

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 1863

Vragen van het lid **Pia Dijkstra** en **Sjoerdsma** (beiden D66) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de eerder ontvangen antwoorden op vragen aangaande wachtlijsten in de transgenderzorg* (ingezonden 21 april 2017).

Antwoord van Staatssecretaris **Van Rijn** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 15 mei 2017).

#### Vraag 1

Kunt u, in het licht van uw antwoorden op eerdere vragen<sup>1</sup>, expliciteren op welke wijze u de transgender zorg wilt spreiden, de ketenbehandeling wilt opschalen en meer personeel wilt (laten) werven? Deelt u de mening dat u dit niet expliciteert in uw beantwoording? Zo ja, kunt u dat hier dan doen? Zo nee, waarom kunt u dit niet?

#### Antwoord 1

In de antwoorden op eerdere Kamervragen heeft de Minister aangegeven dat zij meer spreiding van transgenderzorg van belang vindt en dat zij van zorgaanbieders en verzekeraars verwacht zij dat hun inspanningen op dat punt zullen intensiveren.

Op basis van het voorjaarsoverleg transgenderzorg met alle betrokken partijen dat op initiatief van VWS op 24 april 2017 heeft plaatsgevonden, is gebleken dat dit ook gebeurt. Er zijn de volgende positieve ontwikkelingen te melden.

Het VUmc heeft besloten om voor 2017 de capaciteit van het Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie (KZcG) opnieuw fors, te weten met 20%, te verhogen. De uitbreiding geldt voor alle disciplines. Het UMCG, dat over een genderteam voor volwassenen van beperktere schaal beschikt, werkt toe naar een verdubbeling van de capaciteit in 2017 en bestudeert de mogelijkheden om ook jongeren in zorg te nemen. In Zuid Nederland is per 1 februari 2017 een multidisciplinair genderteam van start gegaan met als intentie om ook medische zorg te gaan bieden aan zowel jeugdigen als volwassenen, naast de GGZ-zorg die al eerder werd geleverd aan kinderen en jeugdigen en hun ouders. Het is een samenwerking tussen de Mutsaersstichting in Venlo en Psychologen Praktijk OOG in Eindhoven. Het nieuwe genderteam werkt samen met het KZcG van het VUmc. Daarnaast is aan ons gemeld dat er

<sup>1</sup> Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2016–2017, nr. 1492

inmiddels samenwerking bestaat tussen VUmc en in genderzorg gespecialiseerde psychologenpraktijken in den lande, zoals Psycho Informa Instellingen en Psychologenpraktijk De Vaart. Samenwerkingsafspraken tussen het UMCG en genoemde praktijken worden momenteel geconcretiseerd. De genderteam en de psychologenpraktijken onderzoeken of «zij-instroom» mogelijk is. Door deze samenwerking vindt spreiding van zorg plaats. Hierbij moet wel bedacht worden dat de problematiek van de wachttijden in de transgenderzorg weerbarstig is, omdat de groei van het aantal aanmeldingen blijft toenemen: de eerder verwachte afvlakking van de groei treedt niet op. Daar komt bij dat het lastig is om goed opgeleid en deskundig personeel te werven, aldus het LUMC en het UMCG. De in het eerder genoemde overleg aanwezige verzekeraars gaven aan dat er in beginsel geen financiële beletselen zijn voor uitbreiding van transgenderzorg indien nodig. Zij onderstrepen daarbij het belang van kwaliteit van zorg: ook bij krapte van het aanbod mogen maatregelen die gericht zijn op een snellere doorstroom, niet ten koste gaan van kwaliteit van zorg.

De kwaliteitsstandaard voor transgenderzorg GGZ zal naar verwachting op korte termijn worden ondertekend door alle betrokken partijen om na autorisatie te worden ingeschreven in het register van het Zorginstituut Nederland. Daarna kan implementatie plaatsvinden.

#### Vraag 2

Kunt u aangeven in hoeverre uw uitspraak bij het antwoord op vraag zeven dat «los» contracteren van individuele specialisten of aanbieders «niet zomaar past», gebaseerd is op wetenschappelijke onderbouwing? Kunt u in het licht van deze vraag aangeven of het Zorginstituut hier eerder onderzoek naar heeft gedaan en/of uitspraken over op papier heeft gezet? Indien uw standpunt afwijkt van het Zorginstituut kunt u dan aangeven waarop u uw uitspraken heeft gebaseerd?

