AH 560
2026Z19027

Antwoord van minister Hermans (Volksgezondheid, Welzijn en Sport), mede namens de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (ontvangen 6 november 2026)

Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2026-2027, nr. 318

Vraag 1
Bent u bekend met het bericht ‘Genderzorg kan vraag niet aan, transmensen beginnen soms zelf al met hormonen’?[1]

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2
Wat zijn momenteel de gemiddelde wachttijden voor genderzorg? Kunt u dit uitsplitsen per zorgaanbieder?

Antwoord 2

Er is geen landelijk systeem om wachttijden specifiek voor de genderzorg te registreren. De NZa registreert en publiceert de wachttijden ggz voor transgenderzorg niet als een afzonderlijke categorie. Aanbieders rapporteren soms (op hun eigen website) wel indicatieve wachttijden Daarbij lopen de wachttijden voor een eerste intake voor diagnostiek en indicatiestelling uiteen van enkele maanden tot meerdere jaren, afhankelijk van zorgaanbieder, leeftijdsgroep en het type zorg. De wachttijd waar doorgaans naar wordt verwezen als het gaat om de transgenderzorg, is de periode tussen verwijzing en de eerste intake voor diagnostiek en indicatiestelling voor medische genderzorg, maar er bestaan ook wachttijden voor algemene psychologische ondersteuning, wachttijden tussen verschillende onderdelen van een behandeltraject en wachttijden die voortvloeien uit richtlijnen of medische noodzaak. Op de website van Transvisie wordt een overzicht van de meest actuele indicatieve wachttijden vermeld.[1] Het gaat dan om de wachttijd voor de eerste afspraak bij een zorgverlener voor diagnostiek en indicatiestelling.

[1] Wachttijden Genderzorg - Transvisie

Vraag 3
Welke concrete maatregelen zijn er genomen sinds uw ambtsvoorganger in 2020 erkende dat mensen hun toevlucht tot zelfmedicatie nemen?[2]

Antwoord 3

Als voor mensen de wachttijd voor een behandeling te lang is, bestaat het risico dat zij zelf op zoek gaan naar medicatie. Hormoonmedicatie is net als andere medicijnen online te koop via onofficiële kanalen. Het is onwenselijk dat mensen zelf medicijnen bestellen en gebruiken zonder recept en zonder goede begeleiding van zorgverleners. Medicijngebruik kan altijd gepaard gaan met bijwerkingen en risico's. Daarnaast is ook de kwaliteit van online gekochte medicatie niet gegarandeerd. Daarom werkt het kabinet op verschillende manieren aan het

terugdringen van de illegale handel in (namaak) medicijnen.[2] Specifieke informatie over (de risico's) van zelfmedicatie bij voor transgender personen staat o.a. op de website van Transvisie[1].

Vraag 4
Hoe reflecteert u op het feit dat al jarenlang aan de bel wordt getrokken over de druk op de genderzorg en de wachttijden, maar de wachttijden alleen maar verder op lijken te lopen?

Antwoord 4

Helaas leidt de inzet die wordt gepleegd op de wachttijden transgenderzorg nog niet tot een daling. De wachttijden zijn een complex probleem en de oplossing vereist een lange adem van veel partijen. Tegelijkertijd moet ook worden onderkend dat de vraag naar transgenderzorg in de afgelopen tien jaar sterk is toegenomen. Zo is het aantal aanmeldingen bij sommige gespecialiseerde centra, zoals Amsterdam UMC, fors gegroeid. Daarnaast lijkt de zorgvraag te zijn verbreed. Naast mensen met een somatische veranderwens melden zich ook steeds vaker mensen met genderidentiteits-, seksuele en psychologische hulpvragen. Uit signalen van aanbieders en onderzoeken binnen de transgenderzorg blijkt dat niet alle hulpvragen uiteindelijk leiden tot een persisterende somatische veranderwens.[3] Hierdoor komt een toenemende druk te liggen op gespecialiseerde genderteams, terwijl de vraag is of alle hulpvragen daar op de juiste plek worden behandeld. Onvoldoende handelingsperspectief binnen de huisartsenzorg, reguliere ggz en het sociaal domein kan bijdragen aan extra druk op de gespecialiseerde transgenderzorg en daarmee aan oplopende wachttijden. Met inzet van het Landelijk Platform Transgenderzorg (LPT) is er een traject gestart om de knelpunten als het gaat om wachttijden in de transgenderzorg gezamenlijk aan te pakken. Er wordt bij dit traject ook gekeken

[2] Tweede Kamer, vergaderjaar 2025–2026, 24 077, nr. 572

[3] Tweede Kamer, vergaderjaar 2022-2023, 31 016, nr. 352

naar kortetermijnoplossingen in het kader van de motie Kostic.[4] Het kabinet zal uw Kamer hier nog dit jaar over informeren over de voortgang hiervan.

