

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

3618

Vragen van de leden **Pouw-Verweij** (JA21) en **Omtzigt** (Omtzigt) aan de Minister en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het (on)vermogen van minderjarigen om de gevolgen van genderbehandelingen onder ogen te zien en de noodzaak om als overheid in actie te komen* (ingezonden 27 juni 2023).

Antwoord van Minister **Kuipers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) mede namens de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (ontvangen 12 september 2023). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2022–2023, nr. 3260.

Vraag 1

Kunt u de duidelijk omliggende definitie geven van wat regulier medisch behandelen inhoudt en zo ja, hoe luidt deze?

Antwoord 1

In de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (artikel 2 Wkkgz) is vastgelegd wat goede zorg inhoudt. Goede zorg is zorg die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. Hierbij handelen zorgaanbieders en zorgverleners in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard en de kwaliteitstandaard. Deze professionele standaarden en kwaliteitsstandaarden worden ingevuld door het veld. Artsen en paramedische professionals zijn gehouden te handelen met inachtneming van de professionele standaarden en kwaliteitsstandaarden. Zij richten zich in hun behandeling naar het best beschikbare wetenschappelijke bewijs, gecombineerd met hun klinische expertise, rekening houdend met de verwachtingen en ervaringen van de cliënt. Daar hoort bij dat een cliënt begrijpelijk wordt geïnformeerd over de effectiviteit, aard, duur en neveneffecten van een behandeling. Belangrijk in de verhouding tussen arts en cliënt is dat de arts met de professionele standaard en kwaliteitstandaard een eigen verantwoordelijkheid heeft, die door de wensen van de cliënt niet opzij kunnen worden gezet.

Vraag 2

Welke juridische status heeft deze definitie?

Antwoord 2

Zie het antwoord op vraag 1 en de toelichting hierbij.

Vraag 3

Welke basis heeft de medische diagnose van genderdysforie of genderincongruentie (ervaren spanning tussen biologisch geslacht en de beleving van gender)?

Antwoord 3

Genderdysforie is opgenomen in het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). Dit is het psychiatrisch handboek/classificatiesysteem. Genderdysforie is het gevoel dat het geboortegeslacht niet past bij het gender dat iemand ervaart en wil uiten en het daarmee gepaard gaande lijden. Genderincongruentie is een duidelijke en aanhoudende ongelijkheid tussen het ervaren gender van een persoon en de bij de geboorte toegewezen sekse. Genderincongruentie is op zichzelf geen psychische stoornis. Genderincongruentie is wel opgenomen als aandoening in de International Classification of Diseases (ICD-11). Het Zorginstituut sluit zich aan bij de huidige opvattingen en begrippen (genderincongruentie en genderdysforie). Bij genderincongruentie kan er onder voorwaarden aanspraak worden gemaakt op behandeling vanuit de Zorgverzekeringswet. Als sprake is van een somatische zorgvraag (inclusief de psychologische zorg en ondersteuning die daarbij horen), is de arts niet verplicht om de DSM-5 te gebruiken. Dat betekent dat een diagnose niet verplicht op grond van de DSM-5 moet worden gesteld, om te bepalen of somatische zorg voor transgender personen onder de basisverzekering valt. De diagnose kan daarom ook worden gesteld op basis van ICD 11. In de internationaal erkende «Standards of Care» van de World Professional Association for Transgender Health (WPATH)¹ en in de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch² wordt benoemd wat nodig is om een diagnose te kunnen stellen en over te gaan tot behandeling. Zo staat in de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch dat de diagnose genderincongruentie moet worden gesteld door een gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog.

Vraag 4

Voldoet het medisch behandelen van genderincongruentie bij minderjarigen aan de definitie van regulier medisch behandelen, zoals gegeven in vraag 1?

Antwoord 4

Criteria voor de zorg voor kinderen en jongeren met gendervragen in Nederland zijn inmiddels uitvoerig beschreven in de Kwaliteitstandaard Transgenderzorg Somatisch, die is gebaseerd op internationale richtlijn van de Endocrine Society en de Standards of Care van de WPATH en de Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg³. Eén van de vereiste criteria is dat de evaluatie en behandeling plaatsvinden in een samenwerkingsverband met expertise met structurele multidisciplinaire overleggen. Voorwaarde voor medisch handelen is een brede zorgvuldige evaluatie van jongeren.

