

Vergaderjaar 2023–2024

31 016

Ziekenhuiszorg

Nr. 365

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 5 december 2023

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 9 mei 2023 over Twee onderzoeksrapporten op gebied van transgenderzorg (Kamerstuk 31 016, nr. 352).

De vragen en opmerkingen zijn op 23 juni 2023 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 4 december 2023 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Smals

Adjunct-griffier van de commissie,
Bakker

Inhoudsopgave	blz.
I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	2
Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	3
Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie	5
Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	6
Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks- en PvdA-fracties	6
Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie	7
Vragen en opmerkingen van de leden van de JA21-fractie	9
Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie	11
Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie	15
II. Reactie van de Minister	15

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief en de twee onderzoeksrapporten op het gebied van transgenderzorg. Zij danken de Minister voor de brief en hebben nog enkele vragen. Allereerst vragen deze leden in hoeverre de Minister wil inzetten op meer wetenschappelijk onderzoek om kennis en expertise op te doen over genderdysforie en het voorkomen ervan, en hoe behandeling en maatschappelijke ontwikkelingen daaruit voortvloeien. Is de Minister voornemens om gezamenlijk met Europese collega's te werken aan verdere kennis- en expertiseontwikkeling?

Zij lezen dat sprake is van een sterke stijging van de vraag naar transgenderzorg in Nederland. Het gevolg is, ondanks uitbreiding van het zorgaanbod, lange wachtlijsten. Kan de Minister inzicht geven in het totale zorgaanbod en de verdeling hiervan over het land? En kan de Minister tevens inzicht geven in de zorgvraag en de verdeling daarvan? Welke factoren blijken van invloed op de vraag en in hoeverre is voorspelbaar hoe de behoefte aan transgenderzorg zich de komende jaren zal ontwikkelen? Kan de Minister daar inzicht en cijfers in geven?

Genoemde leden lezen in het rapport «Mijn gender, wiens zorg?» dat momenteel ook de psychosociale problemen die hun oorsprong hebben in de samenleving worden opgepakt in de medische context. Deze leden maken zich al langer zorgen over de manier waarop de zorg nu snel naar medisch-specialistisch beweegt en of er niet te snel naar oplossingen in het medische veld gezocht wordt. In hoeverre denkt de Minister dat het (te snel) medicaliseren bijdraagt aan de toename van wachtlijsten? Wat is de Minister van plan te doen met de aanbevelingen uit het genoemde rapport? In hoeverre gaat hij betrokken professionals vragen om een bredere zorgrichtlijn te ontwikkelen?

Daarnaast zijn de leden van de VVD-fractie benieuwd naar welke onderzoeken zijn gedaan naar de korte- en langetermijneffecten van (medische) behandelingen en welke resultaten de onderzoeken hebben opgeleverd. In hoeverre zijn neveneffecten van chirurgische en hormonale behandelingen tijdens de puberteits- en jonge adolescentiefase veilig te noemen? En in hoeverre effectief? Op welke wetenschappelijke criteria is dat meetbaar en onderzocht? Hoe wordt in de Nederlandse expertisecentra gereageerd op de plannen van de National Health Service (NHS) in

Engeland voor een strengere controle op de behandeling van jongeren onder de achttien jaar die hun geslacht in twijfel trekken, inclusief een verbod op het voorschrijven van puberteitsremmers buiten strenge klinische onderzoeken?

Deze leden lezen in de brief van de Minister dat inmiddels 200 huisartsen zijn geschoold middels een webinar. Wat was de doelstelling van deze scholing en is deze behaald? Zo nee, wat doet de Minister om de scholing en betrokkenheid van eerstelijnsprofessionals te vergroten?

De onderzoeken tonen nadrukkelijk een belangrijke maatschappelijke rol voor wat betreft acceptatie van genderdiversiteit, zo lezen de leden van de VVD-fractie. Deze leden herkennen deze oproep en vinden het belangrijk dat ook buiten de zorg naar oplossingen voor de toegenomen zorgvraag wordt gezocht. Zijn cijfers bekend over het aantal jongeren dat zich meldt bij genderpoli's waarbij de gendervraag niet zozeer de hoofdzaak is? Ook zijn deze leden benieuwd naar het aantal trajecten dat tussentijds wordt stopgezet omdat blijkt dat de cliënt met andere problematiek te maken heeft die om heel andere vormen van behandeling vraagt.

De leden van de VVD-fractie lezen in de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor 2023 dat voor transgenderzorg € 2,8 miljoen beschikbaar wordt gesteld voor transvrouwen ten behoeve van een borstvergroting. Welke financiële middelen en hoeveel zijn begroot ten behoeve van transgenderzorg vanuit breed maatschappelijk perspectief? Ook lezen deze leden dat de Minister bereid is financiële middelen beschikbaar te stellen voor het vormen van een coördinerend gremium. Uit welke middelen zal dit dan worden gefinancierd? Wat zijn de criteria van een dergelijk gremium? Wat heeft de Minister daarbij voor ogen?

Tot slot lezen genoemde leden dat de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch aangepast en aangevuld dient te worden, alvorens deze opgenomen wordt in het Register van het Zorginstituut Nederland, een digitaal overzicht van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten dat voor iedereen toegankelijk en kosteloos te gebruiken is. Het herzien of uitbreiden van een kwaliteitsstandaard kan jaren in beslag nemen, en de ontwikkelingen in de transgenderzorg zijn op dit moment groot. Wat is de inschatting van de Minister op welke termijn de nieuwe kwaliteitsstandaard klaar is en welke partijen zijn betrokken bij de doorontwikkeling van de kwaliteitsstandaard? Hoe blijven brede perspectieven betrokken bij de doorontwikkeling van de kwaliteitsstandaard en wordt voorkomen dat deze middels een te eenzijdig perspectief ontwikkeld wordt?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse de brief van de Minister gelezen over zorg voor transgenderpersonen. Deze leden vinden het belangrijk dat iedereen in Nederland zich vrij voelt om te zijn wie hij/zij/hen wil zijn. Dit vraagt om inzet op maatschappelijke acceptatie en voor wie hier behoefte aan heeft toegang tot passende zorg. Daartoe hebben deze leden nog enkele vragen. Zij constateren dat de vraag naar transgenderzorg de komende jaren verder zal stijgen. Deze leden lezen dat het knelpunt voor de wachtlijsten in de psychologische transgenderzorg zit. In de psychologische transgenderzorg vindt ook de diagnosestelling en de indicatie voor de somatische zorg plaats. Eerder hebben deze leden opgeroepen om het uitgebreide psychologische onderzoek te vervangen door een triage. Hiermee kunnen cliënten bij wie sprake is van psychiatrische problematiek verwezen worden naar gespecialiseerde begeleiding, en kunnen andere cliënten doorstromen naar somatische zorg. Kan de

Minister aangeven of een triage in zijn ogen bijdraagt aan het verbeteren van toegankelijke en passende zorg? Zo nee, waarom niet? Zo ja, welke plannen heeft de Minister om een dergelijke triage in de praktijk te brengen?

Voorts vragen deze leden of de Minister kan toelichten op welke wijze in andere landen personen met een vraag tot (somatische) transgenderzorg worden doorverwezen. Kan de Minister hierin specifiek stilstaan bij de Verenigde Staten, Canada en Spanje waar een dergelijke triage al van kracht is?

