacht aan digitale zorg.

De richtlijnen zijn voldoende up-to-date om de verschuiving naar zorg op afstand te kunnen maken. Richtlijnen spreken zich niet uit over de manier en de organisatie van de zorg en bevatten geen expliciete belemmering voor deze manier om zorg te bieden. Mochten er knelpunten zijn voor de aanbieders van transgenderzorg op het terrein van digitale zorg dan verwijs ik hiervoor naar de toezichthouders: NZa (bekostiging) en IGJ (kwaliteit en veiligheid van zorg). Ik verwijs verder ook naar de voortgangsrapportage innovatie en zorgvernieuwing die op 28 september jl. aan uw kamer is verzonden (Kamerstuk 27 529, nr. 218).

Wachtlijsten en andere ontwikkelingen in de transgenderzorg

Genoemde leden maken zich zorgen over de lange wachtlijsten voor transgenderzorg. Zij willen betrokken partijen complimenteren voor alle actie die ondernomen wordt om de wachtlijsten terug te dringen, maar hebben nog wel enkele vragen over de grote uitdaging die overblijft. Zo vragen deze leden of de zorgverzekeraars op dit moment en in de afgelopen jaren aan de eisen voldaan hebben die hen gesteld worden op basis van de zorgplicht? Zo nee, in hoeveel gevallen kunnen zij niet binnen een redelijke tijd en reisafstand zorg aanbieden voor hun verzekerden?

Vraag 20

Hoe vaak heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzekeraars aangesproken op hun zorgplicht en wat is hierna gebeurd?

Zorgverzekeraars zijn in het kader van hun zorgplicht verantwoordelijk voor tijdige zorg voor hun verzekerden. Zij kunnen dit complexe probleem van lange wachttijden in de transgenderzorg echter niet eigenstandig oplossen maar spelen een belangrijke rol en moeten zich maximaal inspannen om dit te bereiken. Lange wachttijden kennen meerdere, onderling samenhangende oorzaken, zoals de snel (en sneller dan geanticiperde) stijgende vraag naar zorg, de beperkte beschikbare capaciteit en de allocatie van patiënten (zie ook mijn antwoord op vraag 2 van de VVD-fractie). Er is niet één oplossing voor alle verschillende (oorzaken van) wachttijden. Er is ook niet één partij die hier alleen aan zet is. Alle partijen, zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars, zijn ervoor verantwoordelijk om ervoor te zorgen dat transgenderpersonen binnen een aanvaardbare tijd en afstand kwalitatief goede zorg kunnen ontvangen.

Ik kan niet zeggen over of, en zo ja, hoeveel mensen niet binnen redelijke tijd en reisafstand zorg hebben gekregen. De zorgverzekeraar heeft daar, als zorgbemiddelaar, gedeeltelijk inzicht in. Daarbij geldt bijvoorbeeld ook dat, ondanks dat wachttijden bij ggz-aanbieders veelal korter kunnen zijn dan bij de universitair medisch centra, een gedeelte van de patiënten ervoor te kiezen om te blijven wachten bij een universitair medisch centrum. Ook hierdoor kan de wachttijd langer worden. Eerder is aangegeven dat er dubbelingen in wachtlijsten zitten (Kamerstuk 31 016, nr. 257, p.5) doordat patiënten zich mogelijk op meerdere wachtlijsten aanmelden. Ik heb u in mijn brief van 26 juni jl. (Kamerstuk 31 016, nr. 289) aangekondigd wat voor acties er in gang zijn gezet t.a.v. reduceren van de wachttijden. Ik spreek de hoop uit dat de wachttijdbemiddeling ook snel tot resultaten gaan leiden. (Zie ook het antwoord op vraag 1).

In de afgelopen periode is de NZa, in nauwe samenwerking met de kwartiermaker Transgenderzorg, betrokken geweest bij de gesprekken met veldpartijen over de toegankelijkheid van transgenderzorg en heeft de NZa in nauw contact gestaan met de zorgverzekeraars. De aanleiding hiertoe was het signaal dat zorgaanbieders hun capaciteit niet konden uitbreiden vanwege onvoldoende financiële ruimte. Om die reden is nagegaan (a) in hoeverre zorgaanbieders hun capaciteit kunnen vergroten en (b) in hoeverre zorgverzekeraars zich in voldoende mate inspannen om de wachttijden te reduceren.

Uit deze gesprekken is gebleken dat er de afgelopen periode fors extra is ingekocht door verzekeraars, en dat op dit moment verder onderhandeld wordt met de relevante aanbieders om zorgcapaciteit verder uit te breiden, waarbij de Kwartiermaker in haar voortgangsbrief aangeeft dat deze onderhandelingen de goede kant opgaan. Op dit moment zijn er ook

geen signalen bij de Kwartiermaker of NZa bekend dat aanbieders niet in gesprek kunnen/kunnen onderhandelen met verzekeraars om (meer) transgenderzorg te (gaan) leveren.

In het kader van haar toezicht op de zorgplicht blijft de NZa nauwgezet volgen of verzekeraars zich blijven inspannen om de wachttijden zo snel als mogelijk (verder) te laten dalen (met inachtneming van de complexiteit van de wachttijdproblematiek) en zullen zo nodig zorgverzekeraars hierop aanspreken.

Vraag 21

Vindt de Minister de handhaving van de NZa op de zorgplicht voldoende bij de transgenderzorg?

Gezien de inspanningen van de NZa op gebied van de zorgplicht transgenderzorg en de acties die zijn ondernomen kan ik niet anders concluderen dat deze binnen de mogelijkheden van de NZa voldoende zijn geweest (zie ook het antwoord op vragen 20 en 22). Ik vind het uiteraard van groot belang dat de NZa prioriteit blijft geven aan het toezicht op dit terrein, zo lang dit nodig is. Dit is de NZa ook zeker van plan. Zoals ik in mijn brief van 26 juni 2020 (Kamerstuk 31 016, nr. 289) heb aangegeven zal de NZa de komende tijd onder meer kijken naar de manier waarop de zorgverzekeraars bijdragen aan wachtlijstbemiddeling en naar de concrete inkoopvisie voor transgenderzorg, die zorgverzekeraars op verzoek van de kwartiermaker opstellen. Ook zal de NZa nagaan in hoeverre zorgverzekeraars gevolg geven aan de voornemens uit hun schriftelijke reacties op de Toekomstvisie Transgenderzorg, en of zij daarmee voldoen aan hun wettelijke zorgplichten. Waar nodig zal de NZa zorgverzekeraars aanspreken op hun zorgplicht.

Vraag 22

Welke actie gaat de Minister ondernemen om ervoor te zorgen dat er substantieel meer transgenderzorg ingekocht gaat worden om de stijgende zorgvraag te kunnen bijbenen, op de korte en op de lange termijn?

Zoals ik in mijn kamerbrief (Kamerstuk 31 016, nr. 289) heb aangegeven, ben ik niet blij met het feit dat de wachttijden voor een groot deel van de transgenderzorg geen verbetering laten zien. Tegelijkertijd realiseer ik me dat er sprake is van een enorme stijging van de zorgvraag (gemeten naar het aantal wachtenden op zorg: maar liefst 42% in één jaar tijd) en heeft de coronacrisis impact gehad op de transgenderzorg. Ik vind het van groot belang dat de wachttijden voor transgenderzorg worden teruggedrongen en de inkoop van extra zorgaanbod is daarin een belangrijke factor. Zorgverzekeraars kopen ook daadwerkelijk substantieel meer zorg in: in twee jaar tijd is het zorgaanbod met ruim 40% toegenomen. Maar aan de jaarlijkse groei van het zorgaanbod zit een grens. Om dit op verantwoorde wijze te kunnen doen is méér nodig dan een contract tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder: de zorg moet ook op verantwoorde wijze kunnen worden geleverd. De zorgaanbieder moet zijn organisatie erop hebben ingericht, er moet voldoende goed opgeleid personeel beschikbaar zijn, zorgnetwerken moeten worden gebouwd, etcetera. Ik weet niet hoeveel uitbreiding van het zorgaanbod partijen reëel gezien in een jaar kunnen realiseren, en wat we in dat opzicht van hen kunnen verwachten, maar ik vind dat partijen moeten doen wat in hun mogelijkheden ligt. Zie verder het antwoord op vraag 20 en 21.

Vraag 23

Kan de Minister daarnaast ingaan op het verschil tussen de rekenkundig gemiddelde wachttijd en de gewogen gemiddelde wachttijd en welk ten

grondslag ligt aan de keuze welke wachttijd gehanteerd wordt in de rapportages?

Tot de voorlaatste voortgangsrapportage van de kwartiermaker (Kamerstuk 31 016, nr. 257) is steeds het rekenkundig gemiddelde gebruikt als indicator voor de wachttijd. Op advies van Transvisie heeft de kwartiermaker in de laatste rapportage (Kamerstuk 31 016, nr. 289) ook het gewogen gemiddelde berekend. Het gewogen gemiddelde wordt berekend door de gemiddelde wachttijd per aanbieder te vermenigvuldigen met het aantal wachtenden bij die aanbieder gedeeld door het totaal aantal wachtenden voor dit type zorg. Omdat de aanbieders met de langste wachttijden ook de meeste wachtenden hebben, wordt zo beter zichtbaar hoe lang de wachttijd voor een bepaald type zorg daadwerkelijk is voor de gemiddelde wachtende.

Vraag 24

Is de Minister bereid om via de stuurgroep een verzoek in te dienen aan de NZa en/of het Capaciteitsorgaan om samen te werken aan een capaciteitsraming of een landelijke wachttijdenregistratie?

Het is aan de zorgverzekeraars voldoende transgenderzorg in te kopen en om ervoor te zorgen dat – in het kader van hun zorgplicht – deze zorg toegankelijk is. Als zorgverzekeraars dit alleen kunnen als zij beschikken over bepaalde informatie, die nu nog niet beschikbaar is, dan is het aan de zorgverzekeraars dit aan te geven of passende acties daar op te zetten.

Vervolgens kan gekeken worden wat de beste manier is om deze informatie te verzamelen en in kaart te brengen, en welke instanties of personen daarbij het beste betrokken kunnen worden. De NZa ziet vanuit haar verantwoordelijkheid hier op toe.

Het Capaciteitsorgaan (CO) brengt periodiek een nieuwe raming uit van de benodigde instroom bij alle specialismen. De organisaties van beroepsbeoefenaars zijn hierbij aangesloten (het Ministerie van VWS niet) en kunnen eventuele tekorten zelf inbrengen. Een apart verzoek aan het CO daarover is dus niet nodig. Het advies van het CO gaat niet over specifieke aandoeningen of behandelingen, maar eventuele tekorten bij bepaalde typen van zorg bepalen wel mede de uitkomsten van het model en daarmee het opleidingsadvies van het CO. Met andere woorden, de geadviseerde instroom in de verschillende opleidingen houdt indirect al rekening met de behoefte aan medisch specialisten en psychologen voor transgenderzorg.

Vraag 25

Deze leden constateren dat het aanbieden van zorg dichterbij in de eerste lijn kan bijdragen aan het terugdringen van wachtlijsten. Is de Minister bereid in gesprek te gaan met gemeenten en zorgverzekeraars om deze beweging aan te jagen?