Vraag 5

Mogen minderjarigen een medische behandeling krijgen voor genderincongruentie als niet wordt voldaan aan de criteria voor regulier medisch behandelen?

Antwoord 5

Minderjarigen die niet volgens de kwaliteitstandaarden worden geëvalueerd en begeleid mogen geen medische handeling ondergaan. Voor behandelingen van jongeren die jonger zijn dan 16 jaar wordt, indien er na zorgvuldige evaluatie voldaan wordt aan de behandelcriteria, alleen behandeling uitgevoerd na een uitvoerige mondelinge en schriftelijke informed consent procedure, ook van ouders/verzorgers, conform de WGBO. Dit geldt ook voor volwassenen. Voor de behandeling van kinderen en adolescenten zijn goede afspraken gemaakt. Deze beschrijven de eisen aan zorgverleners, voor

¹ Zie de Standards of Care—Eighth Edition (SOC-8): Standards of Care – WPATH World Professional Association for Transgender Health.

² Dit is geen kwaliteitsstandaard in de zin van artikel 1 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg maar een professionele standaard.

³ Dit is geen kwaliteitsstandaard in de zin van artikel 1 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg maar een professionele standaard.

specifieke behandelingen. Ik verwijs hiervoor naar de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch⁴.

Vraag 6

Is het feitelijk juist dat een genderbevestigende behandeling strikt genomen geen regulier medisch noodzakelijk handelen is?

Antwoord 6

Genderbevestigende behandeling bestaat uit behandeling met geslachtshormonen om de gewenste puberteitsverschijnselen te laten ontwikkelen. Zoals in het antwoord op vraag 3 al benoemd is een voorwaarde voor medisch handelen een brede en zorgvuldige evaluatie van jongeren. Indien voldaan wordt aan de geldende criteria dan is de behandeling met geslachtsbevestigende hormonen een noodzakelijke behandeling om jongeren met genderdysforie te behandelen en kan het uitstellen van de behandeling tot de leeftijd van 18 jaar negatieve consequenties hebben. Genderbevestigende behandelingen worden al meer dan 50 jaar in Nederland uitgevoerd; bij volwassenen sinds de jaren 70 van de vorige eeuw na goedkeuring door de Gezondheidsraad, vanaf de jaren 90 ook bij jongeren onder de 18 jaar.

Vraag 7

Kunt u bevestigen dat een medische behandeling van genderincongruentie bij minderjarigen een zeer ingrijpende behandeling is met levenslange gevolgen voor fysiek gezonde kinderen?

Antwoord 7

Hormonale behandeling bij minderjarigen kan bestaan uit puberteitsremming en/of geslachtsbevestigende behandelingen met geslachtshormonen. Zoals beschreven in het antwoord op vraag 6, gaat het dan om minderjarigen voor wie is vastgesteld dat behandeling wel degelijk medisch noodzakelijk is. Puberteitsremming leidt tot onderdrukking van de eigen productie van puberteitshormonen. Na het stoppen van deze behandeling komt de eigen productie weer op gang en daarom beschouwt men deze behandeling als reversibel. Puberteitsremming kan helpen om de mentale gezondheid te verbeteren. Echter, langetermijneffecten van deze behandeling zijn nog niet goed genoeg bekend en de voordelen moeten altijd afgewogen worden tegen de nadelen⁵. Daarom moet, voordat wordt overgegaan tot hormonale behandeling, een zorgvuldige psychologische beoordeling plaatsvinden inclusief aandacht voor de wilsbekwaamheid, naast medische counseling en counseling over vruchtbaarheid. Ook hier moeten de voor- en nadelen, van zowel het wel medisch handelen als óók van het niet medisch handelen, met ouders en de jongeren besproken worden. Behandeling volgt pas na uitgebreide informed consent procedure. Gedurende het gehele behandeltraject wordt de jongere begeleid door een multidisciplinair team. Vandaar dat elke stap in de behandeling nauwkeurig wordt genomen en gedocumenteerd wordt bijgehouden. De follow-up is hierbij gestandaardiseerd ingericht en om de lange termijn uitkomsten in kaart te brengen wordt in de behandelcentra onderzoek verricht.