Verzekerden kunnen zich melden voor zorgbemiddeling van hun zorgverzekeraar wanneer zij wachten op zorg. Daarnaast kunnen verzekerden die lang moeten wachten ook kiezen voor proactieve zorgbemiddeling. Wanneer de patiënt een verwijzing krijgt maar de wachttijd lang is (langer dan 4 weken bij medisch-specialistische zorg, 4 weken voor intake en 10 weken voor start ggz behandeling) kan de zorgverzekeraar helpen bij het vinden van een plek waar de patiënt eerder terecht kan. Dit gebeurt alleen als de patiënt daar zelf toestemming voor geeft. Deze proactieve zorgbemiddeling helpt hen vaak sneller een plek te vinden bij een zorgverlener met een kortere wachttijd. Het kabinet deelt de mening dat wachttijden van vier tot vijf jaar moeilijk te aanvaarden zijn en zet zich ervoor in om dit aan te pakken.

Vraag 5
Welke concrete maatregelen gaat u nemen om te voldoen aan de afspraken uit het Regenboogakkoord, in het bijzonder op de afspraken over transrechten en transzorg?

Antwoord 5

Het kabinet vindt het van belang dat transgender personen toegang hebben tot kwalitatief goede en veilige en passende zorg en zet zich daarvoor in voor verdere verbetering van de kwaliteit en de toegankelijkheid. Zie ook het antwoord op vraag 4. Daarbij is er specifiek aandacht voor de wachttijden, de ontwikkeling van kennis en de aanbevelingen die de Gezondheidsraad heeft gedaan en de reactie van het kabinet daarop.[5] Het kabinet gaat binnenkort in gesprek met betrokken partijen over passende ondersteuning in de eerstelijnszorg en de ggz.

Breder zet het kabinet zich via de Emancipatienota in om de veiligheid en het welzijn van lhbtiq+-personen sterk te verbeteren. Dit doet het kabinet onder meer met een versterkte aanpak voor de verbetering van lhbtiq+-veiligheid waarin extra middelen worden ingezet.

[4] Tweede Kamer, vergaderjaar 2025–2026, 36 800 XVI, nr. 137
[5] Tweede Kamer, vergaderjaar 2026–2027, 31 016, nr. 384

Vraag 6
Deelt u de mening dat het onvoldoende is om mensen te waarschuwen voor de risico’s van zelfmedicatie wanneer zij vervolgens jarenlang op passende zorg moeten wachten? Welke concrete mogelijkheden zijn er voor mensen die nu hulp nodig hebben en voor wie de wachttijd niet overbrugbaar is?

Antwoord 6

Voor wat betreft de vraag welke mogelijkheden er zijn voor mensen die hulp nodig hebben wijst het kabinet op het volgende: zorgverzekeraars contracteren aanbieders van transgenderzorg die voldoen aan de geldende kwaliteitsvereisten voor transgenderzorg, ggz en/of medisch-specialistische zorg. Waar mogelijk wordt het zorgaanbod uitgebreid en worden zorgplafonds verruimd wanneer daarvoor ruimte bestaat en de kwaliteit van zorg is geborgd. Daarnaast kan een beroep op de zorgverzekeraar gedaan worden voor zorgbemiddeling. Zie daarvoor het antwoord op vraag 4. Het kabinet heeft begrip voor de situatie waarin mensen met een gendervraag zich bevinden, maar vindt zelfmedicatie niet verstandig. Het gebruiken van zelfmedicatie brengt namelijk risico’s voor de gezondheid met zich mee. Het kabinet adviseert deze mensen dan ook om hun heil niet te zoeken in zelfmedicatie en in elk geval contact op te nemen met de huisarts. Verder is het belangrijk dat transgender personen (en ook hun familie, naasten en relevante omgeving) steun zoeken en weten dat zij met vragen terecht kunnen bij patiëntenorganisaties zoals Transvisie.