De leden van de D66-fractie lezen in het rapport «Mijn gender, wiens zorg» dat er een mismatch is tussen de vraag naar en de inrichting van de transgenderzorg. De huidige inrichting, met een sterke nadruk op de specialistische medische zorg, sluit niet aan bij de hulp behoefte van een deel van de zorgbehoevenden. De onderzoekers benadrukken het belang van het depathologiseren van transgender personen. Zij bevelen aan om de transgenderzorg op meerdere plekken in het zorgsysteem te beleggen, zoals in de reguliere geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en bij huisartsen. Hoe verhoudt deze aanbeveling zich tot de ambitie om één gremium op te richten dat regie moet voeren op het aanbieden van transgenderzorg? Welke andere manieren ziet de Minister om de transgenderzorg verder te depathologiseren? Welke lichtere vormen van zorg zouden kunnen worden ingezet om instroom op de wachtlijsten van de somatische zorg te voorkomen?

Genoemde leden lezen dat de Minister in gesprek is geweest met zorgverzekeraars over poliklinieken om transgender personen tijdens het wachten te ondersteunen conform de motie van de leden Sylvana Simons en Paulusma¹ (Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 106). Deze leden lezen dat Zorgverzekeraars Nederland het als zijn verantwoordelijkheid ziet om hier een faciliterende rol in te vervullen. Deze leden vragen of de Minister deze faciliterende rol kan toelichten. Deze leden zijn niet overtuigd dat dergelijke poliklinieken binnen aanzienlijke tijd worden geopend. Hoe ziet de Minister dit? Welke (andere) mogelijkheden ziet de Minister om transgender personen te ondersteunen tijdens het wachten op zorg?

De leden van de D66-fractie lezen in beide rapporten dat de onderzoekers aanbevelen om inhaalcapaciteit te organiseren om de huidige wachtlijsten op te lossen. Het rapport van Strategies in Regulated Markets (SiRM) concludeert dat minstens een opschaling van tien procent nodig is om binnen tien jaar de wachtlijsten weg te werken. Deze leden lezen in de brief van de Minister niet terug of hij ook voornemens is om deze inhaalcapaciteit te organiseren. Welke acties zet de Minister in om de inhaalcapaciteit te organiseren?

Tot slot, de leden van de D66-fractie maken zich zorgen over een groeiende beweging die oproept tot het inperken van transgenderzorg. Deze leden zien dat de verharde maatschappelijke discussie een negatieve impact kan hebben op de acceptatie van transgender personen. Zij maken zich zorgen over de stagnerende cijfers over de acceptatie van lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuelen, transgenders en intersekse (LHBTI)-personen. Dit heeft weer negatieve effecten voor de psychische gezondheid van transgender personen. Deze leden benadrukken dan ook het belang van de in de brief genoemde maatregelen om de emancipatie van transgender personen te bevorderen. Zij zien de waarde van het tweesporenbeleid dat de Minister noemt in de brief. Een hogere maatschappelijke acceptatie kan bijdragen aan het terugdringen van de

¹ Kamerstuk 31 016, nr. 352

wachtlijsten. Tegelijkertijd concluderen zij dat ook aan de kant van het zorgaanbod en de wijze waarop transgenderpersonen met een zorgbehoefte geholpen kunnen worden verbeteringen nodig zijn om de huidige wachtlijsten terug te dringen. Hiervoor legt de Minister een grote rol bij het nog op te richten coördinerend gremium. Deze leden vragen de Minister op welke termijn dit gremium opgericht zal zijn en aan de slag kan gaan.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister over twee onderzoeksrapporten op het gebied van transgenderzorg. Deze leden hebben respect voor transgenders, maar hebben nog wel vragen en opmerkingen bij de rapporten. Zij zien dat de onderzoeksrapporten ervan uitgaan dat de vraag naar transgenderzorg zal stijgen. Echter, beide onderzoeksrapporten zijn niet volledig en cijfermatige onderbouwing ontbreekt. Zo wordt gesproken over schattingen en scenario's. Waar baseert de Minister de aanname van toename op? Deze leden gaan ervan uit dat het aantal transgenders in een samenleving stabiel is. Zij willen weten of er nog meer onderzoek zal plaatsvinden en/of welke internationale onderzoeken er lopen en of die mogelijk nog betrokken worden bij het tweesporenbeleid van de Minister. Deze leden maken zich zorgen over deze stijging zowel ten aanzien van het zorgaanbod als ten aanzien van de toename van het aantal pubermeisjes (die veel later dan de kinderen die van kleins af aan genderdysforie duidelijk maken), zich een jongen voelen. Erkent de Minister ook het belang van actuele cijfers, achterliggende data en duiding van de situatie? Is de Minister het met deze leden eens dat het eerst onderzocht moet zijn waarom de vraag naar transgenderzorg stijgt voordat het medische zorgaanbod uitgebreid wordt, omdat veel onderdelen van genderzorg onomkeerbaar zijn? Welk onderzoek wordt en is gedaan naar verschillen tussen de twee groepen kinderen met genderdysforie, de groep die het van kleins af aan duidelijk maakt en de groep bij wie het zich manifesteert in de puberteit? Hoeveel spijtoptanten bevinden zich in de eerste respectievelijk tweede groep? Is onderzocht wat de invloed is van social media op gevoelens van genderdysforie? Hoe vaak manifesteren zich psychische aandoeningen bij respectievelijk de eerste en tweede groep? Welke psychische aandoeningen manifesteren zich bij de eerste, respectievelijk de tweede groep?

De leden van de PVV-fractie vragen wat de samenhang is van het tweesporenbeleid dat de Minister aankondigt: het aanbod van medisch specialistische transgenderzorg enerzijds en anderzijds de acceptatie van genderdiversiteit in de maatschappij. Is bijvoorbeeld rekening gehouden met de discussie die in meerdere Europese landen gaande is ten aanzien van de wetenschappelijke basis voor medisch ingrijpen bij minderjarigen die onvrede met het eigen geslacht hebben? Zo is Noorwegen intussen het vierde land in Europa dat geslachtsveranderende operaties, hormonen en puberteitsblokkers voor kinderen beperkt of verbiedt. Wat is de reactie van de Minister hierop? Ziet de Minister ruimte voor deze discussie in het kabinet? Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe gaat hij dit vormgeven? Welke landen namen aanvankelijk de Dutch approach over? Welke landen zijn er intussen mee gestopt? Welke redenen geven ze hiervoor aan? Waarom combineert de Minister genderzorg en maatschappelijke acceptatie? Is het tweede niet het portefeuillegebied van de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, daar het niet-medisch ingegeven is?