Vraag 8

Kunt u bevestigen dat de Verenigde Naties (VN) een aanbeveling heeft gedaan om bestuurlijke maatregelen te nemen om alle niet-urgente medische ingrepen bij intersekse kinderen te voorkomen?

Antwoord 8

Ja, de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap heeft uw Kamer mede namens de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hierover op 6 juli 2023⁶ geïnformeerd.

⁴ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch.pdf (richtlijnendatabase.nl).

⁵ Jongeren met genderincongruentie | NTvG.

⁶ Kamerstuk 30 420, nr. 384.

Vraag 9

Klopt het dat de basis voor volledige autonomie (zelfbeschikking) van het kind wankel is, omdat juist de hersengebieden die bij langetermijnplanning zijn betrokken in het puberbrein nog onvoldoende zijn ontwikkeld?

Antwoord 9

De hersenen van jongeren zijn inderdaad in ontwikkeling. In de WGBO wordt daarom ook afhankelijk van de leeftijd de beslissingsbevoegdheid geheel bij ouders gelegd (kind jonger dan 12 jaar), bij het kind en ouders samen (12 t/m 15 jaar) en pas vanaf 16 jaar worden jongeren in staat geacht zelfstandig beslissingen over medische behandelingen te nemen. Natuurlijk verschilt de ontwikkeling per kind. Daarom is in de criteria voor behandeling ook opgenomen dat er een uitgebreide evaluatie en counseling voorafgaand aan een medische behandeling moet plaatsvinden. Hierbij moet beoordeeld worden of de jongere informed consent kan geven voor de betreffende behandeling. In de dagelijkse praktijk op genderpoliklinieken worden ouders ook zo veel mogelijk betrokken bij de behandeling van jongeren van 16 jaar oud (of ouder).

Vraag 10

Kunt u instemmen met de visie dat de uitwerking van de behandeling van genderincongruentie bij minderjarigen een maatschappelijke vraagstuk is dat de bevoegdheid van de medische beroepsgroep overstijgt, zodat de overheid verantwoordelijkheid neemt om te komen tot een brede doordinking van dit vraagstuk?

Antwoord 10

Ik heb met mijn brief van 9 mei 2023⁷ twee onderzoeksrapporten op gebied van transgenderzorg aan uw Kamer gezonden. De twee onderzoeken en mijn reactie hierop geven aan dat de oplossing van de toegenomen zorgvraag niet enkel binnen de zorg gezocht kan of moet worden. Juist een brede gezamenlijke maatschappelijke inzet – van hulp, zorg en ondersteuning tot emancipatie en acceptatie – helpt om ook deze groep structureel een betere plek te geven in onze samenleving. De twee onderzoeken dragen naar mijn mening bij aan een brede doordinking van dit maatschappelijke vraagstuk. Daarnaast vindt er op dit moment een evaluatie plaats van de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch. In de al uitgevoerde oriënterende (literatuur)-search ten behoeve van de evaluatie is ook gekeken naar richtlijnen/ protocollen van andere landen. Deze richtlijnen, zoals onder andere de Standards of Care van de World Professional Association for Transgender Health (WPATH)⁸ en wetenschappelijke literatuur worden meegenomen in de actualiteitsbepaling van de huidige Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch. Het is aan veldpartijen om gezamenlijk, in de professionele standaard en kwaliteitsstandaarden, invulling te geven aan de vraag wat goede zorg is. Daarnaast blijft wetenschappelijk onderzoek en goede monitoring van belang.