#### Antwoord 2

De Minister heeft er op gewezen dat transgenderzorg ketenzorg is en patiënten gebaat zijn bij een multidisciplinair, gecoördineerd en afgestemd zorgproces waarbij meerdere specialismen zijn betrokken. Coördinatie en afstemming van zorg zijn, vanwege het ingrijpende behandeltraject en de verschillende disciplines die daarbij betrokken zijn, essentiële kenmerken van het zorgproces, ook indien onderdelen van zorg op verschillende locaties of door verschillende aanbieders worden geleverd. Het contracteren van losse onderdelen van de zorg, kan hiermee op gespannen voet staan. Het Zorginstituut Nederland (ZIN) heeft desgevraagd laten weten dat dit uitgangspunt aansluit bij een advies van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), de voorganger van Zorginstituut Nederland, aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) over een geschil tussen een verzekerde en een zorgverzekeraar. Het CVZ heeft daarin op basis van relevante literatuur en de handelwijze in de praktijk in het buitenland geconcludeerd dat de kenmerken van het zorgproces met zich meebrengen dat behandeling/begeleiding van transgenders door onafhankelijk van elkaar opererende zorgverleners niet verantwoord is. Het is essentieel dat er een duidelijke regie is gedurende het hele behandeltraject dat een transgender doorloopt. Het CVZ heeft zich met name gebaseerd op door de World Professional Association for Transgender Health ([www.wpath.org](http://www.wpath.org)), een internationale, multidisciplinaire beroepsorganisatie, opgestelde Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. Deze internationale richtlijn is opgesteld op basis van de beste beschikbare professionele wetenschappelijke kennis en behandelervaring. In deze richtlijn komt naar voren dat transgenderzorg multidisciplinaire zorg is waarbij verschillende specialismen een rol vervullen, en dat van centrale regie en coördinatie van een deskundige op gebied van behandeling van genderdysforie sprake moet zijn. Zie <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2008/03/25/zorg-in-verband-met-transseksualiteit-die-niet-in-een-gespecialiseerd-centrum-wordt-verricht-moet-voldoen-aan-de-internationale-richtlijn-en-onder-regie-staan-van-een-deskundige-psychiater-psycholoog>. Het advies dateert van 2008, maar de SKGZ heeft zich in een bindend advies uit september 2014 nog gebaseerd op dit advies van het ZIN over- kort gezegd- het belang van regie en zorgcoördinatie bij het zorgtraject

transgenders onder verwijzing naar de Standards of Care (SOC 2011) van de WPATH<sup>2</sup>.

### Vraag 3

Deelt u de mening dat uw uitspraak «vanwege het ingrijpende karakter en de onomkeerbaarheid van onderdelen van het behandeltraject soms bedenktijd verstandig is en nodig tussen de stappen» bij vraag drie, stigmatiserend kan worden opgevat door transgenders? Kunt u uw uitspraak nader duiden? Zo nee, waarom niet?

### Antwoord 3

Het is op geen enkele wijze de intentie om uitspraken te doen die als stigmatiserend kunnen worden opgevat. De uitspraak verwijst naar het onderscheid tussen wachttijden en de totale lengte van de behandelduur die op individuele basis moet worden geschied. De wachttijd is de periode dat betrokkene moet wachten nadat de indicatie voor behandeling is gesteld: de behandeling kan niet worden gestart omdat hij of zij nog niet terecht kan bij een instelling. De wachttijden zullen onderdeel zijn van de zorgstandaard somatische transgenderzorg, waaraan nu gewerkt wordt. Te lange wachttijden worden als belastend en onwenselijk ervaren. Daarover zijn patiënten en hulpverleners het eens.

Een ander aspect is de individuele behandelduur. Zowel door behandelaars in de GGZ als door de genderteams van de UMC's wordt er op gewezen dat de doelgroep een gevarieerd beeld laat zien qua problematiek. In vaker voorkomende situaties is er sprake is van bijkomende psychologische en/of psychiatrische problemen. Als er sprake is van bijkomende problematiek is aan de voorkant van het behandeltraject (diagnostiek en indicatiestelling) soms meer tijd nodig voor begeleiding en achten deskundigen het in sommige situaties noodzakelijk om zaken goed uit te zoeken of om de beste uitgangssituatie bijvoorbeeld op het gebied van relaties, wonen en werk te verkrijgen voordat het behandeltraject start. Er zijn ook cliënten die geen bijkomende problematiek hebben en bij wie in minder gesprekken een duurzame wens tot geslachtsbevestiging kan worden vastgesteld, aldus de zorgaanbieders en de zorgprofessionals. In de praktijk is steeds meer sprake van zorg op maat.

### Vraag 4

In hoeverre bent u bekend met het Amerikaanse systeem voor transgenderzorg, waarbij «informed consent» centraal staat? Kunt u toelichten in hoeverre u het wenselijk acht dat gekeken wordt in hoeverre iemand in staat is de keuze zelf te maken en daarna vrijgelaten wordt in die keuze? Zo nee, waarom kunt u dit niet?