Zorg op de juiste plek en de verplaatsing van zorg naar de eerste lijn zijn belangrijke uitgangspunten van de verschillende Hoofdlijnenakkoorden die de toenmalig Minister voor MZS in 2018 met veldpartijen heeft gesloten. Het gesprek hierover is continu gaande. De website van de Juiste Zorg op de Juiste Plek¹¹ laat vele praktijkvoorbeelden zien van de verplaatsing van zorg. Daarnaast is de kwartiermaker in gesprek met zorgaanbieders over hoe huisartsen daadwerkelijk meer zorg aan transgender personen kunnen gaan verlenen zoals in de Kwaliteitsstandaard Somatische Transgenderzorg is vastgelegd (zie ook mijn antwoord op vraag 27).

Vraag 26

Is er regelgeving die deze verschuiving bemoeilijkt?

¹¹ <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/>

Ik ben niet bekend met specifieke regelgeving die deze verschuiving bemoeilijkt maar mocht dat het geval zijn, dan hoor ik graag van partijen uit het veld in welke gevallen hier concreet sprake van is.

Vraag 27

Voor een effectieve verschuiving van transgenderzorg naar de eerste lijn is het ook van groot belang dat er snel een richtlijn ontwikkeld wordt voor endocrinologische nazorg door de huisarts. Is de Minister het op dit punt eens met deze leden?

In november 2019 is de «Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch» vastgesteld en gepubliceerd. Zoals ik in mijn antwoord op vraag 10 heb aangegeven, is deze kwaliteitsstandaard ontwikkeld door de patiëntenorganisatie en beroepsverenigingen. In deze kwaliteitsstandaard staat dat de follow-up op de hormoonbehandeling op zijn plaats is bij de huisarts met kennis van transgenderzorg, in overleg met een endocrinoloog; óf bij een endocrinoloog in een perifere ziekenhuis. De huisarts kan kortom ook een belangrijk deel van de endocrinologische zorg voor zijn rekening nemen. De kwartiermaker schrijft in zijn toekomstvisie dat de zorgstandaard op dit punt voortvarender door de huisartsen moet worden geïmplementeerd. Hij geeft aan dat het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) aan zet is om huisartsen hiertoe op te leiden en bekwaam te maken. «Ze zou daartoe een richtlijn moeten ontwikkelen in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Endocrinologie (NVE) en de gendercentra van academische ziekenhuizen. Deze centra kunnen in samenwerking met transgenderorganisaties huisartsen trainen in nazorg en het herkennen en managen van zelfmedicatie.» De kwartiermaker gaat hiermee aan de slag. Hij heeft inmiddels contact opgenomen met de NHG en zal dit ook bespreken met de endocrinologen en gendercentra van de academische ziekenhuizen. In de volgende brief van de kwartiermaker, die ik uiteraard ook aan de Kamer stuur, zal hij mij informeren over de voortgang op dit punt.

Vraag 28

Welke knelpunten zijn er om te komen tot een richtlijn voor huisartsen en welke actie gaat de Minister ondernemen om het opstellen van deze richtlijn prioriteit te geven?

Zie het antwoord op vraag 27.

Vraag 29

Is de Minister bijvoorbeeld bereid om endocrinologische nazorg onderdeel te laten uitmaken van het basisaanbod van de huisarts?

Zoals ik in mijn antwoord op vraag 27 heb aangegeven, kunnen huisartsen een belangrijk deel van de endocrinologische zorg voor hun rekening nemen en gaat de kwartiermaker hiermee aan de slag. Het is uiteindelijk aan de huisartsen zelf om te bepalen of zij deze zorg willen aanbieden (als onderdeel van hun basisaanbod dat voor iedere huisarts gelijk is, of van het aanvullend en bijzonder aanbod), en niet aan mij.

Vraag 30

De leden van de D66-fractie vinden het goed dat zorgverzekeraars aan de slag gaan met een concrete uitwerking van hun inkoopvisie en in samenwerking met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Movisie en deskundige zorgprofessionals een handreiking voor gemeenten zullen opstellen. Wanneer kunnen beide stukken verwacht worden? Worden hierbij ook belangenorganisaties voor transgender personen betrokken zoals Transvisie?

De reacties van zorgverzekeraars op de Toekomstvisie Transgenderzorg zijn opgesteld. Aan de hand daarvan kunnen zorgverzekeraars een inkoopvisie opstellen.

Ik verwacht dat de kwartiermaker de Handreiking voor Gemeenten in het najaar publiceert. De kwartiermaker zal enkele organisaties waaronder Transvisie consulteren over de conceptversie van de Handreiking, zodat zij input kunnen geven voordat er een finale versie verschijnt.

Vraag 31

Is de Minister ook bereid om in gesprek te gaan met gemeenten over de signalen die de kwartiermaker noemt in de voortgangsbrief over signalen vanuit zorgaanbieders en de transgender community dat er bij gemeenten vaak onduidelijkheid bestaat over de inrichting, bekostiging en samenwerking van zorg voor jongeren met genderdysforie.

Met de handreiking hoop ik dat er bij gemeenten meer duidelijkheid komt over inrichting, bekostiging en samenwerkingsvormen van zorg voor jongeren met genderdysforie. Indien blijkt dat deze handreiking onvoldoende effect sorteert, kan uiteraard een gesprek plaatsvinden tussen Minister(ie) en VNG over de uitvoering van de handreiking.

Inbreng van de leden van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de Toekomstvisie Transgenderzorg van de kwartiermaker en de reactie van de Minister. Toch hebben deze leden nog een aantal vragen en opmerkingen.

Te beginnen met de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de zorg. De Minister schrijft in de brief dat veel zorg tijdens corona doorgang heeft gevonden, doordat aanbieders zorg via beeldbellen of telefonisch hebben verleend. Aanbieders zijn ook van plan dit na corona vol te houden, omdat dit ook een oplossing biedt voor transgender personen die grote afstanden moeten reizen. Hoewel deze leden blij zijn met deze ontwikkeling, is deze ook symptomatisch voor twee andere problemen.

Vraag 32

Ten eerste vragen deze leden waarom consulten niet vaker telefonisch worden gedaan, als dit voor de transgender personen die ver weg wonen een uitkomst is. Waarbij dit eigenlijk een fundamentele vraag is: in hoeverre beslissen zorgverlener en zorgvrager binnen de transgenderzorg samen over wat de juiste zorg is en hoe die wordt verleend?

Bij samen beslissen zoeken patiënten samen met een zorgverlener naar de behandeling of zorg die het beste bij hen past. Wat het beste past, hangt af van wat iemand belangrijk vindt. Samen beslissen gebeurt in één of meer gesprekken. Daarin bespreken zorggebruiker en zorgverlener samen alle mogelijkheden en wat deze betekenen voor iemands leven. Hier hoort wat mij betreft ook de juiste zorg bij en de manier waarop die zorg wordt verleend. Samen beslissen verbetert de zorg en ondersteuning. Behandelingen slaan bijvoorbeeld beter aan. En patiënten zijn meer tevreden en trouwer aan afspraken als zij worden betrokken bij de beslissing. Een goed gesprek is de basis van goede zorg.

In de kwaliteitsstandaard transgenderzorg somatisch staan de voorwaarden rondom samen beslissen en informed consent¹² (zie pagina 42). Voordat kan worden overgegaan tot behandeling is het nodig dat de somatische behandelaar en de transgender persoon voldoende informatie hebben uitgewisseld over de achtergronden van de zorgvraag en de consequenties en risico's van de behandeling. De transgender persoon geeft informed consent voor de behandeling zoals in de Nederlandse zorg gebruikelijk is (Burgerlijk Wetboek artikelen 7:448 en 7:450).

¹² https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/19927/Kwaliteitsstandaard%20Transgenderzorg%20-%20Somatisch.pdf

Wat de mogelijkheid van telefonische consulten betreft, verwijs ik graag naar mijn antwoorden op de vragen 7 en 18.

Vraag 33

Ten tweede is de ontwikkeling rondom beeldbellen, omdat transgender personen anders ver moeten reizen, symptomatisch voor een ander probleem. Namelijk de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Tijdens deze kabinetsperiode is het actieprogramma de Juiste Zorg op de Juiste Plek gelanceerd. Zorg die dichtbij kan worden verleend, moet dichtbij worden georganiseerd. Ook voor transgenderzorg zou moeten gelden dat, waar mogelijk, deze zo dichtbij mogelijk wordt georganiseerd. Deze leden maken zich zorgen over de sterke centralisering van transgenderzorg in Nederland. Voor complexe operaties is dat natuurlijk nodig, maar veel andere zorg, zoals psychische ondersteuning, maar ook epilatie, pruiken, logopedie of bepaalde hormoonbehandelingen kunnen toch ook veel dichterbij worden georganiseerd? Nu krijgen transgender personen geen van deze behandelingen vergoed, omdat ze nog op de wachtlijst staan. Als we psychologen of huisartsen ook de mogelijkheid geven om de indicatie te kunnen stellen en de zorg dus iets te decentraliseren, dan kunnen transgender personen alvast starten met bepaalde aspecten van de behandeling, zolang ze nog op de wachtlijst staan. Hoe kijkt de Minister daar tegenaan en wat kan de Minister doen om dat te stimuleren?

U geeft aan dat een indicatie voor transgenderzorg een voorwaarde is voor de vergoeding van deze zorg, en vraagt of het mogelijk zou zijn dat ook psychologen en huisartsen de mogelijkheid kunnen krijgen om de indicatie te stellen zodat transgender personen eerder zorg kunnen krijgen, en wat ik zou kunnen doen om dit te stimuleren.

Zonder indicatiestelling (art. 14 Zorgverzekeringswet) en beantwoording van de vraag of de patiënt redelijkerwijs op de zorg is aangewezen (art. 2.1 Besluit zorgverzekering), is er geen toegang tot zorg. Deze stappen zijn voorwaardelijk om vast te stellen dat er medisch gezien dusdanig iets aan de hand is dat een interventie (behandeling of geneesmiddel) gerechtvaardigd is. Hier mag niet op vooruit worden gelopen.

Het is niet aan mij om te bepalen welke zorgprofessionals een indicatie voor transgenderzorg mogen stellen; de vraag wat kwalitatief goede zorg is, is zoals gezegd aan het veld (zie mijn antwoord op vraag 11). In de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch wordt aangegeven dat de diagnostiek door een gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog wordt uitgevoerd.¹³ Gespecialiseerde psychologen (psychologen die ervaring hebben met de beoordeling van transgender personen) kunnen dus al vaststellen of sprake is van genderdysforie; huisartsen mogen dit niet.

Ik ben het met de fractie van Groen Links eens dat veel zorg dichterbij kan worden georganiseerd, en dat dit van groot belang is om de toegang tot zorg te verbeteren. Dit is ook een belangrijk onderdeel van de opdracht van de kwartiermaker transgenderzorg. Voor verschillende vormen van zorg die u noemt kunnen transgenderpersonen op dit moment overigens ook al dichtbij terecht.

Vraag 34

Samen beslissen zou volgens deze leden verder moeten gaan dan alleen samen beslissen over de behandelingen. Ook meer gedeelde besluitvorming in de indicatiestelling is wenselijk, zoals ook de kwartiermaker adviseert. Daarvoor is het belangrijk dat de Nederlandse transgenderzorg

¹³ https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/kwaliteitsstandaard_transgenderzorg/startpagina_-_transgenderzorg.html, p.13.

overgaat op classificatie ICD-11, in plaats van DSM-5. De Minister geeft aan na de zomer in samenspraak met het Zorginstituut met een reactie te komen. Genoemde leden vragen op welke termijn deze reactie komt. En of, als de Minister en het Zorginstituut dit advies besluiten op te volgen, deze verandering nog voor 1 januari 2021 in kan gaan.