De leden van de PVV-fractie vragen hoe de vergoeding van transgenderzorg geregeld is. Welke criteria worden daarvoor gehanteerd? Welke genderzorg aan medisch gezien gezonde lichamen valt wel en niet binnen

het basispakket? Kan de Minister daarbij aangeven wat de criteria zijn voor het vergoeden van pruiken na een kankerbehandeling, het rechtzetten van flaporen of een haakneus, een ooglidcorrectie, het verwijderen van siliconen implantaten, een borstvergroterende of een borstverkleinende operatie? Hoeveel financiële middelen stelt de Minister beschikbaar voor het gremium en het landelijk onderzoeksnetwerk transgenderzorg? Kan de Minister aangeven welke zorg (hoeveel specialismen) met een geslachtsbevestigende of geslachtsveranderende operatie gemoeid is? Wat kost een geheel traject van geslachtsverandering? Welke Diagnose Behandelingcombinaties (DBC's) hebben betrekking op genderzorg? Wat kosten deze? Hoeveel patiënten volgden in de jaren 2010 tot 2022 een geslachtsveranderend traject? Kan de Minister dit aangeven in een tabel? Hoeveel terugveranderende trajecten vonden plaats in de jaren 2010 tot 2022? Welk deel van de patiënten die in de jaren 2010–2022 een geslachtsveranderend traject volgden, had niet de Nederlandse nationaliteit? Is er in de psychische ondersteuning in de genderzorg een afwegingsmoment geregeld (go/no go) om te besluiten wel of niet over te gaan tot een geslachtsveranderend traject, omdat dat een zwaar traject is met levenslang gebruik van hormonen en onomkeerbare operaties? Is er ruimte voor acceptatie van het geboren zijn in een «verkeerd» lichaam en het niet in traject gaan? Graag ontvangen genoemde leden een reactie.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister over de twee onderzoeksrapporten op gebied van transgenderzorg en de onderhavige stukken. Zij hebben nog een aantal vragen en opmerkingen hierover. De genoemde leden lezen in het onderzoeksrapport *Mijn gender, wiens zorg?* dat de uitkomsten vragen om onder andere een investering in een kennis- en expertise impuls op het gebied van genderdiversiteit in de reguliere zorg. In de brief wordt aangehaald dat er op dit moment voor de huisartsenzorg scholing in de vorm van webinars beschikbaar zijn. Hoewel deze webinars positief worden ontvangen, bereiken deze niet alle huisartsen.

Daarnaast stelt het onderzoeksrapport dat de kennis niet alleen vergroot moet worden bij de huisartsenzorg, maar ook bij de GGZ en de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en). Welke maatregelen gaat de Minister op korte termijn nemen om de kennis in de reguliere zorg over dit onderwerp te vergroten? Daarnaast lezen genoemde leden dat wordt aanbevolen om de kennis over genderdiversiteit in het reguliere programma van bachelor, master en post master-opleidingen in de zorg te integreren. Kan de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap aangeven in hoeverre dit al gedaan wordt bij deze opleidingen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks- en PvdA-fracties

De leden van de GroenLinks en PvdA-fracties hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de Minister. Berichten over toenemende vraag naar transgenderzorg doen veel stof opwaaien. Aan de ene kant bij personen die deze zorg nodig hebben, omdat wachtlijsten oplopen, maar aan de andere kant wordt het ook aangegrepen voor het in diskrediet brengen van transgenderzorg en transgender personen. Daarom is het goed dat er nu onderzoek is gedaan naar de achterliggende redenen van de toename van de vraag naar transgenderzorg in Nederland. Het is nu duidelijk dat er weliswaar meer veilige ruimte is ontstaan waarin genderexpressie tot uiting kan komen – een positieve ontwikkeling – zonder dat er bewijs is om aan te nemen dat dit leidt tot een stijging van

het aantal transgender personen. Naar aanleiding van de brief hebben genoemde leden nog een aantal vragen.

De Minister geeft in de brief aan dat hij het belangrijk vindt dat de wachttijden voor transgenderzorg dalen. Dit onderschrijven deze leden van harte. Juist bij transgenderzorg kan uitstel van zorg gevolgen hebben voor de behandeling, zowel voor de fysieke aspecten daarvan, als de psychologische schade die het veroorzaakt. Eerder heeft de Kamer de motie van de leden Sylvana Simons en Paulusma aangenomen waarin de regering wordt opgeroepen om in gesprek te gaan met betrokken partijen om te onderzoeken hoe het Rijk de doorontwikkeling en uitbereiding van genderpoliklinieken kan ondersteunen en uitbreiden. De reactie die de Minister daarop in zijn brief geeft, vinden genoemde leden onvoldoende. Is de Minister van mening dat zorgverzekeraars op dit moment voldoen aan hun zorgplicht op het gebied van transgenderzorg? Welke mogelijkheden heeft de Minister om zorgverzekeraars te dwingen om het aanbod van transgenderzorg te vergroten? Als hij daar niet op kan handhaven, wat heeft de wettelijke zorgplicht dan voor status? Wat gaat de Minister doen om op korte termijn de lange wachtlijsten weg te werken en op lange termijn te voorzien in de toenemende vraag naar transgenderzorg, zodat dit soort wachtlijsten in de toekomst worden voorkomen?

De Minister geeft terecht aan dat er niet alleen inzet vereist is voor de kwaliteit en toegankelijkheid van transgenderzorg, maar ook voor de maatschappelijke acceptatie van transgender personen. Het is goed dat het kabinet zich inzet voor sociale veiligheid en burgerschapsvorming in het onderwijs voor transgender en non-binaire mensen. Ook is het goed – en terecht – dat het kabinet excuses heeft gemaakt voor de Wet Wijziging Geslacht die tot 2014 van kracht was. Is de Minister het met de leden eens dat invoering van de Transgenderwet positief zou bijdragen aan de acceptatie van transgender personen in de samenleving? Vindt de Minister dat deze wet aangenomen zou moeten worden ter bevordering van de acceptatie van transgender personen, waartoe de UN Women ook oproept? Zo nee, waarom niet?

Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie maken van de gelegenheid gebruik om enkele vragen te stellen bij de twee rapporten over transgenderzorg en de kabinetsreactie hierop. Ten aanzien van het rapport van SiRM lezen deze leden dat in de diverse scenario's het effect van diverse maatschappelijke ontwikkelingen op de zorg is geprognosticeerd. Uit de bijlage wordt voor deze leden niet helder hoe deze ontwikkelingen gekozen en gewogen zijn. Kan de Minister dat toelichten? Is er een scenario dat de voorkeur van de Minister heeft? Is een scenario te realiseren door bepaalde beleidsinzet of zijn de maatschappelijke trends wat de Minister betreft autonoom in hun ontwikkeling?

Ten aanzien van het onderzoek «Mijn gender, wiens zorg?» van de Radboud Universiteit vragen de leden van de ChristenUnie-fractie of het klopt dat de meest recente data waarop de zorgvraaganalyse is gebaseerd dateert van 2015 of 2016. Deze leden wijzen erop dat de toename van de vraag de laatste jaren en de bijbehorende andere samenstelling van de zorgvragenden niet is meegenomen in dit onderzoek. Het onderzoek benoemt zelf dat onder jongere zorgvragenden de demografie verandert, namelijk dat er een groter aantal aanmeldingen is van transgender en nonbinaire personen die bij geboorte het geslacht van vrouw kregen toegekend. Deze leden wijzen er ook op dat recente onderzoeken aanwijzen dat drie keer zoveel kinderen die geboren zijn als meisje zich melden bij genderklinieken ten opzichte van kinderen die geboren zijn als

jongen. Is de Minister met deze leden eens dat deze recente ontwikkelingen in de zorgvraag meegenomen moeten worden om een adequate analyse te kunnen maken van de toename van de vraag en passende zorg? Welke mogelijkheden ziet de Minister om hier alsnog beter zicht op te krijgen? Wat zegt het gebrek aan recente data over de zeggingskracht van het onderzoek van de Radboud Universiteit wat de Minister betreft? Ziet de Minister dezelfde ontwikkeling in omliggende landen?