Vraag 11

Hoe reflecteert u op het voorstel van de National Health Service (NHS) in het Verenigd Koninkrijk om puberteitsremmers alleen voor te schrijven voor minderjarigen binnen de setting van klinisch onderzoek?⁹

Antwoord 11

De NHS in Engeland heeft een onafhankelijke review laten uitvoeren met als doel de zorg aan kinderen en jongeren met vragen over hun genderidentiteit of genderincongruentie in het Verenigd Koninkrijk te verbeteren. Belangrijkste knelpunten die voortkomen uit het UK report (Cass report¹⁰) zijn:

1. Geen gestandaardiseerd beleid bij beoordeling en follow-up;
2. Aanwijzingen voor gebrek aan routinematige psychologische en psychiatrische evaluatie;

⁷ Kamerstuk 31 016, nr. 352.

⁸ Standards of Care – WPATH World Professional Association for Transgender Health.

⁹ NSH England, 9 juni 2023, (<https://www.england.nhs.uk/commissioning/spec-services/npc-crg/gender-dysphoria-clinical-programme/implementing-advice-from-the-cass-review/>).

¹⁰ Zie <https://cass.independent-review.uk/publications/interim-report/> p. 18 2 Z.

3. Gebrek aan documentatie;
4. Gebrek aan monitoring en kwaliteitscontrole;
5. Gebrek aan informed consent;
6. Grote turn over bij hulpverleners;
7. Onvoldoende rekening houden met co-morbiditeit;
8. Groeiende wachtlijsten.

Er zijn geen aanwijzingen dat bovenstaande knelpunten, met uitzondering van de wachtlijsten, in Nederland aan de hand zijn. Jongeren krijgen in Nederland zorg op maat en elke vervolgstap wordt zorgvuldig afgewogen met het hele team en de betrokkene zelf. Zowel op zorgverleners als op ouders rust hier dus een belangrijke verantwoordelijkheid. In Nederland worden alle kinderen en jongeren begeleid volgens een goed gedocumenteerd zorgpad. Alle stappen in de begeleiding en behandelingen vinden plaats na intensieve psychologische evaluatie waar ook rekening wordt gehouden met psychiatrische comorbiditeit. Hiervoor wordt ook samengewerkt met andere hulpverleners en de GGZ. Alle beslissingen worden in een multidisciplinair team samen besproken. Elke stap in de behandeling wordt nauwkeurig gedocumenteerd en de follow-up is gestandaardiseerd ingericht. Jongeren en ouders worden zowel mondeling als ook schriftelijk uitvoerig ingelicht over de voor- en nadelen van de behandeling. Bij het Amsterdam UMC vindt al jaren langdurige follow-up cohortonderzoek plaats zowel naar de medisch somatische als psychologische uitkomsten bij alle jongeren die daar aangemeld en eventueel medisch behandeld worden¹¹. Voor lange termijn monitoring is een biobank opgezet bij het Radboudumc¹². In Nederland vindt transgenderzorg plaats in de reguliere zorg, maar met een lange onderzoekstraditie die nauw verbonden is met de zorg die in een zorgvuldig multidisciplinair verband aangeboden wordt. Wetenschappelijk onderzoek is en blijft noodzakelijk om meer bewijs over de voor- en nadelen van hormoonbehandeling bij jongeren te verkrijgen. Dit is realiseerbaar doordat hormonale behandeling uitsluitend in gespecialiseerde centra plaatsvindt waar data structureel verzameld worden en wetenschappelijk onderzoek wordt verricht.

Vraag 12

Hoe waardeert u de uitspraak «outside of a research setting, puberty suppressing hormones should not be routinely commissioned for children and adolescents who have gender incongruence/dysphoria»?

Antwoord 12

Tot nu toe komt het meeste onderzoek op de vragen of een medisch genderbevestigend traject op jonge leeftijd veilig is (do no harm), of jongeren op jonge leeftijd zo'n beslissing kunnen nemen (of erop terugkomen, detransition) en of er voldoende evidence voor de effectiviteit van vroeg medisch ingrijpen is, uit Nederland. De vraag die op dit moment toenemend in het buitenland, onder andere in het Verenigd Koninkrijk, gesteld wordt is of deze, over het algemeen positieve, uitkomsten ook geldig zijn in andere landen. In de voorgestelde beleidsaanpassingen in het Verenigd Koninkrijk en Zweden is onder andere het advies dat men de zorg meer gaat academiseren. Transgender jongeren kunnen dan alleen in een onderzoeksdesign medische behandeling krijgen.