### Antwoord 4

In Nederland is informed consent<sup>3</sup> wettelijk geregeld. Ik heb begrepen dat belangenorganisaties zoals Transvisie bepleiten dat het uitgangspunt zou moeten zijn dat transgenders een autonome beslissing moeten kunnen nemen of zij behandelingen ondergaan en welke dat zijn, zonder diagnostiek of indicatiestelling door zorgverleners. Transvisie noemt dat model «informed consent». Ik heb begrepen dat Transvisie dus niet doelt op de in Nederland wettelijk gestelde regels omtrent informed consent, maar een model bepleit waarbij de hulpverlener (de psycholoog of psychiater) in één gesprek bepaalt of de persoon in kwestie in staat geacht mag worden om de impact en risico's van de behandelingen te overzien en daarvoor een afgewogen beslissing te nemen. Zorgaanbieders, -professionals en verzekeraars tonen zich vooralsnog terughoudend over deze wijze van werken omdat het ten

<sup>2</sup> Uitspraken van het SKGZ zijn te downloaden van Kennisplein Ziektekostenverzekeringen, zie [www.kpzv.nl](http://www.kpzv.nl).

<sup>3</sup> Het begrip «informed consent» verwijst naar de plicht van de hulpverlener om een behandeling alleen te geven als de patiënt daarover is geïnformeerd en daarvoor toestemming heeft verleend. Deze plicht is wettelijk vastgelegd in de Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO) en heeft als doel om de positie van de patiënt te verduidelijken en te versterken. De wet regelt rechten van de patiënt zoals het recht van de patiënt op informatie, op privacy en op inzage in het medisch dossier en plichten van de hulpverlener. Zie ook <http://wetten.overheid.nl/BWBR0007021/2006-02-01>

coste kan gaan van kwaliteit van zorg. Zij zien in deze aanpak te weinig ruimte voor de professionele verantwoordelijkheid van de arts (zoals plastisch chirurg, endocrinoloog), de psycholoog, de psychiater: het multidisciplinaire team. Dat laatste vindt men belangrijk omdat de cliëntenpopulatie een gevarieerd beeld laat zien. Ik heb het Kwaliteitsinstituut Medisch Specialisten (KIMS) opdracht gegeven om een zorgstandaard somatische transgenderzorg te ontwikkelen. Dat proces vindt plaats met en door partijen. Daar zal bezien moeten worden wat de verdiensten en de risico's van deze aanpak zijn. Zie ook mijn antwoorden op vraag 3 en 5.

#### Vraag 5

In hoeverre kunt u aangeven wanneer de kwaliteitsstandaard somatische transgenderzorg af is? Kunt u aangeven welke partijen worden betrokken bij de uitwerking hiervan? Zo nee, waarom kunt u dit niet?

#### Antwoord 5

De planning van de kwaliteitsstandaard somatische transgenderzorg is april 2018.

Partijen die meewerken aan de kwaliteitsstandaard zijn: Patiëntenorganisatie Transvisie, het Nederlandse Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), de Nederlandse vereniging voor Endocrinologie (NVE), de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC), de Nederlandse Vereniging Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP).

#### Vraag 6

In hoeverre acht u het acceptabel dat de wachtlijsten voor transgenderzorg zodanig oplopen en opstapelen dat het traject van aanmelding tot start van de behandeling met gemak bijna twee jaar beslaat? Kunt u aangeven welke stappen u, ondanks de afwezigheid van Treeknormen, wilt nemen om verkorting van dit traject te stimuleren?

#### Antwoord 6

Om goed in beeld te krijgen aan welke eisen het zorgpad voor transgenders moet voldoen, heeft de Minister van VWS de opdracht verstrekt om een kwaliteitsstandaard somatische transgenderzorg te ontwikkelen, met wachttijden als belangrijk onderdeel. Aan die zorgstandaard wordt met alle partijen, inclusief patiënten- en belangenorganisaties voortvarend gewerkt, zoals recent werd bevestigd tijdens het eerdergenoemde overleg bij VWS op 24 april 2017. Dat de wachttijd van de aanmelding tot het eerste behandelcontact gemakkelijk kan oplopen tot twee jaar herken ik niet uit de informatie die mij bekend is. De gespecialiseerde praktijken voor GGZ-zorg geven desgevraagd aan dat de wachttijd voorafgaand aan de behandeling momenteel oploopt en rond twee maanden is.

Het VUmc publiceert de actuele wachttijden per behandelstap op de website zie

<https://www.vumc.nl/afdelingen-themas/20537829/20546137/actuele-wachttijden.pdf?parent=/afdelingen/zorgcentrum-voor-gender/verwijzers-aanmelden/wachttijden>. Daaruit blijkt dat de wachttijd per april 2017 voor de intake 33 weken is en tussen de intake en de start van diagnostiek 10 weken. Ook het UMCG publiceert actuele wachttijden op de site, zie <https://www.umcg.nl/NL/Zorg/Volwassenen/Wachttijden/Paginas/Genderteam.aspx>. Daaruit blijkt dat de wachttijd voor de intake 31 weken is.

In mijn antwoorden op vraag 1 heb ik een overzicht gegeven van de initiatieven die genomen zijn en genomen worden om het behandeltraject waar mogelijk te bekorten.