Zie mijn antwoord op vraag 9.

Vraag 35

Het is belangrijk voor transgender personen om niet te lang te moeten wachten op zorg. Hoe eerder en sneller een transgender persoon geholpen wordt, hoe beter. Zoals in de Toekomstvisie Transgenderzorg is beschreven, heeft «het langdurig leven in het tussengebied tussen het oud en de nieuwe genderexpressie» grote gevolgen. Transgender personen kampen vaak met gevoelens van machteloosheid, drugsgebruik, depressiviteit en zelfs suïcidaliteit. In Nederland heeft ruim één op de vijf transgenderpersonen ooit een zelfmoordpoging gedaan. Volgens genoemde leden zou het kunnen helpen om minder complexe (psychische) zorg dichtbij deze mensen te organiseren, zodat zij sneller en makkelijker goede ondersteuning krijgen in dit proces. Zeker voor jongeren kan dit erg belangrijk zijn. Jongeren zijn minder in staat zelfstandig ver te reizen. Willen we de zorg voor hun goed organiseren, dan zal deze op maat en in de buurt moeten zijn. Daarnaast kan goede toegankelijke transgenderzorg voor jongeren veel trauma voorkomen, maar goede hulp in een vroeg stadium voorkomt ook dat transgender personen in een later stadium secundaire geslachtskenmerken laten corrigeren. Door de zorg dichtbij te organiseren ontstaat zo een win-win situatie: betere zorg en lagere zorgkosten. Hoe denkt de Minister hierover?

Zie mijn antwoord op vraag 33.

Vraag 36

Wat kan en gaat de Minister nog meer doen om deze zorg dichtbij te stimuleren?

Zie mijn antwoord op vraag 33.

Vraag 37

Om zorg dichtbij te organiseren, zal de zorg sterker in een netwerk-samenwerking georganiseerd moeten worden, met specialisten, huisartsen en psychologen. De financiering, deels uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) kunnen hierbij in de weg staan. Zou een meer eenduidige financiering rondom transgenderzorg hier een bijdrage aan kunnen leveren, als er daardoor ook beter gestuurd kan worden op samenwerking?

Er zijn momenteel geen signalen dat de verschillen in de financiering tussen de Wmo en Zvw een knelpunt zijn bij de samenwerking. Eventuele knelpunten bij de financiering van transgenderzorg komen eerder voort uit onduidelijkheden bij de verschillende financieringswijzen binnen de Zvw zelf (er worden bijvoorbeeld verschillende DBC's gebruikt binnen ziekenhuizen of tussen ziekenhuis en ggz aanbieder). Om daarover duidelijkheid te verschaffen waar nodig, heeft Zorgverzekeraars Nederland een werkgroep opgericht.

Vraag 38

Wat zijn er voor obstakels om tot eenduidige financiering in de transgenderzorg te komen en hoe kunnen die worden weggehaald?

Zie het antwoord op vraag 37.

Vraag 39

De leden van de GroenLinks-fractie zijn blij met de aandacht die de Minister in de brief schenkt aan de wachtlijsten in de transgenderzorg. Zoals hierboven beschreven, kan lang moeten wachten op zorg grote effecten hebben op de gesteldheid van een transgender persoon. De Minister beschrijft in de brief een aantal manieren waarop de kwartiermaker een bijdrage zal leveren aan het reduceren van de wachttijden. De kwartiermaker en partijen zijn al anderhalf jaar bezig om de wachttijden te reduceren en hebben ook een sterke stijging van het zorgaanbod gerealiseerd. Maar ziet de Minister, met de hoge wachttijden, niet nog een extra rol voor zichzelf weggelegd? Wat zou de Minister nog meer kunnen doen om de wachtlijsten terug te dringen of de kwartiermaker te ondersteunen?

Ik vind het van groot belang dat de wachttijden voor transgenderzorg worden teruggedrongen, en ik vind dat partijen moeten doen wat in hun mogelijkheden ligt. De kwartiermaker is mede door mij aangesteld en zal zijn rol tot eind 1^e kwartaal 2021 vervullen. Ook de komende periode vervult hij weer een stevige rol. Hij heeft onder meer de zorgverzekeraars verzocht een inkoopvisie voor de transgenderzorg op te stellen en zoals ik in mijn Kamerbrief (Kamerstuk 31 016, nr. 289) heb geschreven, ga ik ervan uit dat zij in hun inkoopvisie voor de transgenderzorg duidelijk maken welke uitbreiding van het zorgaanbod naar hun oordeel haalbaar is en hoe zij dit denken te realiseren. Daarnaast zal de NZa de komende periode namens mij volgen of zorgverzekeraars in het kader van hun zorgplicht de juiste stappen zetten om de wachttijden zo snel als mogelijk (verder) te laten dalen. De NZa zal in dat kader onder meer kijken naar de manier waarop de zorgverzekeraars bijdragen aan wachtlijstbemiddeling en naar de concrete inkoopvisie voor transgenderzorg, die zorgverzekeraars op verzoek van de kwartiermaker opstellen. Ook zal de NZa nagaan in hoeverre zorgverzekeraars gevolg geven aan de voornemens uit hun schriftelijke reacties op de Toekomstvisie Transgenderzorg, en of zij daarmee voldoen aan hun wettelijke zorgplichten. Waar nodig zal de NZa zorgverzekeraars aanspreken op hun zorgplicht.

Ik vind het van groot belang dat de kwartiermaker en NZa hierin, ieder vanuit hun eigen rol, het voortouw nemen en hierin ook het gezicht naar het veld zijn. Maar ik heb frequent contact met beide over de stand van zaken en waar mogelijk ondersteun ik de kwartiermaker uiteraard bij zijn werkzaamheden.

Vraag 40

Deze leden hebben nog vragen over de clustering van lang- en kortwerkende testosteroninjecties. De Minister schrijft: «wanneer nieuwe, gepubliceerde wetenschappelijke gegevens kunnen aantonen dat langwerkend testosteron tot betere uitkomsten voor de patiënt leidt, dan kan de fabrikant een verzoek indienen voor een herbeoordeling. Afhankelijk van de uitkomsten van een eventuele herbeoordeling door het zorginstituut zou de bijbetaling kunnen vervallen.» Hieruit maken deze leden op dat er nog geen verzoek is ingediend tot herbeoordeling en er nog geen nieuwe wetenschappelijk gepubliceerde inzichten zijn. Zij vragen of de Minister, al dan niet via ZonMw een onderzoeksopdracht kan uitzetten naar de effecten van kort- en langwerkende testosteroninjecties bij transgender personen. Deze mensen hebben vaak al enorm lang moeten wachten op een behandeling en moeten daarna uit financiële overwegingen voor suboptimale medicatie kiezen. Ondertussen zijn de signalen uit het veld zo sterk dat langwerkende injecties beter werken, dat het in de ogen van deze leden beter zou zijn om proactief onderzoek te gaan doen, in plaats van af te wachten. Transgender personen wachten al lang genoeg. Wat denkt de Minister hiervan? Is de Minister bereid een

onderzoek naar de werking van langwerkende versus kortwerkende testosteroninjecties te financieren?

Extra onderzoek naar de werking van kort- en langwerkende testosteroninjecties is mogelijk niet nodig. Van het Zorginstituut begrijp ik dat de fabrikant van de langwerkende testosteroninjecties zich heeft gemeld voor een eventuele herbeoordeling. De fabrikant overweegt op aanraden van het Zorginstituut een proefdossier in te dienen, tot op heden is dit nog niet gebeurd. Er is nieuw wetenschappelijk materiaal beschikbaar, dit is dus nog niet door het Zorginstituut beoordeeld. Afhankelijk van de uitkomsten van een eventuele herbeoordeling door het Zorginstituut zou de bijbetaling kunnen vervallen. Ik wacht de uitkomsten van het contact tussen het Zorginstituut en de fabrikant af.

Vraag 41

Ten slotte, aansluitend op het vorige punt, vragen genoemde leden of er onderzoeksbudget beschikbaar komt voor UMC's om langdurig onderzoek te doen naar de zorg voor transgender personen. De zorg voor mensen uit deze gemeenschap is sterk in ontwikkeling en het zou daarom goed zijn om mensen die nu zorg krijgen langdurig te volgen, zodat we ook op de lange termijn de gevolgen van behandelingen snappen. Dus als laatste vraag: is de Minister bereid onderzoeksbudget vrij te maken ter bevordering van de kwaliteit van transgenderzorg in Nederland?

Het is de academische verantwoordelijkheid om samen met de andere academische centra en andere betrokken partijen een stevige onderzoekslijn en -agenda op te zetten. Umc's kunnen daarbij o.a. gebruikmaken van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg die vele honderden miljoenen euro's per jaar beslaat. Welke prioriteiten zij stellen bepalen zij zelf.

Afgaand op het grote aantal Nederlandse publicaties in de wereldliteratuur over (niet limitatief) Nederlandse cohortstudies bij transgenders, endocrinologische aspecten van transgenderbehandelingen (zoals oestrogeen en anti-oestrogeenbehandelingen), het risico op kanker als gevolg van behandelingen (zoals borstkanker, optreden goedaardige hersentumoren), risicofactoren voor kanker (de aanwezigheid van hoog-risico papillomavirus), mentale gezondheid, zelfperceptie, seksuele relaties, optreden van cardiovasculaire aandoeningen (hartinfarct), operatietechnieken (o.a. vaginoplastiek), ben ik van mening dat de Nederlandse wetenschappelijke systeem op dit vlak reeds goed functioneert.

De Nederlandse bijdrage aan het internationale wetenschappelijk onderzoek is niet alleen enorm qua publicaties, maar ook op transgenderzorg-congressen zorgen Nederlandse onderzoekers voor een sterke vertegenwoordiging in de verschillende disciplines. Nederlandse onderzoekers stonden aan de wieg van belangrijke internationale onderzoeksconsortia zoals het European Network for the Investigation of Gender Incongruence en hebben posities in het bestuur van internationale professionele organisaties (WPATH World Professional Association for Transgender Health, EPATH (de Europese tak)).

Inbreng van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de Toekomstvisie Transgenderzorg. Deze leden hebben naar aanleiding hiervan de onderstaande opmerkingen en vragen.

De ontwikkeling van de wachttijden

Zorgverzekeraars zijn door de kwartiermaker verzocht om een concrete inkoopvisie over de transgenderzorg op te stellen.

Vraag 42

Deze leden vragen of alle zorgverzekeraars gehoor zullen geven aan deze oproep en vragen tevens wanneer deze inkoopvisies naar verwachting gereed zullen zijn.

Zie mijn antwoord op vraag 30.

Vraag 43

Gaan de zorgverzekeraars (daarbij) ook aangeven hoeveel zorg zij van plan zijn om de komende jaren extra in te kopen om zowel de wachttijden in te lopen als aan de stijgende zorgvraag te voldoen?
Dat is het verzoek dat aan zorgverzekeraars gedaan is.

Vraag 44

De vergoeding van een middel voor testosteronsuppletie

Genoemde leden lezen dat een forse bijbetaling geldt voor het middel voor testosteronsuppletie, wat volgens de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch de beste klinische resultaten geeft. Dit als gevolg van de gekozen clustering in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Inmiddels lijkt het duidelijk te zijn dat de sector een voorkeur heeft voor langwerkende testosteroninjecties. De sector is in overleg om tot een oplossing te komen. Wanneer kunnen deze leden deze oplossing verwachten?