Vraag 7
Bent u bereid om met zorgverleners, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars afspraken te maken over laagdrempelige medische begeleiding voor mensen die al zelfstandig hormonen gebruiken, waaronder beoordeling van gezondheidsrisico’s, noodzakelijke controles en toegang tot specialistisch advies?

Antwoord 7

Het kabinet gaat niet over de inhoud van de verleende zorg. Het is aan het veld en de beroepsgroepen om vast te stellen welke zorg en begeleiding in deze situatie nodig en verantwoord zijn. Ook patiëntenorganisaties worden hierbij betrokken. Reguliere genderbevestigende hormoonzorg omvat meer dan het beoordelen van gezondheidsrisico’s en het uitvoeren van controles. Ook zorgvuldige indicatiestelling, goede voorlichting en aandacht voor psychische en psychosociale factoren maken hiervan deel uit. Deze onderwerpen krijgen aandacht bij de herziening van de kwaliteitsstandaarden voor somatische en psychische transgenderzorg.

Vraag 8
Hoe reflecteert u op de uitspraak in het artikel dat de huisarts niet is toegerust op het voortraject van hormoonbehandeling, zeker gelet op de aangenomen motie-Ellemeet c.s.[3] over een grotere rol van huisartsen bij hormoontherapie en

nazorg? Kunt u daarbij onderscheid maken tussen onbegeleid gebruik, begeleiding door een geschoolde huisarts in samenwerking met specialisten en zorg waarvoor een gespecialiseerd multidisciplinair team noodzakelijk is?

Vraag 9
Welke concrete maatregelen zijn er genomen om uitvoering te geven aan de aangenomen-motie Ellemeet c.s. over een grotere rol van huisartsen?[4] Hoeveel huisartsen zijn inmiddels geschoold? Welke belemmeringen ervaren huisartsen in de praktijk?

Antwoord vraag 8 en 9

De huisarts heeft een belangrijke rol als generalistisch zorgverlener en poortwachter in de zorg. De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor mensen, verkent hulpvragen, beoordeelt en behandelt medische vragen, en verwijst indien nodig naar passende zorg. De beroepsgroep is primair zelf verantwoordelijk voor de afbakening van het vakgebied. Het kabinet heeft geen inzicht in hoeveel huisartsen (na)scholing hebben gevolgd op het gebied van transgenderzorg.

Met het advies van de Gezondheidsraad over transgenderzorg voor kinderen en jongeren in Nederland is er ook een aanbeveling gedaan rondom transgenderzorg bij de huisarts en de reguliere ggz. Het kabinet zal over deze aanbeveling in gesprek gaan met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) en de branchevereniging voor de geestelijke gezondheidszorg (De Nederlandse GGZ), zie ook de reactie van het kabinet op het advies van de Gezondheidsraad ‘Transgenderzorg voor jongeren’.[6]

Vraag 10
Welke concrete maatregelen zijn er genomen naar aanleiding van de aangenomen motie-Simons c.s. [5] over het verplaatsen van transzorg van de derde naar de tweedelijnszorg? Welke diagnostiek en behandelingen zijn inmiddels buiten de universitaire centra beschikbaar, hoeveel extra mensen worden daardoor geholpen en welke knelpunten zijn er voor eventuele verdere uitbreiding?

Antwoord 10

Er is een toename van zorgaanbieders in de ggz voor de psychische transgenderzorg als ook in de Medisch Specialistische Zorg voor endocrinologische transgenderzorg, die in netwerken opereren. Zoals benoemd

[6] Tweede Kamer, vergaderjaar 2025–2026, 31 016, nr. 375

bij het antwoord op vraag 6, contracteren zorgverzekeraars aanbieders die voldoen aan de geldende kwaliteitsvereisten voor transgenderzorg, ggz en/of medisch-specialistische zorg. Waar mogelijk wordt dit aanbod uitgebreid en worden zorgplafonds verruimd. Zorgverzekeraars proberen daarmee ruimte te bieden voor groei van het zorgaanbod, maar hebben tegelijkertijd de verantwoordelijkheid om de kwaliteit, veiligheid en rechtmatigheid van zorg te waarborgen. Er zijn geen cijfers beschikbaar over hoeveel extra mensen zijn geholpen.