Bovendien vragen deze leden of er ook is gesproken met jongeren onder de zestien jaar. Ook vragen de leden van de ChristenUnie-fractie op welke manier in het onderzoek is meegenomen dat genderdysforie vaak samen gaat met andere problematiek zoals autisme en ADHD. Dit vraagt om een zorgvuldige behandeling wat deze leden betreft. Welke bescherming is nodig voor deze kwetsbare groep? Vindt de Minister dit voldoende onderwerp van deze studie? Deze leden vragen

de Minister of het onderzoek met deze (mogelijke) omissies en gebreken wel antwoord geeft op de vraag die oorspronkelijk is gesteld, namelijk waar de sterke toename van de afgelopen jaren vandaan komt en hoe zich deze verder gaat ontwikkelen. Hoe kijkt de Minister hiernaar?

Ten aanzien van de kabinetsreactie op de beide rapporten hebben de leden van de ChristenUniefractie enkele vragen. Zij maken zich allereerst zorgen dat de nieuwe standaard voor transgenderzorg met twee jaar is uitgesteld en vragen de Minister wat de gevolgen voor de kwaliteit van transgenderzorg betekent. Deze leden vinden het zorgelijk dat er tot die tijd gewerkt wordt aan de hand van een standaard waarvan de Minister ook aangeeft dat deze al verouderd is en niet aan de criteria voldoet die moeten gelden voor een kwaliteitsstandaard in de zorg. Ziet de Minister mogelijkheden om alsnog snel met een nieuwe standaard te komen, die in ieder geval aansluit bij de meest recente medische inzichten?

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen dat de Minister huisartsen aanmoedigt om een webinar te volgen over transgenderzorg in de huisartsenpraktijk. Welke extra handelingen mogen huisartsen verrichten als zij deze webinar hebben gevolgd? Waarin worden huisartsen opgeleid met deze webinar? Deze leden vragen hoe goed huisartsen met een webinar opgeleid kunnen worden op een zo complex onderwerp dat zoveel zorg- en levensdomeinen raakt.

Genoemde leden zien in de beide onderzoeken en in de reactie van de Minister terug dat genderdiversiteit een maatschappelijke en een medische component heeft. Deze leden kunnen zich vinden in de constatering dat niet alle vragen rond genderdiversiteit op te lossen zijn in de specialistische zorg. Goede begeleiding, ondersteuning, herkenning en erkenning van genderdiversiteit buiten de medische zorg vinden deze leden ook van groot belang.

De leden van de ChristenUnie-fractie zien dat in Finland, Zweden en Groot-Brittannië het beleid is aangepast nadat overheidscommissies kritische conclusies hadden getrokken over de hormonale behandeling van jongeren. Voor de veiligheid en de effectiviteit van de puberteitsremmers bestaat volgens buitenlandse deskundigen aldaar bij nader inzien onvoldoende bewijs. Ook in Frankrijk en België is een debat ontstaan over het gebruik van die medicatie bij jongeren. Deze leden vragen de Minister te reflecteren op deze ontwikkeling en welke implicaties dat heeft voor het Nederlandse beleid.

Vragen en opmerkingen van de leden van de JA21-fractie

De leden van de JA21-fractie hebben kennisgenomen van twee rapporten over transgenderzorg. Zij verwonderen zich over de vermenging van wetenschappelijke inzichten, maatschappelijke wensen en politieke doelen. Zij stellen de volgende vragen naar aanleiding van achtereenvolgens de aanbiedingsbrief van de Minister, het onderzoeksrapport «Mijn gender, wiens zorg?» van Radboud Universiteit en het onderzoeksrapport van SiRM «Onzekerheid over vraag transgenderzorg, inhaalcapaciteit zeker nodig».

De Minister constateert in zijn aanbiedingsbrief: «Een belangrijke boodschap uit de rapporten is dat er een noodzaak is tot een brede maatschappelijke acceptatie van genderdiversiteit. De huidige tekortkomingen in deze acceptatie liggen grotendeels ten grondslag aan de toegenomen zorgvraag, aangezien de zorg heden de enige plek is waar transgender personen terecht kunnen». Genoemde leden verzoeken om nog eens dieper te reflecteren op de vergelijking die hier wordt gemaakt. Want eenvoudig geformuleerd, zegt de Minister: de medische route is nodig omdat de sociaalmaatschappelijke weg nog te veel obstakels kent. Het is een begrijpelijke overweging. Tegelijk voelt het wat onzuiver aan dat vragen over genderidentiteit als medisch worden gekwalificeerd op grond van de constatering dat de samenleving genderdiversiteit niet accepteert. Je kunt je bovendien afvragen of kwetsbare jongeren gebaat zijn bij een uitgebreid medisch traject met alle bijpassende risico's, terwijl een gebrek aan maatschappelijke acceptatie het eigenlijke probleem zou zijn. Daarbij vragen deze leden de Minister of het is toegestaan dat de diversiteit in de samenleving aan inzichten en meningen over genderdiversiteit mag blijven bestaan.

Het onderzoeksrapport «Mijn gender, wiens zorg?» van de Radboud Universiteit meldt dat trans personen zichtbaarder zijn geworden, maar dat onbekend is of er een toename is van het aantal transgender personen. Het kan toch haast niet anders of er bestaat mede een onmiskenbaar verband tussen de grotere zichtbaarheid en de stijging van het aantal zogenoemde trans personen?

De leden van de JA21-fractie vragen waarom een heldere onderzoeksvraag over de toename van het aantal trans personen strandt bij de constatering over hun grotere zichtbaarheid. Op deze manier krijgt een objectieve kwantitatieve vraag over de ene grootheid (toename) na een uitgebreide exploratie van studies in hoofdstuk 3 een subjectieverend kwalitatief antwoord over de andere grootheid (acceptatie). Het verschijnsel sociale beïnvloeding, ook wel social contagency genoemd, verdient wat deze leden betreft wetenschappelijke aandacht. Wat de zichtbaarheid betreft, signaleren genoemde leden verder dat meisjes veruit in de meerderheid zijn. Zij overtreffen de jongens met een factor drie als het gaat om problemen en stoornissen rond identiteit en gender. Waarom besteedt het rapport geen enkele aandacht aan deze opvallende factor? Waarom is er bovendien geen aandacht voor recente ontwikkelingen in het buitenland waar op grond van nieuwe wetenschappelijke inzichten de genderbehandelingen voor minderjarigen een halt wordt toegeroepen?