Ik verwijs u naar mijn antwoord op vraag 40.

Vraag 45

Kan inzicht gegeven worden in de hoogte van de forse bijbetaling die gemiddeld betaald moet worden? Zal met de herziening van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem, die gepland staat voor de tweede helft van 2021, de bijbetaling verdwijnen, zo vragen deze leden.

De langwerkende testosteroninjecties kosten gemiddeld 2,11 euro per dag, de bijbetaling is 1,58 euro per dag. De totale bijbetaling is gemaximeerd op 250 euro per persoon per jaar.

Ik kan op dit moment geen uitspraken doen over de effecten van herberekening van de GVS-vergoedingslimieten op specifieke geneesmiddelen.

Voortgangsbrief Kwartiermaker Transgenderzorg voorjaar 2020

Invloed van de corona-maatregelen op de transgenderzorg

Tijdens de coronacrisis is een deel van de zorg online doorgegaan. Echter is bepaalde zorg, met name de operaties, niet doorgegaan. Bij sommige aanbieders zal het een aantal maanden duren voordat weer evenveel operaties uitgevoerd kunnen worden als voor de coronacrisis.

Vraag 46

Genoemde leden vragen hoeveel mensen nu niet de geplande zorg hebben gekregen en hoe lang het ongeveer duurt voordat deze mensen geholpen worden en de achterstand wordt ingelopen.

De kwartiermaker beschikt niet over gegevens over het aantal mensen dat langer moet wachten op chirurgische transgenderzorg en wanneer deze mensen geholpen worden. Dit is ook afhankelijk van de mate waarin ziekenhuizen nu opnieuw planbare zorg moeten afschalen vanwege een te hoog aantal besmettingen en ziekenhuisopnames. Met het Tijdelijk

beleidskader¹⁴ waarborgen acute zorg in de COVID-19 pandemie worden aanvullende maatregelen genomen voor optimale benutting van de zorgcapaciteit en gelijke toegankelijkheid van zorg. Bovenal is het belangrijk dat we het aantal besmettingen een halt toe roepen, zodat de druk op de zorg afneemt en uitstel van planbare zorg niet nodig is.

Vraag 47

Hoe lang moeten mensen nu langer op de wachtlijst staan dan vooraf voorspeld en hoe groot zijn de individuele gevolgen van deze extra wachttijden?

Voor de wachttijden verwijs ik naar de laatste voortgangsrapportage van de kwartiermaker (Kamerstuk 31 016, nr. 289). De kwartiermaker heeft voor de vierde keer uitvraag gedaan naar wachttijden en het aantal wachtenden. Voor psychologische en endocrinologische zorg blijft het extra wachten naar verwachting beperkt, voor chirurgische zorg kan het enkele maanden langer duren in individuele gevallen. De kwartiermaker beschikt niet over informatie over de concrete gevolgen voor individuen van deze extra wachttijd als gevolg van de corona. Van de patiëntenorganisaties TNN en Transvisie heb ik wel bericht ontvangen dat hoewel de wachttijden als gevolg van corona niet veel gestegen zijn, het voor individuele personen toch nadelige gevolgen heeft gehad in de zin van uitstel van operaties, controles etc. Ik begrijp heel goed dat dit wachten gevolgen heeft voor het welzijn van de wachtende transgenderpersonen. In zijn algemeenheid kan voor de effecten van de wachttijden in de transgenderzorg verwezen worden naar het onderzoeksrapport «Ervaringen en behoeften van transgenders in de zorg» dat de kwartiermaker met medewerking van Transvisie en enkele wetenschappers opstelde en dat ik op 26 november 2019 naar uw Kamer stuurde (Kamerstuk 31 016, nr. 257).

Vraag 48

Wat betekenen deze gegevens precies voor degenen waarvan de eerste intakes op korte termijn waren gepland?

Uit de voortgangsbrief van de kwartiermaker (Kamerstuk 31 016, nr. 289) blijkt dat de ggz-behandeling van transgenderpersonen grotendeel door beeldbellen of telefonische consulten is opgepakt tijdens de corona-crisis. Intakes en het stellen van diagnoses hebben (deels) stilgelegen omdat dit lastiger uit te voeren is via beeldbellen en of telefonische contact. Ook binnen de endocrinologische zorg zijn de afspraken waar mogelijk vervangen door beeldbellen en of telefonische consulten. Zoals uit de voortgangsrapportage blijkt hebben verschillende aanbieders (e.g. Jonx, UMC Groningen en Amsterdam UMC) aangegeven dat op dit moment ook de intakes weer zijn gestart.

Ontwikkelingen in de wachttijden en het aanbod van zorg

Deze leden vinden het erg positief dat fors is ingezet op een daling van de wachtlijsten van transgenderzorg en een toename van aanbod. Door een stijgende zorgvraag met maar liefst 42% wordt deze toename echter tenietgedaan.

Vraag 49

Wordt daarbij erkend dat een wachttijd van 67 weken (tussen moment van aanmelden en eerste inhoudelijke gesprek) nog steeds veel te lang is. Deze leden vinden ook het verschil in wachttijden tussen ggz-aanbieders (26 weken voor volwassenen en 19 weken voor jongeren) en UMC's (59 weken voor volwassenen en 61 weken voor jongeren) opvallend. Hoe worden deze verschillen precies verklaard?

¹⁴ Kamerstuk 29 247, nr. 317

Zoals ik in mijn brief van juni (Kamerstuk 31 016, nr. 289) heb aangegeven, is (en groeit) bij de UMC's het aantal wachtenden harder dan het zorgaanbod, terwijl bij de ggz-aanbieders het aanbod groter is (en sneller stijgt) dan het aantal wachtenden. Zoals ik in mijn antwoord op vraag 2 heb aangegeven, lijken veel patiënten er echter voor te kiezen om te wachten bij een UMC, waardoor zij mogelijk langer dan noodzakelijk moeten wachten.

Voor mijn oordeel over de bestaande wachttijden voor transgenderzorg: zie mijn antwoord op vraag 2.

Vraag 50

Wat verklaart daarnaast dat er sprake is van een toenemende discrepantie tussen beide typen instellingen? Genoemde leden vinden het positief dat er hierbij aandacht is voor «de verkeerde wachtlijst problematiek» of zorgbemiddeling, maar vragen wat precies de verwachtingen zijn die deze inzet zal hebben.

Zie het antwoord op vraag 49. De verwachting t.a.v. zorgbemiddeling is dat met inzet van zorgverzekeraars en transgenderorganisaties mensen op een wachtlijst sneller begeleid kunnen worden naar een aanbieder waar ze misschien eerder geholpen kunnen worden.

Toekomstvisie Transgenderzorg

Vraag 51

Vergoedingen

De kwartiermaker geeft aan dat het regelkader uit de Zorgverzekeringswet herzien moet worden, met name omdat vergoedingen van transitiezorg voor secundaire geslachtskenmerken is opgehangen aan het «verminkingscriterium» in deze wet. Wordt dit kader herzien? Zo ja, wanneer kunnen deze leden een herziening verwachten?

Momenteel werken zorgverzekeraars, in overleg met het Zorginstituut en andere betrokkenen, aan een alternatief voor een zo objectief mogelijke beoordeling van de «passabiliteit». Naar verwachting komt hierover uiterlijk begin 2021 duidelijkheid.

Vraag 52

Het belang van kortere wachttijden

De cijfers in de toekomstvisie maken duidelijk dat transgenders vaker dan gemiddeld een suïcidepoging doen. Op welke wijze wordt op dit gebied specifiek aandacht aan deze doelgroep besteed?

In het regeerakkoord is specifieke aandacht besteed aan het risico op suïcidaliteit onder LHBTI-jongeren. Suïcidepreventie maakt onderdeel uit van het beleidsterrein van de Staatssecretaris van VWS. Er is een specifiek project dat zich gedurende deze kabinetsperiode richt op het vergroten van kennis hierover onder ouders, docenten en zorgverleners. Er is vorig jaar een specifieke campagne met filmporretten ontwikkeld en ingezet om het belang van acceptatie goed onder de aandacht te brengen, deze campagne zal dit najaar worden herhaald. In het kader van suïcidepreventie heeft 113 Zelfmoordpreventie een kwartiermaker LHBT aangesteld die o.a. bijeenkomsten van communities organiseert om de risico's onder de aandacht te brengen onder betrokkenen en handvatten te bieden op welke wijze de suïcidaliteit is terug te dringen.

Aanbevelingen van de Kwartiermaker Transgenderzorg

Vraag 53

De kwartiermaker beschrijft de noodzaak van een betere spreiding van transgenderzorg over het land. Op welke wijze wordt hieraan gewerkt, zo vragen genoemde leden.

De kwartiermaker bevordert de uitbreiding van het zorgaanbod en (decentrale) netwerkvorming. De kwartiermaker is de afgelopen periode veelvuldig in gesprek geweest met ziekenhuizen en zorgverleners op plaatsen waar nu nog niet of nauwelijks transgenderzorg wordt geboden. Op dit moment zijn diverse ziekenhuizen in voorbereiding op het gaan aanbieden van (met name endocrinologische) transgenderzorg. Er worden de komende tijd ook specifiek verkennende gesprekken gevoerd met ziekenhuizen in Brabant en omstreken om te zien of daar mogelijkheden zijn om deze zorg ook aan te gaan bieden. Naar verwachting kunnen transgender personen in 2021 op meerdere plaatsen terecht voor zorg dan in de afgelopen periode het geval was.

Vraag 54

Voldoen de zorgverzekeraars op dit punt aan hun zorgplicht?

Zorgverzekeraars zijn in het kader van hun zorgplicht verantwoordelijk voor tijdige zorg voor hun verzekerden. Zij kunnen dit complexe probleem van lange wachttijden in de transgenderzorg echter niet eigenstandig oplossen maar spelen een belangrijke rol en moeten zich maximaal inspannen om dit te bereiken. De complexiteit van deze lange wachttijden uit zich in meerdere oorzaken, zoals de snel (en sneller dan geanticipeerde) stijgende vraag naar zorg, de beperkte beschikbare capaciteit en de allocatie van patiënten (een voorbeeld is hetgeen de kwartiermaker aangeeft in zijn voortgangsbrief over het feit dat wachttijden bij ggz aanbieders veelal lager zijn dan bij de universitair medisch centra. Een gedeelte van de patiënten lijkt er echter voor te kiezen om te blijven wachten bij een universitair medisch centrum, waardoor zij mogelijk langer dan nodig moeten wachten).

De NZa zal dit nauwgezet volgen om in het kader van haar toezicht op de zorgplicht te bezien of zorgverzekeraars zich hiervoor voldoende inspannen.

Daarnaast is uit gesprekken die de kwartiermaker heeft gevoerd met zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebleken dat er de afgelopen periode fors extra is ingekocht door verzekeraars, en dat op dit moment verder onderhandeld wordt met de relevante aanbieders om de zorgcapaciteit verder uit te breiden, waarbij de kwartiermaker in zijn voortgangsbrief aangeeft dat deze onderhandelingen de goede kant opgaan. Op dit moment zijn er ook geen signalen bij de kwartiermaker of NZa bekend dat aanbieders niet in gesprek kunnen/kunnen onderhandelen met verzekeraars om (meer) transgenderzorg te (gaan) leveren.