Vraag 11
Welke concrete maatregelen neemt u om ervoor te zorgen dat alternatieve zorgroutes bekend zijn bij mensen en daadwerkelijk toegankelijk zijn? Worden mensen actief geïnformeerd over passende mogelijkheden bij andere aanbieders en over ondersteuning tijdens het wachten? Deelt u de mening dat zulke ondersteuning noodzakelijk kan zijn, maar wachttijden van vier à vijf jaar het niet overbrugbaar of aanvaardbaar maakt?

Antwoord 11

Patiënten kunnen zich melden voor zorgbemiddeling van hun zorgverzekeraar wanneer zij wachten op zorg. Daarnaast kunnen verzekerden die lang moeten wachten ook kiezen voor proactieve zorgbemiddeling. Zie ook het antwoord op vraag 4. Het kabinet deelt de mening dat wachttijden van vier tot vijf jaar moeilijk te aanvaarden zijn en zet zich ervoor in om dit aan te pakken.

Vraag 12
Wat hebben zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) concreet gedaan om tijdige toegang tot transzorg te waarborgen? Kunt u inzicht geven in de resultaten van zorgbemiddeling, eventuele onvoldoende inkoop van beschikbare capaciteit en maatregelen bij tekortschietende naleving van de zorgplicht?

Antwoord 12
Zorgbemiddeling is voor verzekerden beschikbaar als ondersteuning bij het vinden van een zorgaanbieder met een kortere wachttijd. Zorgverzekeraars Nederland beschikt niet over landelijke, geaggregeerde gegevens over de resultaten van zorgbemiddeling door individuele zorgverzekeraars.

Daarnaast is in het AZWA bijvoorbeeld voor de MSZ afgesproken dat zorgverzekeraars patiënten die lang op een wachtlijst staan proactief gaan bemiddelen naar zorgaanbieders waar de wachttijd korter is. Bij proactieve zorgbemiddeling kunnen verzekeraars patiënten benaderen die langer dan de Treeknorm wachten op passende zorg, wanneer de patiënt toestemming heeft gegeven voor het delen van gegevens voor deze bemiddeling. Sinds 13 juli is

proactieve zorgbemiddeling volledig uitgerold. De meest recente cijfers laten zien dat tussen 20 april en 20 september 48.230 patiënten toestemming hebben

gegeven voor proactieve zorgbemiddeling in de verwijsdienst. Zoals afgesproken

in het AZWA start eind 2026 een evaluatie van de werkwijze van proactieve zorgbemiddeling, daarna kan er meer gezegd worden over het effect van proactieve zorgbemiddeling.

Vraag 13
Eerder gaf uw ambtsvoorganger aan dat er geen landelijke cijfers zijn over wachttijden in de gemeentelijk gefinancierde genderzorg, zijn deze cijfers inmiddels wel beschikbaar? Zo nee, hoe kunt u zonder dit inzicht beoordelen of de huidige aanpak werkt? Bent u bereid dit alsnog in kaart te laten brengen?[6]

Antwoord 13
Waar dit onderdeel is van jeugdzorg wordt genderzorg (regionaal) gefinancierd door gemeenten. Op dit moment is er geen landelijk beeld van wachttijden voor jeugdzorg in gemeenten doordat er geen landelijke definities zijn met betrekking tot wachttijden. Vanuit de Hervormingsagenda Jeugd wordt gewerkt aan landelijke afspraken hierover. Zodra deze afspraken zijn geïmplementeerd is het mogelijk om meer te zeggen over wachttijden in de jeugdzorg.

Vraag 14
Wat is de huidige stand van zaken wat betreft de werkagenda van het Landelijk Platform Transgenderzorg? Over welke (financiële) middelen beschikt het platform?

Antwoord 14

Zie ook antwoord vraag 4. Het LPT ontvangt een subsidie van € 602.100, verspreid over 4 jaar. Deze subsidie loopt tot en met maart 2029 en is bedoeld voor activiteiten die een bijdrage leveren aan het verbeteren van de toegankelijkheid van de transgenderzorg in Nederland. Het zwaartepunt van de werkzaamheden van het LPT ligt momenteel bij de wachttijden en het bevorderen van netwerkzorg door bij te dragen aan de duiding, coördinatie en bekostiging ervan.

Vraag 15
Hoe reageert u op de vaststelling van de Gezondheidsraad dat de wachtlijstproblematiek in strijd is met het recht op gezondheid en ook het recht van kinderen op gezondheid en ontwikkeling kan schaden? Welke verantwoordelijkheid ziet u voor uzelf hierin?