Deze leden vragen bij de onderzoeksvraag over de toegenomen vraag naar transgenderzorg waarom uitsluitend wordt gewezen op de geringe acceptatie in de sociaal-maatschappelijke omgeving. Nederland is koploper als het aankomt op LHBTIQ+ rechten. Het homohuwelijk is hier al heel lang legaal, transitie was mogelijk al ver voordat het elders kon – en kan. Hoe komen de onderzoekers erbij, vragen deze leden, dat het

draagvlak voor trans personen zo laag is? Is dat werkelijk zo? Wat kunnen we hier verder van verwachten? Als Nederland, als zeer ruimdenkend en historisch vriendelijke land van alternatieve relaties en hoogst individuele expressie van de eigen persoonlijkheid al niet voldoet, waar willen we dan de lat leggen? In het verlengde van deze vraag willen deze leden weten waarom een veelheid aan psychische problemen in hoofdstuk 4, dat een waaier aan theorieën bespreekt, uiteindelijk wordt gereduceerd tot de sociologische kwalificatie minderheidsstress. Deze leden vragen ook waarom het rapport «de tegenbeweging» afschildert als een stelletje achterlijke zielen en rabiate zeloten tot wie de geest van moderniteit nog niet is doorgedrongen. Zij vragen hoe het maatschappelijk en politiek debat is gediend met wetenschappelijke rapporten waarin duidelijke ideologische voorkeuren prevaleren boven een onbevangen benadering van vraagstukken.

Het rapport «Mijn gender, wiens zorg?» schetst een toekomstvisie waarin genderdiversiteit niet langer als een afwijking wordt gezien. Daarbij past de tendens om van genderincongruentie te spreken in plaats van genderdysforie. Het rapport beschrijft uitgebreid de achtergrond van de wens om in plaats van over een medische stoornis, die oorspronkelijk als stoornis in de seksuele identiteit werd geclassificeerd, te spreken over een afwijking van wat als sociale norm wordt ervaren. De leden van de JA21-fractie vragen of het vervangen van de term dysforie door incongruentie plaatsvindt op basis van weloverwogen en in wetenschappelijk breed geaccepteerde medische criteria, of aan de hand van een doelbeoordeling die mede is ingegeven door het politieke streven naar depathologisering en demedicalisering. Zij vragen wat het spanningsveld of genderdysforie een medische aandoening is waarvoor medische zorg nodig is of een onder de naam genderincongruentie te benoemen sociaal verschijnsel waarvoor acceptatie de oplossing is betekent voor de beleidsadviezen. Dit ook gelet op de drie paradoxen het rapport benoemt.

De leden van de fractie van JA21 willen ten aanzien van het onderzoeksrapport van SiRM «Onzekerheid over vraag transgenderzorg, inhaalcapaciteit zeker nodig» weten of de veronderstelling juist is dat het onderzoek naar transgenderzorg en de beredeneerde inhaalcapaciteit puur kwantitatief is ingestoken. Zij zijn benieuwd of de zorgvraag ook inhoudelijk onderzoek rechtvaardigt. Is de vraag naar somatische transgenderzorg, willen deze leden weten, het sluitstuk van een medische consultatie waarin vanuit meer invalshoeken naar de zorgvraag is gekeken dan alleen het aspect gender en waarbij aansluitend breder is gekeken dan alleen naar de mogelijkheid van somatische transgenderzorg als enig passend antwoord op de zorgvraag? Wat betekent de onzekerheid over de afweging tussen de pathologische en medische route enerzijds en anderzijds het sociaal-maatschappelijke pad voor de ontwikkeling van transgenderzorg? Want onzekerheid over ontwikkelingen heeft toch rechtstreeks invloed op het vermogen om een bij benadering correcte inschatting over de zorgvraag te kunnen maken? Ook met het oog op de constatering in Hoofdstuk 3 dat het aantal trans personen en de vraag naar transgenderzorg in 2027 sterk onduidelijk zijn, hebben genoemde leden twijfels bij de voorspellende waarde van de indicatie van de inschatting van de te maken inhaalslag, voorbij de korte termijn. Is het mogelijk om de vier scenario's uit paragraaf 3.2 te rangschikken op een schaal van pathologische, medische en sociaal-maatschappelijke aanvaarding? Deze leden zijn overigens in verwarring over de waarde van de scenario's, als wordt geconstateerd dat ze elkaar niet uitsluiten, deels overlappen en komende jaren in elkaar kunnen gaan overlopen. Het zou prettig zijn om daarover nader uitleg te krijgen.

Genoemde leden constateren dat hormoon- en chirurgische behandelingen voor elke transitie duizenden euro's kosten, afhankelijk van de verrichte ingrepen. Deze leden zijn benieuwd hoeveel geld in de Nederlandse gezondheidszorg jaarlijks opgaat aan genderbehandelingen. Dit gelet op de noodzaak om de stijgende zorgkosten in te dammen, prioriteiten te stellen en keuzes te maken in wat wel en wat niet wordt vergoed. Verder willen deze leden weten hoeveel procent van de door verzekeraars vergoede zorg wordt besteed aan genderbehandelingen. Klopt het, met verwijzing naar paragraaf 2.2.2, dat ongeveer 20 procent van de behandelingen een volledige transitie betreft en dat 80 procent een deeltransitie is? Deze vraag in de eerste plaats in het licht van de constatering dat de financiële vergoedingen voor transgenderzorg een rol spelen in de zorgvraag. In de tweede plaats zijn deze leden benieuwd naar een reflectie op de vraag of de acceptatie van gender en strikte eerbiediging van persoonlijke keuzes met zich brengt dat geslacht een facultatief gegeven wordt waaraan iedereen naar believen, (deels) te bekostigen via de zorgverzekering kan laten sleutelen, al naar gelang het gevoel over de eigen gewenste identiteit ینگeeft. De leden van de JA21-fractie vragen voorts of er een trend of trends in chirurgische behandelingen valt of vallen te ontwaren.

Deze leden willen weten waarom het rapport meegaat met de ideologische misvatting als zou mannelijk of vrouwelijk geslacht bij geboorte slechts een registratie betreffen, in plaats van een biologische feitelijke werkelijkheid.

Voor wat betreft de deelnemers aan de klankbordgroepen, wekt het overzicht de indruk dat deze eenzijdig zijn samengesteld uit de hoek van transgender behandelaars. Nu ligt het zeker voor de hand om deze expertise te benutten. Anderzijds zouden de grote onzekerheden rond allerlei ontwikkelingen hebben kunnen leiden tot een bredere raadpleging. Genoemde leden vragen of het nuttig kan zijn de vraag naar transgenderzorg vanuit een bredere medische invalshoek te funderen dan in het rapport is gedaan.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de twee onderzoeken over transgenderzorg en de bijgaande Kamerbrief. Zij hebben zowel over de onderzoeken als over de reactie van de Minister hierop de nodige vragen. Deze leden juichen het toe dat onderzoek wordt gedaan naar de snel toegenomen vraag naar transgenderzorg. Zij maken zich grote zorgen over de forse stijging en vinden het belangrijk dat hiervoor goed onderbouwde wetenschappelijke verklaringen komen. Vanuit dat perspectief zijn deze leden teleurgesteld over de uitkomsten van de onderzoeken. De onderzoekers komen niet met een duidelijke verklaring. De enige zekerheid die het SiRM-onderzoek biedt is dat de zorgcapaciteit verder zou moeten worden uitgebreid. De onderzoekers van de Radboud Universiteit wijden uit over theorieën over «morele paniek» en «minderheidsstress», maar een grondige analyse van recente data van medische dossiers en recente veranderingen in de demografie van de patiëntenpopulatie ontbreekt. Minderjarigen tot zestien jaar zijn niet in de Radboud-onderzoek betrokken. Aanvullend en verdiepend onderzoek, in het bijzonder naar minderjarigen, is daarom absoluut nodig. De leden van de SGP-fractie vragen de Minister dit te initiëren.