In Nederland bestaat er al jaren een sterke onderzoekstraditie rondom genderbevestigende behandeling bij volwassenen en adolescenten, in tegenstelling tot verschillende Europese landen en Noord-Amerika.

Vraag 13

Kunt u aangeven hoe in 2019 werd omgegaan met het voorschrijven van puberteitstemmers bij minderjarigen in Zweden, Finland en het Verenigd Koninkrijk? Kunt u ook aangeven welke wijzigingen in de behandelrichtlijnen zich hebben voorgedaan sinds 2019?

¹¹ Boogers LS, van der Loos MATC, Wiepjes CM, van Trotsenburg ASP, den Heijer M, Hannema SE. Eur J Endocrinol. 2023 Aug 17;lvad116. doi: 10.1093/ajendo/lvad116.

¹² <https://www.radboudumc.nl/expertisecentra/geslacht-en-gender>.

Antwoord 13

Zweden, Finland en het Verenigd Koninkrijk hebben hun aanpak van transgenderzorg gewijzigd of zijn daarmee bezig. De regeringen van die landen hebben ingegrepen door onderzoek naar de voor- en nadelen van de behandeling te laten analyseren. Vanwege onvoldoende aanwijzingen voor de veiligheid en effectiviteit van de behandeling is medische transgenderzorg voor jongeren in Finland en Zweden nu nog alleen bij uitzondering mogelijk. Dat er nog zoveel onduidelijk is over de veiligheid en over het effect van de behandeling is in sommige landen reden om te pleiten voor grote terughoudendheid. Terwijl in Nederland die onduidelijkheid wordt gezien als een stevig maar aanvaardbaar risico, waarbij de overweging wordt gemaakt dat het ontzeggen van zorg aan een grote groep transgender jongeren ook schadelijk is voor de mentale gezondheid¹³. De overheid bemoeit zich niet met de manier waarop zorgverleners zorg verlenen, voor zover het medisch inhoudelijke overwegingen betreft. Het is aan veldpartijen om gezamenlijk, in professionele standaard en kwaliteitsstandaarden, invulling te geven aan de vraag wat goede transgenderzorg is. Er vindt er op dit moment, in opdracht van ZonMw en met subsidie van het Ministerie van VWS, een evaluatie plaats van de bestaande Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch. In de al uitgevoerde oriënterende (literatuur)search ten behoeve van de evaluatie is ook gekeken naar richtlijnen/protocollen van andere landen. Deze richtlijnen, zoals o.a. die van Zweden en de Standards of Care van de World Professional Association for Transgender Health (WPATH)¹⁴ en wetenschappelijke literatuur, worden meegenomen in de actualiteitsbepaling van de huidige Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch.

Vraag 14

Is de trend in het Verenigd Koninkrijk, Zweden en Finland naar inzetten op psychosociale en psychologische ondersteuning van minderjarigen met genderdysforie in plaats van medisch ingrijpen een trend die in Nederland ook navolging zou moeten vinden? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 14

Zie het antwoord op vraag 13. De overheid bemoeit zich niet met de manier waarop zorgverleners zorg verlenen voor zover het medisch inhoudelijke overwegingen betreft. Overigens hebben veel jongeren al psychologische ondersteuning in de periode dat zij op de wachtlijst staan voor een eerste afspraak bij een genderkliniek. Psychologische zorgverlening maakt ook deel uit van de multidisciplinaire aanpak waarbij de verschillende betrokken medische disciplines samenwerken rondom de medische genderbevestigende behandeling.

¹³ Full article: Bell v Tavistock and Portman NHS Foundation Trust [2020] EWHC 3274: Weighing current knowledge and uncertainties in decisions about gender-related treatment for transgender adolescents (tandfonline.com).

¹⁴ Standards of Care – WPATH World Professional Association for Transgender Health.