In het kader van haar toezicht op de zorgplicht blijft de NZa nauwgezet volgen of verzekeraars zich maximaal blijven inspannen om de wachttijden zo snel als mogelijk (verder) te laten dalen (met inachtneming van de complexiteit van de wachttijdproblematiek) en zullen zo nodig zorgverzekeraars hierop aanspreken. Ook zal de NZa nagaan in hoeverre zorgverzekeraars gevolg geven aan de voornemens uit hun schriftelijke reactie op de Toekomstvisie Transgenderzorg en of zij daarmee voldoen aan hun wettelijke zorgplichten.

Vraag 55

Hoe wordt gestimuleerd dat zorgverzekeraars zich aan hun taak houden om te stimuleren dat zorgaanbieders indien nodig extra aanbod beschikbaar stellen?

Zie het antwoord op vraag 54.

Inbreng van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de Toekomstvisie Transgenderzorg en de voortgangsbrief Kwartiermaker Transgenderzorg. Genoemde leden hebben hierover een aantal vragen. Deze leden constateren ondanks dat het aanbod van zorg is toegenomen wachttijden vrijwel gelijk zijn gebleven en het aantal wachtenden op transgenderzorg fors is gestegen. Zij maken zich zorgen over de psychologische en sociale problemen die ontstaan het lange wachten op goede zorg.

Vraag 56

Wordt er door zorgverzekeraars voldoende zorg ingekocht rekening houdend met de verwachte stijging van de zorgvraag en de wens om de wachttijden te doen afnemen? Met welke stijging van de zorgvraag voor de komende jaren wordt daarbij rekening gehouden?

Zie het antwoord op vraag 54.

Vraag 57

Wat kan aanvullend worden ondernomen om een verdere daling van wachttijden te realiseren?

Ik vind het van groot belang dat de wachttijden voor transgenderzorg worden teruggedrongen en vind dat partijen moeten doen wat in hun mogelijkheden ligt. Zoals ik in mijn Kamerbrief (Kamerstuk 31 016, nr. 289) heb geschreven zal de kwartiermaker, die door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en mij is aangesteld, daar op verschillende manieren een stevige bijdrage aan leveren. Hij heeft onder meer de zorgverzekeraars verzocht een inkoopvisie voor de transgenderzorg op te stellen en zoals ik in mijn Kamerbrief heb geschreven, ga ik ervan uit dat zij in hun inkoopvisie voor de transgenderzorg duidelijk maken welke uitbreiding van het zorgaanbod naar hun oordeel haalbaar is en hoe zij dit denken te realiseren. Daarnaast zal de NZa de komende periode in het kader van haar toezicht op de zorgplicht nauwgezet namens mij volgen of zorgverzekeraars de juiste stappen zetten om de wachttijden zo snel als mogelijk (verder) te laten dalen. De NZa zal in dat kader onder meer kijken naar de manier waarop de zorgverzekeraars bijdragen aan wachtlijstbemiddeling en naar de concrete inkoopvisie voor transgenderzorg, die zorgverzekeraars op verzoek van de kwartiermaker opstellen. Ook zal de NZa nagaan in hoeverre zorgverzekeraars gevolg geven aan de voornemens uit hun schriftelijke reacties op de Toekomstvisie Transgenderzorg, en of zij daarmee voldoen aan hun wettelijke zorgplichten. Waar nodig zal de NZa zorgverzekeraars aanspreken op hun zorgplicht.

Vraag 58

Een van de aanbevelingen die door de kwartiermaker wordt gedaan is verplaatsen van een deel van transgenderzorg naar de eerste lijn. Is de Minister bereid om het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) te vragen om voorrang te geven aan het ontwikkelen van een richtlijn voor hormoonbehandeling van transgenderpersonen?

Zie het antwoord op vraag 27.

Vraag 59

De grootste problemen met betrekking tot wachttijden liggen bij psychologische transgenderzorg. In hoeverre kan depathologiseren van transgenderzorg bijdragen aan het terugdringen van de wachttijden?

Zie het antwoord op vraag 12.

Vraag 60

Een van de aanbevelingen van de kwartiermaker is gedeelde besluitvorming. Hoe kan volgens de Minister invulling worden gegeven aan deze «gedeelde besluitvorming»?

Bij samen beslissen zoeken patiënten samen met een zorgverlener naar de behandeling of zorg die het beste bij hen past. Wat het beste past, hangt af van wat iemand belangrijk vindt. Samen beslissen gebeurt in één of meer gesprekken. Daarin bespreken zorggebruiker en zorgverlener samen alle mogelijkheden en wat deze betekenen voor iemands leven. Hier hoort wat mij betreft ook de juiste zorg bij en de manier waarop die zorg wordt verleend. Samen beslissen verbetert de zorg en ondersteuning. Behandelingen slaan bijvoorbeeld beter aan. En patiënten zijn meer tevreden en trouwer aan afspraken als zij worden betrokken bij de beslissing. Een goed gesprek is de basis van goede zorg.

In de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch staan de voorwaarden rondom samen beslissen en informed consent. Voordat kan worden overgegaan tot behandeling is het nodig dat de somatische behandelaar en de transgenderpersoon voldoende informatie hebben uitgewisseld over de achtergronden van de zorgvraag en de consequenties en risico's van de behandeling. De transgender persoon geeft informed consent voor de behandeling zoals in de Nederlandse zorg gebruikelijk is (Burgerlijk Wetboek artikelen 7:448 en 7:450).

In hoeverre «samen beslissen» door de zorgaanbieders in de transgenderzorg ook daadwerkelijk al in de praktijk wordt toegepast weet ik niet. De Patiëntenfederatie voert activiteiten uit om samen beslissen te bevorderen en ontwikkelt instrumenten die het gesprek verbeteren tussen zorggebruikers en zorgverleners. Ook vanuit de FMS wordt ruim aandacht besteed aan het samen beslissen in de spreekkamer. Digitale zorg zou in elk geval als optie beschikbaar moeten zijn als patiënten dat graag willen, er is bij samen beslissen geen «standaard keuze» immers het gaat er juist om dat e.e.a. is afgestemd op de behoefte van de patiënt. Er worden instrumenten worden ontwikkeld die de besluitvorming van cliënten ondersteunen met betere informatie over keuzes en consequenties. Die informatie moet zowel de behandelaar als de persoon onder behandeling een steviger positie geven om ook daadwerkelijk meer invloed op de besluitvorming te geven. Er loopt er bij ZonMw¹⁵ op dit moment een project welke ten doel heeft om hulpmiddelen en instrumenten te ontwikkelen bijv. goede keuze- en denkhulpen ter ondersteuning van «Shared Decision Making».

Vraag 61

De Minister stelt dat uit meerdere zorgpaden moet kunnen worden gekozen. Hoe wordt aan de verschillende zorgpaden invulling gegeven, zo vragen deze leden.

In de Toekomstvisie transgenderzorg stelt de kwartiermaker dat het wenselijk is dat mensen kunnen kiezen uit verschillende zorgpaden met ieder een eigen invulling van zorg. Dat is nu feitelijk al het geval, omdat er nuanceverschillen zijn in de filosofie over de aanpak tussen zorgaanbieders. Bij patiëntenorganisatie Transvisie kunnen mensen nu al meer informatie krijgen over de verschillen in aanpak tussen de zorgaanbieders.

¹⁵ <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid-ggz/programmas/project-detail/onderzoeksprogramma-ggz/gepersonaliseerde-zorg-voor-personen-met-genderdysforie-1/t/samen-beslissen/>

Inbreng van de leden van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben kennisgenomen van de Toekomstvisie Transgenderzorg en de voortgangsbrief van Kwartiermaker Transgenderzorg. Zij hebben hierbij een aantal opmerkingen en vragen. Deze leden zijn allereerst van mening dat transgender personen recht hebben op goede zorg, waarbij ingrijpende beslissingen met grote zorgvuldigheid worden genomen. Gedeelde besluitvorming is hierbij zeker belangrijk, maar het is ook belangrijk dat transgender personen goede begeleiding krijgen van een psycholoog als zij besluiten een traject in te gaan. Deze leden hebben zorgen over de vraag of jonge mensen zelfstandig in staat om ingrijpende volwassen keuzes te maken.

Ontwikkeling wachttijden

Vraag 62

Genoemde leden maken zich zorgen over de sterke stijging van de zorgvraag. Kan de Minister aangeven wat de achtergronden zijn van deze sterke stijging, met name bij jonge meisjes?

Er wordt op enkele plekken in de wereld (Canada, Verenigd Koninkrijk, Scandinavische landen en Nederland) momenteel onderzoek gedaan naar de oorzaken achter deze ontwikkeling. In de toekomstvisie transgenderzorg¹⁶ zegt de kwartiermaker hier het volgende over: «In het algemeen worden de volgende verklaringen gegeven voor de toename in het aantal manifeste transgender personen:

- De toegankelijkheid en kwaliteit van zorg zijn toegenomen.
- Bekendheid en sociale acceptatie zijn toegenomen, mede als gevolg van meer aandacht in de media.
- Er is een grotere beschikbaarheid van laagdrempelige informatie via internet, waardoor eerdere onderkenning plaatsvindt.
- De publicatie van DSM-5 (*Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders*) bracht een bredere diagnose voor genderdysforie voor adolescenten en volwassenen.
- In diverse landen zijn de laatste jaren de voorwaarden versoepeld om wettelijke/administratieve geslachtswijziging te kunnen doen. In Nederland was dit in 2014 met de Transgenderwet.»

De genoemde verklaringen voor de groei van het aantal transgender personen, zijn ook relevante factoren voor de toekomst. De zichtbaarheid van rolmodellen in de media is een moeilijk te voorspellen factor. Ook is moeilijk het effect in te schatten van de huidige bredere maatschappelijke discussie over het flexibiliseren van de klassieke genderrollen. Er komt daardoor enerzijds meer ruimte voor gendervariatie (wat een verhogende uitwerking kan hebben op de zorgvraag), anderzijds zal voor sommigen gelden dat door flexibeler genderrollen het juist makkelijker is om zonder medische ingrepen in de genderrol te leven die men wenst.

Het toenemen van maatwerk in de zorg kan een dempend effect hebben op de zorgvraag omdat bepaalde onderdelen van zorg die voorheen een vanzelfsprekend onderdeel waren van een medische transitie minder aangesproken zullen gaan worden. Maatwerk kan ook de vraag naar minder klassieke vormen van zorg doen toenemen, bijvoorbeeld fertiliteitszorg en nazorg. Het is onduidelijk hoe de balans in kwantitatief opzicht zal uitpakken en hoe snel deze ontwikkeling zal gaan.

In het Verenigd Koninkrijk en Australië is er onderzoek geweest naar de groei van de zorgvraag bij kinderen en adolescenten op basis van hun aanmeldingen voor zorg en de associatie met media-uitingen in de weken

¹⁶ Kamerstuk 31 016, nr. 289, Toekomstvisie pagina 13 en 14

voorafgaand aan de aanmeldingen. Deze studie is onlangs gepubliceerd¹⁷ (Pang et al., 2020). Over de tijd is er een forse groei in aanmeldingen te constateren in beide landen. Tevens worden er verschillende associaties gevonden tussen media-uitingen met betrekking tot transgender en gender diversiteit en aanmeldingen in gendercentra in de weken daaropvolgend. Het is nog niet duidelijk of dit ook voor Nederland geldt en wat dit zegt over de zorgvraag van volwassenen.