De leden van de SGP-fractie constateren dat de scenario's die SiRM schetst significante onzekerheden bevatten die van grote invloed zijn op de uitkomsten van het model. De onderzoekers geven aan dat op dit moment circa 7.000 mensen wachten op een indicatiestelling voor

somatische transgenderzorg. Zij denken dat er rond de tien jaar inhaalcapaciteit nodig is. De onderzoekers concluderen dat de gevraagde inhaalcapaciteit afhankelijk is van de groei van de vraag naar transgenderzorg als van welke tijdelijke inhaalcapaciteit acceptabel en mogelijk is. Welke tijdelijke inhaalcapaciteit is volgens de Minister acceptabel en mogelijk? Kan hij aangeven welke inhaalcapaciteit de zorgverzekeraars acceptabel en mogelijk achten? De leden van de SGP-fractie lezen dat de onderzoekers adviseren om gericht onderzoek te doen naar de samenstelling van de groep transpersonen in Nederland en welk aandeel daarvan ooit transgenderzorg wil. Is de Minister bereid om dit onderzoek te laten uitvoeren? Deze leden constateren dat in bijna alle scenario's de fertiliteitszorg groeit. Hoe wil de Minister hiermee omgaan gelet op de financieringsuitdagingen die er nu al zijn als het gaat om de Zorgverzekeringswet en subsidieregelingen?

Zij constateren dat de groep transpersonen in Nederland bovengemiddeld jong is. 37% van de transpersonen in Nederland is jonger dan achttien jaar. Maar liefst 56 tot 65% van de transpersonen in Nederland is jonger dan vijftientig jaar. Hoe verklaart de Minister dit? Is hij bereid om aanvullend onderzoek te laten verrichten naar deze groepen jonge transpersonen?

De leden van de SGP-fractie constateren ten aanzien van het rapport «Mijn gender, wiens zorg?» dat de onderzoekers sterk pleiten voor de-pathologisering. Onderkent de Minister dat er onderscheid bestaat tussen enerzijds het minder binair denken en minder pathologiseren in de samenleving en anderzijds het vasthouden aan diagnose voor medische behandelingen? De onderzoekers schrijven dat de medische inbedding van transgenderzorg het dominante binaire beeld van lichaam en identiteit en de relatie daartussen versterkt. Zij stellen dat dit te maken heeft «met de maakbaarheidsgedachte, waarbij medische interventies logische oplossingen lijken te zijn voor betere match tussen genderidentiteit en lichaam». Genoemde leden vragen de Minister of hij deze reflecties op het maakbaarheidsdenken dat volgens de onderzoekers schuilgaat achter transgenderzorg, herkent en overneemt.

De leden van de SGP-fractie constateren dat de onderzoekers slechts heel beknopt ingaan op de data ten aanzien van de toename en verandering in vraag naar transgenderzorg. Zij vinden dit zeer teleurstellend en vinden dat dit, gelet op de onderzoeksopdracht die de Minister had meegegeven, juist de kern van het onderzoek had moeten uitmaken. Klopt het dat er alleen wetenschappelijk onderzoek beschikbaar is met data tot 2016? Wat vindt de Minister ervan dat juist voor de periode vanaf 2016, waarin sprake is van de zeer snelle stijging van de vraag naar transgenderzorg, géén onderzoek met Nederlandse data beschikbaar is? Wat vindt de Minister ervan dat de onderzoekers over de veranderende demografie onder jonge zorgvragenden zeggen dat dit «interesse wekt», maar hier geen verder onderzoek naar hebben gedaan of uitspraken over doen? Wat vindt hij er zelf van dat de laatste jaren een forse stijging zichtbaar is van een zorgvraag onder tienermeisjes? Kan hij schetsen wat de laatste ontwikkelingen in het internationale wetenschappelijke debat op dit punt zijn? Wat kan hiervan geleerd worden voor de Nederlandse praktijk? Genoemde leden vragen in hoeverre de onderzoekers er naar de mening van de Minister in zijn geslaagd om de derde hoofdvraag van het onderzoek te beantwoorden: «hoe kunnen we veranderingen de aard van de zorgvraag verklaren?» Is de Minister bereid om vervolgonderzoek te initiëren naar de toename en verandering in vraag naar transgenderzorg, in het bijzonder gericht op minderjarigen en tienermeisjes?

Genoemde leden vragen de Minister verder om te reflecteren op het feit dat bij personen met genderdysforie vaak sprake is van comorbiditeit. Vindt hij dat dit in het Radboud-onderzoek voldoende naar voren komt? Gedacht kan worden aan het verband tussen genderdysforie en autisme, ADHD, een psychische stoornis of verminderde mentale gezondheid. Kan hij schetsen hoe hij zelf het verband ziet tussen bijvoorbeeld de verslechterende mentale gezondheid van tieners en het stijgende percentage geboren meisjes dat zich aanmeldt voor transgenderzorg? Erkent hij dat dit serieuze aandacht en onderzoek verdient? Is hij bereid om opdracht toe te geven?

De leden van de SGP-fractie lezen dat via de focusgroepen alleen jongeren vanaf zestien jaar zijn bereikt. Waarom is daarvoor gekozen? Erkent de Minister dat door deze keuze een belangrijke groep minderjarigen buiten de reikwijdte van het onderzoek is gebleven? Sterker nog, erkent hij dat juist de stijging in de zorgvraag onder precies deze groep patiënten een belangrijke aanleiding is geweest voor laten uitvoeren het onderzoek? Is hij bereid om aanvullend onderzoek te laten uitvoeren naar recente ontwikkelingen in de zorgvraag en de demografie van minderjarigen?

Deze leden constateren dat de rol van (sociale) media bij de stijging van de zorgvraag slechts in algemene zin aan bod komt. Het gebruik van sociale media voor het herkennen en exploreren van de transgenderidentiteit wordt in ieder geval erkend, maar niet specifiek onderzocht. Over negatieve effecten van sociale media zeggen de onderzoekers: «We kunnen in het algemeen concluderen dat er mogelijk een klein verband is tussen sociale mediagebruik en genderdysforie, maar dat er geen evidentie is van wat eerst was, de dysforie of het mediagebruik, en er ook geen rechtstreeks verband of effect is gevonden tussen beiden.» Een gebrek aan bewijs voor een rechtstreeks verband of effect betekent niet dat dit verband er niet is. De invloed van smartphones en sociale media (met name op minderjarigen) verdienen diepgaand onderzoek. Is de Minister bereid om aanvullend onderzoek hiernaar te laten verrichten?

Genoemde leden constateren dat de onderzoekers nauwelijks rekenschap geven van de kritische geluiden uit een groeiend aantal landen als het gaat om medische behandelingen bij minderjarigen. Wat vindt de Minister daarvan? Kan hij uiteenzetten hoe er in respectievelijk Zweden, Noorwegen Finland en het Verenigd Koninkrijk inmiddels gedacht wordt over medische behandelingen bij minderjarigen?

Kan de Minister ingaan op het wetenschappelijke debat dat gaande is met betrekking tot «sociale besmetting» en «Rapid Onset Gender Dysphoria»? Erkent hij dat dit niet zomaar kan worden afgedaan als «morele paniek», zoals de Radboud-onderzoekers doen?