Antwoord 15

In het juridisch kader van het advies van de Gezondheidsraad over de Transgenderzorg voor jongeren staat inderdaad dat de wachtlijstproblematiek op gespannen voet staat met het recht op gezondheid, specifiek wat betreft de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg. De Gezondheidsraad schrijft hierbij ook dat hoewel het recht op gezondheid verplichtingen schept voor de overheid, burgers slechts beperkt rechten kunnen ontlenen aan dit sociale grondrecht. Ook concludeert de Gezondheidsraad dat wachtlijsten het recht van kinderen op gezondheid en ontwikkeling kunnen schaden. De Gezondheidsraad heeft de wachttijdenproblematiek opgenomen in één van zijn aanbevelingen: het (vaker)

beleggen van explorerende gendervragen bij de eerstelijnszorg. Het kabinet gaat in het najaar van 2026 hierover in gesprek met de beroepsgroepen uit de eerstelijnszorg. Zie ook het antwoord op vraag 8 en 9.

Vraag 16
Hoe voorkomt u dat jongeren tijdens het wachten de mogelijkheid op tijdige behandeling verliezen of bij hun achttiende verjaardag opnieuw achteraan moeten aansluiten? Bent u bereid met gemeenten, verzekeraars en aanbieders afspraken te maken over behoud van wachttijd, overdracht en continuïteit van begeleiding en behandeling?

Antwoord 16

Wanneer jongeren ggz-zorg nodig hebben na hun achttiende moet de zorg die zij ontvangen zonder onderbreking kunnen worden voortgezet. Het borgen van deze continuïteit is mogelijk binnen het huidige stelsel. Zo kunnen aanbieders zelf beslissingen nemen over het behoud van wachttijd binnen een organisatie en kan er gebruik gemaakt worden van de overgangsregeling naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) om continuïteit van de behandelaar te waarborgen.

Het is het kabinet echter bekend dat er signalen zijn dat dit niet overal goed verloopt. Daarom wordt momenteel samen met veldpartijen gewerkt aan het verbeteren van die overgang. De overgang van jeugdhulp naar volwassen ggz is als thema opgenomen in de Versterkingsagenda Mentale Gezondheid & ggz. De agenda is gericht op aanvullende acties die binnen het bestaande stelsel (sneller) uitvoerbaar zijn en vervult een aanjagende functie. Op het thema overgang van jeugdhulp naar volwassen ggz zijn gesprekken met stakeholders gevoerd, waarin

we gezamenlijk knelpunten in kaart hebben gebracht in een probleemanalyse en verschillende oplossingsrichtingen zijn besproken die o.a. zien op de samenwerking tussen gemeenten en ggz, de rol van lokale teams, het verkennen of urgentie voor jongeren bij wachtlijsten in de volwassenen ggz mogelijk is en de overgangsregeling vanuit de Zvw. De komende maanden wordt de probleemanalyse uitgewerkt.

Vraag 17
Welke ondersteuning is tijdens het wachten beschikbaar voor mensen bij wie de psychische gezondheid verslechtert? Hoe wordt geborgd dat noodzakelijke psychologische hulp en crisiszorg toegankelijk zijn, ook wanneer iemand nog geen diagnostisch traject heeft doorlopen?

Antwoord 17

Tijdens het wachten op ggz kunnen mensen ondersteuning krijgen via onder meer de huisarts, het sociaal domein, laagdrempelige steunpunten, E-health modules, en, waar nodig, de crisiszorg. De huisarts en professionals in het sociaal domein kunnen ondersteuning bieden zolang iemand nog niet terechtkan bij de specialistische ggz. De crisiszorg is voor mensen met een acute zorgbehoefte; hiervoor is een afgerond diagnostisch traject niet vereist. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars bij te lange wachttijden helpen via zorgbemiddeling.

Vraag 18
Hoe wordt tijdens het wachten op genderzorg actief gesignaleerd of iemand suïcidale gedachten ontwikkelt of dat bestaande klachten verergeren? Wie draagt verantwoordelijkheid voor het onderhouden van contact en het organiseren van passende hulp, ook wanneer iemand nog geen intake bij een gendercentrum heeft gehad? Bent u bereid hierover landelijke afspraken te maken, inclusief een duidelijk aanspreekpunt voor wachtenden en hun naasten?