Vraag 63

Is de Minister bereid nader onderzoek te laten verrichten naar de oorzaken van de sterke toename van de zorgvraag?

Zie de antwoorden op de vragen 62 en 41.

Vraag 64

Deze leden constateren dat de groei van het aanbod momenteel gelijke tred houdt met de groei van de vraag, waardoor de wachttijden gelijk blijven. Is het realistisch om te verwachten dat het aanbod nog sneller kan groeien?

Zoals ik in mijn brief van juni (Kamerstuk 31 016, nr. 289) heb aangegeven, weet ik niet hoeveel uitbreiding van het zorgaanbod partijen reëel gezien in een jaar kunnen realiseren en wat we in dat opzicht van hen kunnen verwachten. Ik vind echter dat partijen moeten doen wat in hun mogelijkheden ligt. Zoals ik in mijn Kamerbrief heb geschreven zal de kwartiermaker daar op verschillende manieren een stevige bijdrage aan leveren. Hij heeft onder meer de zorgverzekeraars verzocht een inkoopvisie voor de transgenderzorg op te stellen en zoals ik in mijn Kamerbrief heb geschreven, ga ik ervan uit dat zij in hun inkoopvisie voor de transgenderzorg duidelijk maken welke uitbreiding van het zorgaanbod naar hun oordeel haalbaar is en hoe zij dit denken te realiseren. Daarnaast zal de NZa de komende periode in het kader van haar toezicht op de zorgplicht nauwgezet namens mij volgen of zorgverzekeraars de juiste stappen zetten om de wachttijden zo snel als mogelijk (verder) te laten dalen. Zie verder ook mijn antwoord op vraag 39.

Vraag 65

Zij constateren dat er steeds meer specialistische ggz-instellingen specifiek voor transgenderzorg zijn. Het risico bestaat dat hierdoor de aansluiting met de overige zorg, zoals bijvoorbeeld endocrinologische zorg, minder optimaal wordt. Is de Minister het met deze leden eens dat psychologische transgenderzorg breder ingebed dient te worden in de transgenderzorg en in de ggz?

Wat in deze vooral belangrijk is, is of er goede (netwerk)samenwerking van deze ggz-zorgaanbieder is met andere zorgaanbieders die andere vormen van zorg voor transgenders leveren. Dat hier goede afspraken over worden gemaakt, en dat de aanbieders in een MDO (multidisciplinair overleg) met elkaar kunnen overleggen over de benodigde zorg voor een patiënt. Zoals ik in mijn antwoord op vraag 5 heb aangegeven, maakt netwerkvorming onderdeel uit van de opdracht van de kwartiermaker. Het streven is toekomstbestendige netwerkzorg waarbij niet alle zorg op één locatie wordt aangeboden, maar in een landelijk netwerk van deskundige

¹⁷ en C. Pang, PhD; Nastasja M. de Graaf, MSc; Denise Chew, MD; Monsurul Hoq, MSc, MPH; David R. Keith, PhD; Polly Carmichael, PhD; Thomas D. Steensma, PhD. (2020) Association of Media Coverage of Transgender and Gender Diverse Issues With Rates of Referral of Transgender Children and Adolescents to Specialist Gender Clinics in the UK and Australia. JAMA Network Open
<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2768726>

professionals die met elkaar samenwerken. Dit geeft meer flexibiliteit en mogelijkheid van zorg op maat: centraal waar het moet en decentraal waar het kan. Daarnaast is het belangrijk dat de expertise over transgenderzorg die in Nederland beschikbaar is breder wordt gedeeld en dat hier door professionals meer kennis en ervaring mee wordt opgedaan. Zie verder ook mijn antwoord op vraag 1.

Vraag 66

Deze leden constateren dat de kwartiermaker ervoor pleit om de zorg uit te breiden in met name het midden en zuiden van het land. Kan de Minister toelichten waarom juist hier er een behoefte is?

Er is in het hele land behoefte aan transgenderzorg, niet alleen in het midden en zuiden van het land, maar in deze regio's bevinden zich op dit moment relatief weinig instellingen voor transgenderzorg.

Vraag 67

Waar komt de terughoudendheid bij sommige ziekenhuizen vandaan?

De zorgverzekeraars en de kwartiermaker zijn met verschillende zorgaanbieders in gesprek over de vraag of zij (meer) transgenderzorg willen leveren. Om dit op verantwoorde wijze te kunnen doen is méér nodig dan een contract tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder: de zorg moet ook op verantwoorde wijze kunnen worden geleverd. De zorgaanbieder moet zijn organisatie erop hebben ingericht, er moet voldoende goed opgeleid personeel beschikbaar zijn, zorgnetwerken moeten worden gebouwd, etcetera. Er zijn gelukkig steeds meer instellingen die hiervoor willen zorgen. Zo heb ik u bijvoorbeeld al eerder geïnformeerd over het feit dat het Radboudumc sinds dit jaar transgenderzorg verleent.

Vraag 68

Is het reëel om te verwachten dat er een landelijk dekkend aanbod komt van transgenderzorg?

Verzekerden horen binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang te hebben tot alle zorg uit het basispakket. De toegankelijkheid van zorg is vooralsnog het meest urgent in de transgenderzorg. Daarom zet ik in op verdere ontwikkeling van (decentrale) netwerkzorg. Er moeten meer netwerken ontstaan, met consistent en herkenbaar zorgaanbod. Ik hoop dat de Handreiking voor Netwerksamenwerking in de transgenderzorg¹⁸ er aan gaat bijdragen dat er goede afspraken komen tussen aanbieders en verzekeraars. Het zorgaanbod is nu niet gelijkmatig verdeeld over het land. Met name in het midden en zuiden van het land is het wenselijk dat er meer aanbod van ggz-zorg en endocrinologische zorg beschikbaar komt. De kwartiermaker heeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars erop gewezen dat het belangrijk is dat zich met name in het midden en zuiden meer aanbod ontwikkelt. Daarnaast vormt digitale zorg ook een kans voor toegankelijke zorg.

Vraag 69

Moet niet juist het bieden van kwaliteit in plaats van kwantiteit voorop staan?

De zorg kent drie publieke waarden: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Alle drie deze waarden zijn belangrijk.

¹⁸ Kamerstuk 31 016, nr. 257

Vraag 70

De leden van de christenUnie-fractie hebben kennisgenomen van de inleiding van de toekomstvisie. Zij vragen de Minister of hier niet een al te idealistisch scenario wordt geschetst.

Deze toekomstvisie begint met een schets van de toekomst vanuit het perspectief van een transmeisje/ -vrouw. Het speelt zich over vijf jaar af, in 2025 en beschrijft de ervaring in de zorg zoals die volgens de kwartiermaker zou moeten zijn. Deze schets is een belangrijk onderdeel van de toekomstvisie. We staan voor de belangrijke opgave om toekomstbestendige transgenderzorg te realiseren, waarbij kwalitatief goede zorg tijdig wordt geleverd. De transgenderzorg heeft behoefte aan focus en helderheid. Ik hoop dat deze Toekomstvisie een bijdrage levert aan toekomstbestendige transgenderzorg. Zoals de kwartiermaker aangeeft in zijn voortgangsbrief zal hij de reacties van partijen op de Toekomstvisie na ontvangst publiceren op zijn website.¹⁹ Deze reacties zullen inzicht geven in de richting waarin alle partijen zich zullen ontwikkelen in de komende jaren.

Vraag 71

Moet niet te allen tijde worden gestreefd naar de juiste zorg op de juiste plek, waarbij voorkomen moet worden dat bepaalde patiëntgroepen een status aparte krijgen?

Uiteraard moet worden gestreefd naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Bij de Juiste Zorg op de Juiste Plek staat het functioneren van mensen, het voorkomen van duurdere zorg, het verplaatsen van zorg dichterbij mensen thuis en het vervangen van zorg centraal. Dit geldt niet alleen voor transgenderzorg maar voor in principe alle vormen van zorg.

Vraag 72

Deze leden vragen welke landen nu reeds gebruik maken van de classificatie op basis van de ICD-11.

In de toekomstvisie transgenderzorg noemt de kwartiermaker Denemarken, Zweden en België als voorbeelden van landen waar deze stap gemaakt is of wordt.

Vraag 73

Is de Minister het met deze leden eens dat ook in de DSM-5 er een goede ontwikkeling is waar te nemen, waar genderdysforie niet meer als stoornis wordt gezien, maar waarbij tegelijkertijd wel aandacht is voor het lijden dat hiermee gepaard kan gaan. Kan de Minister toelichten wat het verschil is tussen de classificaties in DSM-5 en ICD-11 en waarom de classificatie in de ICD-11 de voorkeur zou verdienen?

De «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM) is een classificatiesysteem waarin internationale afspraken zijn gemaakt over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische stoornis op basis van (nieuwe) wetenschappelijke inzichten²⁰ en richt zich dus op psychische stoornissen. De ICD-11 is een internationale standaard die zich niet alleen op psychische stoornissen richt, maar op alle ziekten en gezondheidscondities.²¹ Hoewel het juist is dat in de DSM-5 niet meer wordt gesproken over een (genderidentiteits)stoornis, wordt het feit dat

¹⁹ www.zorgvuldigadvies.nl.

²⁰ <https://www.nvvp.net/website/onderwerpen/detail/dsm-5>

²¹ <https://www.who.int/classifications/icd/en/>

genderdysforie nog steeds in de DSM staat door veel transgender personen nog steeds als pijnlijk ervaren. Zie ook mijn antwoord op vraag 8 van de D66-fractie.

Vraag 74

De kwartiermaker lijkt ervoor te pleiten dat de rol van psychologen verder wordt teruggedrongen. Wat vindt de Minister hiervan?

Zie mijn antwoorden op de vragen 10 en 11.

Vraag 75

Deze leden vragen de Minister of zij verwacht dat endocrinologen en chirurgen bereid zullen zijn om de stap van psychologische zorg over te slaan of akkoord te gaan met een sterk afgebakende rol van de psycholoog.

Het is niet aan mij om hierover te oordelen. Zie verder het antwoord op vraag 10.

Vraag 76

Deze leden zijn van mening dat het goed is om de nazorg bij de huisartsen neer te leggen, maar dit betekent wel dat huisartsen voldoende moeten worden toegerust. Welke acties worden hierop ondernomen?

Zie mijn antwoord op vraag 27.

Vraag 77

De kwartiermaker hecht veel waarde aan gedeelde besluitvorming. Is de Minister van mening dat hiervoor momenteel onvoldoende aandacht is en dat patiënten onvoldoende invloed hebben op hun behandeling? Genoemde leden hebben namelijk het beeld dat patiënten goed worden betrokken bij hun behandeling.

Ik verwijs hiervoor naar het antwoord op vraag 60.

Vraag 78

Vraagt transgenderzorg niet juist om grote zorgvuldigheid bij het maken van ingrijpende keuzes in het leven van jonge mensen?

Ja. Zie mijn antwoord op vraag 3.

Vraag 79

Is de Minister het daarom met deze leden eens dat gedeelde besluitvorming bij jonge transgenders inderdaad belangrijk is, maar wel op een andere wijze dient worden vormgegeven dan bij reguliere zorg?