Hoe reageert de Minister op de forse kritiek op het «wrong body-discours»? Wat heeft deze kritiek bijvoorbeeld te betekenen voor wetgeving waarin dit discours een belangrijke achtergrond was?

De Minister stelt in de Kamerbrief dat de huidige tekortkomingen in de acceptatie van transgender personen «grotendeels ten grondslag liggen aan de toegenomen zorgvraag.» De Minister lijkt vergroting van de maatschappelijke integratie en acceptatie van transpersonen als dé sleutel te zien voor het verminderen van de vraag naar transgenderzorg. Kan hij bewijzen dat dit ook daadwerkelijk zo zal gaan? Is niet de ervaring van de afgelopen jaren juist geweest dat vergroting van de zichtbaarheid van transpersonen heeft geleid tot een zeer forse stijging van de zorgvraag? Kan de Minister nader onderbouwen hoe verdere vergroting van de

zichtbaarheid en acceptatie volgens hem dan gaat leiden tot een daling of op z'n minst stagnatie van de zorgvraag? Kan hij daarbij expliciet ingaan op «scenario b» in het SiRM-onderzoek, waaruit duidelijk wordt dat grotere maatschappelijke acceptatie en bekendheid zal leiden tot een sterke stijging van bijna elke vorm van transgenderzorg?

De leden van de SGP-fractie constateren dat de Minister in de Kamerbrief een zwart-witbeeld schetst waarin aan de ene kant voorstanders van sociale acceptatie bestaan en aan de andere kant ontkenners van het bestaan van transgender en non-binaire personen. Erkent hij dat er ook veel burgers zijn die de realiteit van het leven van transgender en non-binaire personen voluit onderkennen, maar die zich juist grote zorgen maken over de vergaande medicalisering die nu ook uit het onderzoek van Radboud spreekt? Hoe zorgt de Minister ervoor dat hij niet zelf bijdraagt aan verdergaande polarisering?

Vindt de Minister dat het onderzoek van Radboud op respectvolle, representatieve en wetenschappelijk verantwoorde wijze een weergave biedt van kritische geluiden over het transgenderbeleid? Onderkent hij dat critici veel meer doelstellingen kunnen hebben dan de suggestie dat ze vooral werken met de methode van morele paniek? Vindt hij het kies om feministen te typeren met de in het buitenland als scheldwoord gemunte aanduiding «transuitsluitende» radicale feministen en de aanduiding anti-transgender feministen?

De Minister ziet een cruciale rol weggelegd voor de zorgverzekeraars. De leden van de SGP-fractie maken uit de bijgevoegde brief van ZonMw op dat de zorgverzekeraars tot na de openbare consultatie in de klankbordgroep van het onderzoek betrokken zijn geweest maar toen hebben besloten zich terug te trekken. ZonMw vindt dit «opmerkelijk en zorgelijk». Kan de Minister verklaren waarom de zorgverzekeraars zich hebben teruggetrokken? Konden zij zich niet vinden in de conclusies en/of aanbevelingen van (een van) de onderzoeken? Wat zou volgens de Minister de rol van zorgverzekeraars moeten zijn?

In de Kamerbrief moedigt de Minister betrokkenheid van huisartsen aan bij hormoonbehandelingen. Hoe verhoudt dit zich tot eerdere antwoorden op Kamervragen waarin hij aangeeft zich niet te willen bemoeien met de manier waarop zorgverleners zorg verlenen, voor zover het de medisch-inhoudelijke aspecten betreft? In het onderzoek «Mijn gender, wiens zorg?» wordt explicieter gezegd dat de huisarts een rol zou kunnen hebben bij het voorschrijven van hormonen aan volwassenen. Kan de Minister aangeven of hij doelde op een dergelijke rol voor huisartsen of dat hij hier andere ideeën over heeft? Erkent de Minister dat medicalisering hierdoor juist versterkt kan worden? De gangbare praktijk is immers dat puberteitsremmers vaak leiden tot hormoonbehandelingen en vervolgens tot operaties.

De leden van de SGP-fractie hebben met zorg kennisgenomen van het feit dat de herijking van de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch pas in september 2025 wordt verwacht. Ze vinden dit echt onbegrijpelijk. Waarom wordt het voldoen aan het Toetsingskader als reden opgevoerd om de herijking van de Kwaliteitsstandaard uit te stellen, terwijl het bestaan van dat Toetsingskader al heel lang bekend had kunnen zijn? Het huidige Toetsingskader 3.0 bestaat immers al sinds 1 juli 2021. In oktober 2021 heeft Zorginstituut Nederland de (evaluatie van de) kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch op verzoek van de Minister op de Meerjarenagenda geplaatst. Op dat moment was het Toetsingskader dus al bekend. Dat kan nu niet als argument opgevoerd worden. Wat is de echte reden van de vertraging?

Genoemde leden lezen dat reeds nu al duidelijk is dat de huidige kwaliteitsstandaard verouderd is en op onderdelen herzien en/of uitgebreid moet worden. Kan de Minister puntsgewijs aangeven op welke onderdelen de Kwaliteitsstandaard verouderd is en herzien zal worden? Kan hij een overzicht geven van alle partijen die bij de herijking betrokken zijn? Kan hij het krachtenveld schetsen waarvan sprake is?

Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

Het lid van de BBB-fractie heeft kennisgenomen van de twee onderzoeksrapporten op het gebied van transgenderzorg. Zij vraagt of er inzicht is in het aantal meldingen van discriminatie ten opzichte van transgender personen en of dit enigszins te koppelen valt aan de toename van het aantal transgender personen. De onderzoeken tonen een belangrijke maatschappelijke rol voor wat betreft acceptatie van genderdiversiteit. Dit onderwerp raakt immers de hele maatschappij en daarmee ook verschillende departementen. Genoemd lid vraagt of en hoe de communicatie tussen de verschillende departementen loopt met betrekking tot zorg voor transgender personen.

De Minister moedigt huisartsen aan om een rol te gaan spelen in de transgenderzorg. Het lid van de BBB-fractie vraagt hoe de Minister de exacte rol van de huisartsen voor zich ziet. Welke bevoegdheid krijgen huisartsen die zij nu nog niet hebben? In hoeverre is de Minister in gesprek met huisartsen en organisaties zoals de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) over het leveren van zorg aan transgender personen?

De betrokken data gaat veelal tot aan 2016. Het lid van de BBB-fractie vraagt hoe de ontwikkelingen sinds 2016 zijn verlopen. Is deze data actueel genoeg? In de onderzoeken zijn psychologen en psychiaters niet meegenomen in het onderzoek. Is hiervoor niet meer onderzoek nodig waarbij ook deze beroepsgroepen meegenomen worden?

II. Reactie van de Minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief en de twee onderzoeksrapporten op het gebied van transgenderzorg. Zij danken de Minister voor de brief en hebben nog enkele vragen. Allereerst vragen deze leden in hoeverre de Minister wil inzetten op meer wetenschappelijk onderzoek om kennis en expertise op te doen over genderdysforie en het voorkomen ervan, en hoe behandeling en maatschappelijke ontwikkelingen daaruit voortvloeien.

Het is in de eerste plaats aan de wetenschap en het zorgveld zelf om te bepalen op welke terreinen (nader) onderzoek wordt uitgevoerd. Dit jaar is, op initiatief van ZonMw samen met het veld, een Landelijk onderzoeksnetwerk transgenderzorg opgericht. In dit onderzoeksnetwerk worden onder andere nieuwe onderzoeksvragen belegd.