Antwoord 18

Het wachten op genderzorg is, zowel voor jeugdigen als volwassenen, emotioneel zeer belastend. Minderjarigen kunnen tijdens het wachten op genderzorg terecht bij de reguliere hulpverlening voor psychische ondersteuning. Het signaleren van suïcidale gedachten en/of verergering van bestaande klachten is hier onderdeel van. Ook volwassenen kunnen voor psychische klachten tijdens het wachten op genderzorg, terecht bij de reguliere zorg, bijvoorbeeld bij de huisarts of ggz. Bij volwassenen heeft de zorgverzekeraar daarnaast een rol bij het bemiddelen wanneer de wachttijd voor verzekerde zorg te lang is. De Transgender

Wegwijzer[7] biedt informatie over beschikbare vormen van genderzorg en ondersteuning en, waar bekend, over wachttijden.

Vraag 19
Hoe voorkomt u dat mensen met suïcidale gedachten tussen de reguliere ggz en de genderzorg worden verwezen zonder dat een van beide daadwerkelijk hulp biedt? Welke afspraken bestaan over gelijktijdige behandeling van psychische klachten en gender gerelateerde zorgvragen, zodat suïcidaliteit niet automatisch leidt tot verdere vertraging van passende genderzorg? Hoe wordt daarbij een individuele beoordeling van veiligheid en zorgbehoefte gewaarborgd?

Antwoord 19

Een psychische hulpvraag en een gender gerelateerde zorgvraag hoeven niet na elkaar te worden behandeld. De reguliere ggz kan psychische klachten behandelen wanneer daarvoor een indicatie bestaat, terwijl de toegang tot genderzorg via de daarvoor geldende zorgpaden verloopt. Daarbij is het aan de betrokken zorgprofessionals om op basis van de individuele situatie te beoordelen welke zorg nodig en passend is. De AZWA-afspraak die toeziet op het afschaffen van exclusiecriteria moet bijdragen aan een betere doorstroom en toegang tot ggz. Zorgverzekeraars hebben het afschaffen van exclusiecriteria opgenomen in hun aankomende inkoopbeleid, zodat zij daarop kunnen sturen binnen de contractering van zorgaanbieders. De Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg benadrukt het belang van een brede probleemverkenning en het beoordelen van psychische problemen die van invloed kunnen zijn op het zorgproces. Ook in de somatische transgenderzorg zijn voorwaarden voor indicatiestelling vastgelegd in de kwaliteitsstandaard. Beide Kwaliteitsstandaarden worden op dit moment herzien.

Bij een acute psychiatrische zorgbehoefte geldt dat iemand niet eerst een genderzorgtraject hoeft te hebben doorlopen om toegang te krijgen tot crisiszorg. De zorgbehoefte en veiligheid van de persoon staan daarbij voorop.

Vraag 20
Welke concrete acties binnen de Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2026–2030 zijn gericht op transgender en non-binaire personen, waaronder mensen die wachten op zorg? Welke middelen, verantwoordelijke partijen en meetbare doelen zijn hieraan verbonden? Hoe worden 113 Zelfmoordpreventie, zorgverleners en ervaringsdeskundigen bij de uitvoering betrokken?

[7] Transgender Wegwijzer

Antwoord 20

De vierde Landelijke Agenda Suïcidepreventie (2026-2030) is door Stichting 113 Zelfmoordpreventie met partijen uit het veld vormgegeven en wordt ook in samenwerking uitgevoerd. Hiervoor is door het kabinet voorzien in € 4,5 miljoen per jaar voor de looptijd van de Agenda. De vierde Landelijke Agenda Suïcidepreventie richt zich niet specifiek op transgender en non-binaire personen. Wel richt de Agenda zich in bredere zin op het in kaart brengen van wachttijdoverbrugging van mensen die op de wachtlijst staan/wachten op zorg in verband met suïcidaliteit.  Ook is er in de vierde Landelijke Agenda een aantal acties en activiteiten gericht op de bredere doelgroep lhbtiq+. Zo wordt binnen de programmalijn Jong ingezet op suïcidepreventie in het onderwijs en daarbij aandacht besteed om dit, in samenwerking met COC, ook specifiek voor lhbtiq+ in te richten. Ook is de programmalijn Zorg erop ingericht om professionals in diverse zorgsectoren zich toegerust te laten voelen om passende zorg te bieden aan cliënten/patiënten met suïcidaliteit en hun naasten, waaronder ook transgenders en non-binaire personen. Hier worden ook zorgverleners in betrokken. Ervaringsdeskundigen worden bij alle onderdelen van de vierde Landelijke Agenda betrokken.