Net als de kwartiermaker hecht ik ook veel waarde aan gedeelde besluitvorming. Transgenderzorg vraagt om grote zorgvuldigheid bij het maken van ingrijpende keuzes in het leven van jonge mensen. Er zijn verschillen in presentatie en beloop van genderincongruentie tussen kinderen, adolescenten en volwassenen. Kinderen en adolescenten maken een lichamelijke, psychologische, sociale en seksuele ontwikkeling door die van invloed kan zijn op genderdysfore gevoelens. Daarom verschilt de diagnostiek en behandeling van genderincongruentie bij kinderen en adolescenten van die van volwassenen.

In de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch²² staat uitvoerig beschreven hoe de diagnostiek en behandeling van genderincongruentie bij adolescenten wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team of samenwerkingsverband met expertise op dit vlak. Het multidisciplinaire team of samenwerkingsverband komt wekelijks/ maandelijks bijeen in MDO's, waar uitkomsten van diagnostiek, voortgang van behandeling en vragen en zorgen over jongeren die in diagnostiek of behandeling zijn besproken worden. Bij kinderen is het MDO in beginsel: a. Tussen een gespecialiseerde psycholoog, psychiater en/of orthopedagoog. Bij adolescenten is het MDO in beginsel: b. Tussen een gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog en kinderarts/kinderendocrinoloog. Ook staat in de kwaliteitsstandaard beschreven op welke wijze er wordt omgegaan met informed consent. Doorgaans wordt een leeftijdsgrens van 16 jaar aangehouden voor het starten van een behandeling met bijv. cross-sex hormonen. Dit is de leeftijd waarop de adolescent volgens de WGBO zelfstandig mag beslissen over een medische behandeling (Burgerlijk Wetboek artikel 7:447).

In de WGBO is per leeftijdscategorie geregeld wie toestemming moet geven voor de medische behandeling van een minderjarig kind. De KNMG heeft een wegwijzer²³ gemaakt met een praktische uitwerking van de wettelijke regels over de toestemming en informatieplicht van minderjarigen.

Vraag 80

De kwartiermaker vraagt om een duurzame borging van de verzekering en financiering van de transgenderzorg. Deze leden wijzen erop dat transgenderzorg in het buitenland niet altijd vergoed wordt. Voorkomen moet worden dat hier een spanningsveld ontstaat met andere vormen van zorg. Is de Minister bereid het Zorginstituut om advies te vragen over de bekostiging van de transgenderzorg?

Veel zorgverzekeraars hebben voor niet-spoedeisende zorg in het buitenland in hun polisvoorwaarden opgenomen dat een verzekerde vooraf toestemming van de zorgverzekeraar moet hebben. Zorgverzekeraars hebben daar het recht toe op grond van artikel 14 van de Zorgverzekeringswet. Bij de vraag of een verzekerde behoefte heeft op een bepaalde vorm van zorg, zullen louter zorginhoudelijke criteria bepalend zijn. Hiermee wordt bedoeld: bij de beoordeling of de verzekerde is aangewezen op een bepaalde vorm van zorg, mag slechts de zorgbehoefte van de verzekerde worden afgezet tegen de beschikbare mogelijkheden om die behoefte te lenigen. Daarbij heeft de verzekeraar het recht om te controleren of de door de arts geïndiceerde vorm van zorg inderdaad wel voor de desbetreffende patiënt is aangewezen en ook niet meer omvat (en dus niet duurder is) dan nodig. Ik zie het nut en belang van machtigingen in voorkomende gevallen.

Dit geeft geen aanleiding om het Zorginstituut om advies te vragen over de bekostiging van transgenderzorg.

Inbreng van de leden van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben kennisgenomen van de voortgangsbrief van de kwartiermaker, de Toekomstvisie Transgenderzorg en de reactie van de Minister hierop. Zij zijn bezorgd over de ontwikkelingen die in de voortgangsbrief en de toekomstvisie worden geschetst. Deze leden

²² https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/19927/Kwaliteitsstandaard%20Transgenderzorg%20-%20Somatisch.pdf

²³ <https://www.radboudumc.nl/getmedia/8c85b4b3-375d-47e1-98a0-77ab227772f2/KNMG-wegwijzer-Toestemming-en-informatie-bij-de-behandeling-van-minderjarigen-2019.pdf.aspx>

maken daarom graag van de gelegenheid gebruik om hierover enkele opmerkingen te maken en vragen te stellen.

Toegenomen zorgvraag

Genoemde leden constateren dat de vraag naar (medische) transgenderzorg de afgelopen jaren pijlsnel is gestegen. De groei van het aantal aanmeldingen voor medische behandeling vindt plaats in alle leeftijdscategorieën, maar de toename is duidelijk het grootst bij kinderen en (met name) adolescenten. Binnen die groep is de stijging vooral toe te schrijven aan de toename van het aantal aanmeldingen van tienermeisjes, zo constateert de kwartiermaker. Er is sinds enige jaren sprake van een plotselinge en forse oververtegenwoordiging van meisjes met genderdysforie.

Vraag 81

Deze leden vinden het zeer opmerkelijk dat in de toekomstvisie deze gigantische stijging van de zorgvraag nauwelijks en alleen in zeer algemene bewoordingen wordt verklaard. Deelt de Minister de zorgen van deze leden?

Ik verwijs naar het antwoord op vraag 62. Er wordt momenteel internationaal onderzoek gedaan naar de oorzaken van de ontwikkelingen in de zorgvraag.

Vraag 82

Deelt zij de mening dat alleen wanneer duidelijker is waarom de zorgvraag zo is gestegen, we deze mensen op de juiste manier kunnen helpen?

Nee, zodra er vastgesteld is dat een vraag naar zorg van een individu legitiem is (en het gaat om zorg die in het basispakket van de Zvw is opgenomen), gaat het om verzekerde zorg en gelden de kwaliteitsstandaarden voor deze zorg. Deze standaarden geven de norm aan hoe mensen op de juiste manier geholpen kunnen worden.

Vraag 83

Is de Minister bereid om opdracht te geven tot een veel diepgaander onderzoek naar de oorzaken van de gestegen zorgvraag, met name de toename onder vrouwelijke adolescenten?

Zie mijn antwoorden op de vragen 62 en 41.

Vraag 84

Kan de Minister deze leden meer duidelijkheid geven over de eigenschappen van de groep jongeren die zich meldt voor een geslachtsverandering?

Het onderzoek naar ervaringen en behoeften van transgenders in de zorg dat ik op 26 november 2019 (Kamerstuk 31 016, nr. 257) naar uw Kamer stuurde, geeft inzicht in de kenmerken van de groep zorgvragers, inclusief jongeren.

In een recent gepubliceerd onderzoek²⁴ van het Amsterdam UMC werd bekeken of jongeren die zich in recentere jaren (t/m 2016) aanmeldden verschilden van jongeren die dat langer geleden deden. De recentere groep bleek niet te verschillen van de eerdere groep qua intensiteit van de genderdysforie en andere kenmerken. Wel was in deze recente groep het

²⁴ Arnoldussen, M, Steensma, TD, Popma, van der Miesen, A.I.R., Twisk, J.W.R., de Vries A.L.C., Re-evaluation of the Dutch approach: are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals? European Child & Adolescent Psychiatry

aantal meldingen van «bij geboorte toegewezen meisjes» naar verhouding groter dan in de eerdere groep.

Vraag 85

Kan de Minister een overzicht geven van lopende onderzoeken op dit gebied in andere landen?

Het proefschrift van Nastasja de Graaf bevat verschillende artikelen over trends onder jongeren in gender diversiteit en meldingen voor transgenderzorg.²⁵ Tevens worden ontwikkelingen in meldingen van jongeren in verschillende andere promotie-onderzoeken bij het AUMC onderzocht. In het Amsterdam Cohort Onderzoek Genderdysforie (ACOG) worden trends in meldingen, effecten van behandeling en overige uitkomsten doorlopend onderzocht (zie Wiepjes et al., 2018)²⁶. In Europees verband vindt onderzoek plaats binnen het ENIGI cohort (zie Kreukels et al., 2012)²⁷. Ook in verschillende andere landen wordt onderzoek gedaan (Scandinavië, Engeland, Canada, VS).

Behandelingen

Vraag 86

Een geslachtsveranderende behandeling of operatie is onomkeerbaar en daarmee bijzonder ingrijpend voor de persoon die het betreft en diens omgeving. Bij de begeleiding van transgenders is dus de hoogste zorgvuldigheid geboden. Een psychologische diagnose zou wat deze leden betreft daarom als voorwaarde moeten blijven gelden voor toegang tot somatische behandelingen. Deelt de Minister deze opvatting?

In de professionele standaard «Kwaliteitsstandaard Somatische Transgenderzorg» is een psychologische diagnose opgenomen als voorwaarde voor de indicatiestelling voor somatische zorg voor transgenders. Zie verder mijn antwoord op vraag 11.

Vraag 87

Waarom weigert de Minister zich hier tot nu toe duidelijk over uit te spreken? Het gaat hier toch juist nadrukkelijk niet om een medisch-inhoudelijke discussie, maar een bredere vraag hoe we als samenleving en politiek denken over transgenderzorg en dit willen vormgeven?

In mijn opzicht gaat het hierbij primair om de vraag wat goede transgenderzorg is. Zoals ik in mijn antwoord op vraag 11 heb aangegeven wordt wat goede zorg is op hoofdlijnen bepaald in de Wkkgz, maar nader ingevuld door professionele standaarden en kwaliteitsstandaarden. Bij de totstandkoming en de inhoud daarvan heeft de overheid geen rol.

Vraag 88

Zou de Minister op z'n minst kunnen aangeven dat het niet wijs zou zijn om de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch nu al weer op zo'n cruciaal punt te wijzigen, terwijl deze pas in november 2019 in werking is getreden?

²⁵ <https://research.vu.nl/en/publications/gender-trends-developments-in-clinical-care-for-gender-diverse-yo>

²⁶ Wiepjes, C.M., Nota, N.M., de Blok, C.J.M., Klaver, M., de Vries, A.L.C., Wensing-Kruger, S.A., de Jongh, R.T., Bouman, M.B., Steensma, T.D., Cohen-Kettenis, P.T., Gooren, L.J.G., Kreukels, B.P.C., den Heijer, M. (2018). The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972–2015): trends in prevalence, treatment, and regret. *Journal of Sexual Medicine*, 15 (4): 582–590

²⁷ Kreukels, B.P.C., Haraldsen, I.R., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., Gijls, L., Cohen-Kettenis, P.T. (2012) A European Network for the Investigation of Gender Incongruence: The ENIGI initiative. *European Psychiatry*, Vol 27 (6): 445–450

Transgenderzorg is relatief nieuwe zorg die sterk in ontwikkeling is. Dit betekent dat deze kwaliteitsstandaard van begin af aan een voorlopig karakter heeft en dat spreiding van zorg, toename van ervaring bij een bredere groep zorgverleners of nieuw onderzoek kan leiden tot andere inzichten. In de Kwaliteitsstandaard is dan ook aangegeven dat het van belang is dat deze standaard frequent (jaarlijks) op actualiteit beoordeeld wordt. Ook staat er dat uitgangspunt is om 2 jaar na autorisatie van deze standaard een evaluatie uit te voeren in hoeverre de aanbevelingen uit de standaard daadwerkelijk in de praktijk worden toegepast/opgevolgd. Deze evaluatie (planning eind 2021) vormt dan tegelijkertijd de start van het onderhoudsproces. Bij de evaluatie zal ik aan de betrokken beroepsverenigingen voorstellen om het punt van de depathologisering mee te nemen. Zie verder ook mijn antwoord op vraag 10.