Vraag 21
Hoe waarborgt u bij de uitvoering van de Wet integrale suïcidepreventie dat gemeenten aandacht besteden aan transgender en non-binaire inwoners? Welke ondersteuning krijgen gemeenten en scholen om discriminatie, pesten en sociale uitsluiting tegen te gaan, signalen van suïcidaliteit te herkennen en mensen naar passende hulp te begeleiden? Hoe zorgt u voor samenhang tussen zorg, onderwijs en emancipatiebeleid?

Antwoord 21

De Wet integrale Suïcidepreventie is sinds 1 januari 2026, als onderdeel van de Wet Publieke Gezondheid, van kracht. De Wet verplicht Rijk en gemeenten te komen tot suïcidepreventiebeleid. Het is in lijn met de Wet publieke gezondheid (Wpg) dat gemeenten zelf bepalen hoe zij invulling geven aan het lokale beleid en de prioritering daarbinnen. Het kabinet voorziet gemeenten hiervoor van middelen en heeft met de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid (2025-2028) de kaders gesteld voor dit beleid. In de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid, die eind 2025 verscheen, wordt geen expliciete aandacht besteed aan transgender en non-binaire inwoners maar wordt wel de bredere lhbtiq+ groep bij gemeenten onder de aandacht gebracht. Als het gaat om het bevorderen van acceptatie via gemeenten ondersteunt de staatssecretaris van Onderwijs en Emancipatie meerjarig Regenboogsteden. Dit zijn 56 gemeenten in Nederland die actief beleid voeren op het verbeteren van de sociale acceptatie en veiligheid en emancipatie van lhbtiq+ personen. Regenboogsteden vertalen gezamenlijke ambities naar

lokaal lhbtiq+ beleid. De uitwerking van beleidsdoelen en de inzet van interventies kan per gemeente verschillen. De keuzes worden mede bepaald door de lokale context, bevolkingssamenstelling en uitdagingen per gemeente. In hun beleid worden de Regenboogsteden ondersteund door kennisinstituut Movisie.

Als het gaat om onderwijs zijn scholen in het funderend onderwijs wettelijk verplicht zorg te dragen voor een veilig schoolklimaat voor alle leerlingen.

Vraag 22
Welke wachttijd voor genderzorg acht u maximaal aanvaardbaar? Op welk moment concludeert u dat de inspanningen van zorgverzekeraars, het Landelijk Platform Transgenderzorg en gemeenten onvoldoende resultaat opleveren en dat u zelf moet ingrijpen? Welke concrete maatregelen bent u bereid op dat moment te nemen?

Antwoord 22

Treeknormen zijn streefnormen die gezamenlijk zijn afgesproken door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Patiënten kunnen hier in de regel geen harde juridische rechten aan ontlenen. Meer algemeen zet het kabinet in om passende zorg wettelijk de norm te maken en bijvoorbeeld de wachtlijsten te doorbreken. Zie ook het antwoord op vraag 4.

[1] AD, 28 augustus 2026, ‘Genderzorg kan vraag niet aan, transmensen beginnen soms zelf al met hormonen’, https://www.ad.nl/gezond/genderzorg-kan-vraag-niet-aan-transmensen-beginnen-soms-zelf-al-met-hormonen~aae54a6d/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F&cb=5bd5518e-a156-489f-b944-5920ed86fe4b&auth_rd=1.

[2] Aanhangsel Handelingen II, vergaderjaar 2019–2020, nr. 2073. Antwoord van Minister Van Rijn (Medische Zorg) op vragen van het lid Bergkamp (D66), https://zoek.officielebekendmakingen.nl/ah-tk-20192020-2326.html.

[3] Kamerstuk 31 765, nr. 601.

[4] Kamerstuk 31 765, nr. 601.

[5] Kamerstuk 31 765, nr. 598.

[6] Aanhangsel Handelingen II, vergaderjaar 2024-2025, nr. 897. Antwoord op vragen van de leden Westerveld en Slagt-Tichelman over wachtlijsten voor genderzorg, https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/kamervragen/detail?did=2024D51178&id=2024D51178.