Vraag 89

Deze leden vragen of er nog wel een legitieme reden bestaat om behandelingen voor transgenders collectief te financieren, indien zou worden meegegaan in het pleidooi om deze behandelingen volledig te depathologiseren.

Graag zien deze leden dat de Minister deze vragen afzonderlijk beantwoordt.

De discussie over depathologiseren heeft niet zozeer betrekking op de *behandeling* van transgenderpersonen, maar op het *zijn* van transgender. Het feit dat iemand transgender is, betekent niet automatisch dat diegene is aangewezen op zorg. Zoals ik in mijn antwoord op vraag 13 heb aangegeven, is de basisverzekering (Zorgverzekeringswet) een schadeverzekering. Dat betekent dat je een beroep kunt doen op deze verzekering voor (de vergoeding van) zorg indien er sprake is van een indicatie voor zorg. Je kunt bijvoorbeeld een beroep doen op de geneeskundige ggz als sprake is van een psychische stoornis als omschreven in de DSM-5, omdat je *lijdt* onder het feit dat je transgender bent (genderdysforie), of bijvoorbeeld een depressie of angststoornis hebt.

Detransitioning

Met de toename van het aantal mensen «in transitie», neemt ook het aantal mensen dat hierop terugkomt toe.

Vraag 90

Onderkent de Minister het risico dat mensen (te) snel worden bevestigd in onomkeerbare behandelingen of ingrepen?

Uit internationaal en Nederlands onderzoek en ook uit ervaring van bijvoorbeeld het UMCG²⁸ blijkt de overgrote meerderheid van mensen een grote verbetering van de kwaliteit van leven te ervaren na de transitie.

Ook blijkt uit onderzoek dat de percentages van mensen met spijt heel laag liggen; zie het antwoord op een vraag over detransitioning in de beantwoording van een Commissiebrief van de Eerste Kamer d.d. 6 september. In dat kader verwijs ik graag naar het artikel «The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972–2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets» dat in 2018 is gepubliceerd in het Journal of Sexual Medicine²⁹. Het onderzoek, waar het artikel betrekking op heeft, betreft 6793 mensen die tussen 1972 en 2015 onder behandeling waren bij de genderkliniek van het VUmc. De onderzoekers geven in het

²⁸ <https://www.umcg.nl/NL/UMCG/Nieuws/Nieuwsberichten/Paginas/reactie-umcg-op-zembla-uitzending-over-transgenders-met-spijt.aspx>

²⁹ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1743609518300572>

artikel aan dat 0,6% van de transvrouwen en 0,3% van de transmannen die testikels of een baarmoeder hebben laten verwijderen, zich later bij het VUmc hebben gemeld met spijt en de wens om hun geslachtsverandering weer terug te draaien. Het betreft 14 van de 6793 personen in de jaren 1972–2015; in de eerste 26 jaar (1972–1997) hebben zich 13 personen gemeld, en in de daaropvolgende 18 jaar (1998–2015) één persoon (in 2004). De onderzoekers geven tevens aan dat 7 van deze personen hebben aangegeven «oprecht» spijt te hebben van hun transitie. 5 van de 14 personen gaven aan dat hun spijt voortkwam uit sociale redenen: zij werden na hun transitie genegeerd door hun omgeving of hadden het contact met familieleden verloren, en vonden dat een te groot offer. 2 van de 14 personen gaven als reden op dat zij zich non-binair voelden.

Vraag 91

Welk zorg- en hulpaanbod bestaat er in Nederland voor zogenoemde «detransitioners»?

In de beantwoording van de commissiebrief aan de Eerste Kamer, waar ik in mijn antwoord op de vorige vraag aan refereerde, heb ik ook aangegeven dat het kabinet geen specifiek beleid voert op het punt van «detransitioning», ofwel de wens om een transitie ongedaan te maken. Het is uiteraard van belang om de kans dat mensen spijt krijgen van hun transitie zo klein mogelijk te maken. Ik ga ervan uit dat een zorgvuldige indicatiestelling, goede informatie, begeleiding en ondersteuning vanuit zorgaanbieders, en contacten met andere ervaringsdeskundigen vanuit o.a. de patiëntenverenigingen Transvisie en TNN, hieraan in positieve zin bijdragen. Zie ook mijn antwoord op vraag 90.

Suïcidaliteit

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat heel veel transgenders worstelen met suïcidale gedachten. Genoemde lezen in de toekomstvisie dat dit vooral te maken zou hebben met langdurig leven in het tussengebied tussen de oude en de nieuwe genderexpressie. Het lijkt erop dat de kwartiermaker van mening is dat de belangrijkste oplossing hiervoor vooral het versnellen van de behandeling en het vergroten van het zorgaanbod zou zijn.

Vraag 92

Deze leden zijn ervan geschrokken dat in de toekomstvisie (nog) geen concrete maatregelen worden genoemd op het gebied van zorg en ondersteuning om suïcide onder transgenders tegen te gaan. Welke rol ziet de Minister op dit punt voor zichzelf weggelegd?

Uit onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau³⁰ blijkt dat 21 procent van de transgender personen te maken heeft gehad met suïcidale gevoelens of uitingen. Daarnaast toont Zweeds onderzoek³¹ aan dat bij transgenders een hoger risico bestaat op zelfdoding dat bij niet transgenders. Ook na hun geslachtstransitie. Zoals ik in mijn antwoord op vraag 52 van de SP-fractie heb aangegeven, wordt in het regeerakkoord specifieke aandacht besteed aan het risico op suïcidaliteit onder LHBTI-jongeren. Suïcidepreventie maakt onderdeel uit van het beleidsterrein van de Staatssecretaris van VWS. Er is een specifiek project dat zich gedurende deze kabinetsperiode richt op het vergroten van kennis hierover onder ouders, docenten en zorgverleners. Er is vorig jaar een specifieke campagne met filmportretten ontwikkeld en ingezet om het

³⁰ <https://www.scp.nl/over-scp/data-en-methoden/onderzoeksbeschrijvingen/transgenderonderzoek-nederland-ton>

³¹ https://www.researchgate.net/publication/262734734_An_Analysis_of_All_Applications_for_Sex_Reassignment_Surgery_in_Sweden_1960-2010_Prevalence_Incidence_and_Regrets

belang van acceptatie goed onder de aandacht te brengen, deze campagne zal dit najaar worden herhaald. In het kader van suïcidepreventie heeft 113 Zelfmoordpreventie een kwartiermaker LHBT aangesteld die bijeenkomsten van gemeenschappen organiseert om de risico's onder de aandacht te brengen onder betrokkenen en handvatten te bieden op welke wijze de suïcidaliteit is terug te dringen.

Verder blijkt uit het onderzoek van de kwartiermaker transgenderzorg dat de lange wachttijden voor de medische transitie een grote psychologische impact hebben. Onderzoek toont aan dat een steunende omgeving dit risico kan verminderen. Met deze aanbeveling van de kwartiermaker ben ik gesprek gegaan met transgenderjongeren en heb aan hen de vraag voorgelegd waar behoefte aan is. In dit gesprek hebben zij aangegeven behoefte te hebben aan de inzet van ervaringsdeskundigen en een soort chat- en onlinehulp mogelijkheid.

Ik heb aan TNN en Transvisie de opdracht verstrekt om een verkenning te doen naar de ontwikkeling van de wijze waarop opgeleide ervaringsdeskundigen een rol kunnen spelen in de transgenderzorg. Het resultaat zou moeten zijn dat we opgeleide ervaringsdeskundigen in kunnen zetten die de jongere tijdens (na en voor) de transitie kunnen ondersteunen. Ik verwacht begin volgend jaar de resultaten van deze opdracht.

Daarnaast ben ik naar aanleiding van het onderzoek van de kwartiermaker en het genoemde gesprek met transgenderjongeren met TNN en Transvisie in gesprek over de opzet en uitvoering van een pilot chat- en onlinehulp. Ik ben voornemens subsidie te verstrekken voor de ontwikkeling van een online chat- en hulplijn, specifiek gericht op de transgenderjongeren. Op dit moment zijn de plannen hiervoor uitgewerkt. Het is de bedoeling dat deze hulplijn gerichte informatie en ondersteuning kan bieden bij vragen over de identiteit door jongeren. Nog dit jaar wordt er gestart met de voorbereidingen en de trainingen van ervaringsdeskundigen hiervoor. De verwachting is dat de chat- en online hulpmogelijkheid op 1 februari 2021 gelanceerd gaat worden en dat jongeren vanaf die datum bij deze chat- en online hulpmogelijkheid terecht kunnen.

Vraag 93

Is de Minister bekend met wetenschappelijk onderzoek waaruit blijkt dat er sprake is van een risico op suïcide niet alleen vóór, maar ook tijdens en ná geslachtsveranderende behandelingen of ingrepen?³²

Ja. In dit onderzoek in het Amsterdam UMC werden uit een cohort van 8236 transgender personen die zich tussen 1972 en 2017 hadden aangemeld bij het Amsterdam UMC, 49 personen geïdentificeerd die overleden zijn als gevolg van suïcide. Uit dit onderzoek bleek inderdaad dat de suïcides voorkwamen in elk stadium van de transitie. 14 van deze personen waren niet langer in behandeling, van de overige 35 zaten er 17 in de diagnostiek/hormonale fase, 2 in het traject voor chirurgie en 16 hadden een chirurgische behandeling ondergaan. Tevens werd er geen toename over de tijd gevonden. Wel is het aantal suïcides onder transgender personen per jaar hoger dan in de algemene bevolking in

³² Zie bijvoorbeeld:

- Wiepjes, C.M., den Heijer, M., Bremmer, M.A., Nota, N.M., de Blok, C.J.M., Coumou, B.J.G. and Steensma, T.D. (2020) Trends in suicide death risk in transgenderpeople: results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972–2017) *Acta Psychiatr Scand* 2020; 147: 486–491 (via: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/acps.13164>)
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A.L.V., Långström, N. and Landén, M. (2011) Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden (via: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0016885>)

Nederland. Uit het Zweedse onderzoek bleek dat ook na transitie er een risico op suïcide blijft bestaan. Deze onderzoeken tonen aan dat het risico op suïcide door het traject heen aandacht verdient.

Vanuit internationaal onderzoek wordt de prevalentie van suïcidepogingen in de transgender populatie geschat op 25–45% (Clemens-Nolle, Marx & Katz, 2006) en het percentage die suïcide ideatie (gedachten actief een einde te maken aan het leven) hebben ervaren is nog hoger (45–77%, Testa et al., 2017).

Algemene risicofactoren voor suïcide gelden ook voor transgender personen, maar tevens kan ook een rol spelen dat zij behoren tot een minderheidsgroep (minority stress), zij negatieve reacties van de sociale omgeving ervaren en onvoldoende steun krijgen van hun meest nabije sociale steunsysteem. Van belang is het hierbij een adequaat vangnet te realiseren en in te zetten op preventie van suïcide door het traject heen.

Vraag 94

Wat is de reactie van de Minister hierop en wat betekent dit voor het nazorgtraject dat aan transgenders wordt geboden?

Ik zal de betrokken partijen vragen om bij de evaluatie van de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch te bekijken of het aangewezen is om het onderwerp nazorg op te nemen in de kwaliteitsstandaard. Verder verwijs ik graag naar het antwoord op vraag 92.