Daarnaast kan het gremium transgenderzorg, waaraan momenteel vorm wordt gegeven, zoals ik heb geschetst in mijn Kamerbrief van 9 mei jl.², een plek zijn waar partijen hierover met elkaar van gedachten kunnen wisselen en initiatieven kunnen delen. De exacte invulling van het gremium wordt op dit moment in samenwerking met het veld uitgewerkt. Ik verwacht nog dit jaar een eerste uitwerking te ontvangen. Ook wetenschappelijke partijen kunnen onderdeel uitmaken van het gremium.

² Kamerstuk 31 016, nr. 352

Is de Minister voornemens om gezamenlijk met Europese collega's te werken aan verdere kennis- en expertiseontwikkeling?

Het is in de eerste plaats aan de wetenschap en het zorgveld zelf om te werken aan kennis- en expertiseontwikkeling. In het veld vindt internationale samenwerking plaats op het gebied van kennis- en expertiseontwikkeling. Nederlandse expertisecentra binnen de transgenderzorg werken samen op het gebied van diagnostiek, behandeling en wetenschap binnen Europese Referentie Netwerken. Ook bij de nu lopende evaluatie van de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch³ (en ook bij de daaropvolgende herziening daarvan) worden internationale richtlijnen en studies betrokken, zoals in de Kamerbrief van 9 mei jl. is toegelicht.

Zij lezen dat sprake is van een sterke stijging van de vraag naar transgenderzorg in Nederland. Het gevolg is, ondanks uitbreiding van het zorgaanbod, lange wachtlijsten. Kan de Minister inzicht geven in het totale zorgaanbod en de verdeling hiervan over het land? En kan de Minister tevens inzicht geven in de zorgvraag en de verdeling daarvan? Welke factoren blijken van invloed op de vraag en in hoeverre is voorspelbaar hoe de behoefte aan transgenderzorg zich de komende jaren zal ontwikkelen? Kan de Minister daar inzicht en cijfers in geven?

In het «Overzicht transgenderzorg in Nederland», een bijlage van de Kamerbrief van december jl.⁴ wordt de verdeling als ook onderverdeeld naar capaciteit voor psychologische, endocrinologische, chirurgische en overige zorg weergegeven. Op het laatste peilmoment, juli 2022, was het aantal wachtenden voor een intake gecorrigeerd voor dubbelingen 5.753 personen. Ik heb geen overzicht van de verdeling in zorgvraag over het land. Wel toont het document «Overzicht transgenderzorg in Nederland» de wachtlijst per instelling op peilmoment juli 2022. Daarnaast publiceren zorginstellingen zelf op de eigen website cijfers over de wachtlijst.

Op basis van kwalitatief onderzoek naar de ontwikkeling van de vraag naar transgenderzorg in de afgelopen jaren blijkt dat de volgende factoren van invloed zijn op de vraag: maatschappelijke acceptatie, individualisering van de samenleving, technische kwaliteit van zorg, wachttijden, vergoedingsstatus, juridische eisen en mogelijkheden voor transgenderzorg in het buitenland/zelfzorg. Demografische ontwikkelingen spelen nauwelijks een rol. De genoemde factoren zijn niet in gelijke mate of richting van invloed op de vraag naar transgenderzorg. Er zijn geen cijfermatige bronnen beschikbaar over hoe deze factoren zich de komende jaren ontwikkelen, wat de toekomstige vraag naar transgenderzorg onzeker maakt. Dit is dan ook een van de hoofdconclusies van het SiRM-rapport.

Genoemde leden lezen in het rapport «Mijn gender, wiens zorg?» dat momenteel ook de psychosociale problemen die hun oorsprong hebben in de samenleving worden opgepakt in de medische context. Deze leden maken zich al langer zorgen over de manier waarop de zorg nu snel naar medisch-specialistisch beweegt en of er niet te snel naar oplossingen in het medische veld gezocht wordt. In hoeverre denkt de Minister dat het (te snel) medicaliseren bijdraagt aan de toename van wachtlijsten? Wat is de Minister van plan te doen met de aanbevelingen uit het genoemde rapport? In hoeverre gaat hij betrokken professionals vragen om een bredere zorgrichtlijn te ontwikkelen?

³ Bijlage bij Kamerstuk 31 016, nr. 352

⁴ Bijlage bij Kamerstuk 31 016, nr. 351

De specialistische transgenderzorg is op dit moment vaak de enige plek waar personen met vragen over hun genderidentiteit terecht kunnen. Er is geen sprake van snelle medicalisering. Een zorgvuldige probleemverkenning is de eerste stap bij personen die zich melden bij een GGZ-hulpverlener binnen de transgenderzorg. Hierbij is het van belang om te beseffen, zoals ook benoemd in de Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg⁵, dat er een grote variatie aan hulpvragen is en niet elke vraag een medisch antwoord behoeft.

Het is wel van belang dat binnen de zorg en binnen de maatschappij een verdere ontwikkeling plaatsvindt ten aanzien van hoe we kunnen omgaan met mensen die vragen hebben over hun genderidentiteit. Hierover zijn in het rapport van de Radboud Universiteit vijf aanbevelingen gedaan:

1. Stimuleer kennis over en integratie van transgender personen in de maatschappij;
2. Bied de juiste zorg aan op de juiste plek; beleg gendervraagstukken op meerdere plekken in het zorgsysteem;
3. Zorg voor inclusieve reguliere zorg;
4. Vergroot kennis in de reguliere zorg;
5. Draag zorg voor transparante en up-to-date communicatie over de zorgstructuur.

In de Kamerbrief van 9 mei jl. benoemen de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en ik het beleid naar aanleiding van de rapporten en de aanbevelingen die daarin gedaan zijn. In het kort richt het kabinet zich op twee sporen, waarbij ik voor het zorgdomein verantwoordelijk ben en anderzijds, de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW), voor het terrein van maatschappelijke acceptatie en emancipatie.

Ten aanzien van het zorgdomein streef ik naar kennisvergroting en inclusiviteit in de reguliere zorg. Dat gebeurt onder meer middels het aanbieden van scholing van huisartsen op het gebied van transgenderzorg. Daarnaast ben ik met het veld aan het onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om professionals werkzaam in de GGZ te scholen op het gebied van transgenderzorg. Door middel van afspraken uit het Integraal Zorg Akkoord (IZA) en de inzet op de regionale aanpak van de wachttijden worden er samen met de sector belangrijke stappen gezet in het verbeteren van de toegankelijkheid van de brede GGZ. Hoewel maatregelen en afspraken vanuit het IZA en de regionale wachttijdenaanpak niet specifiek gericht zijn op de doelgroep transgender personen, kunnen zij voor deze groep wel van waarde zijn.

Tevens vindt er momenteel vindt, middels financiering van het Ministerie van VWS, een evaluatie plaats van de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch. De verwachting is dat de evaluatie eind dit jaar is afgerond. Daarna zal er een herziening van deze richtlijn plaatsvinden, waarbij vanuit een breed perspectief zal worden gekeken. Ik zal uw Kamer hierover te zijner tijd verder informeren.

Het Ministerie van OCW zet zich in op scholen bijvoorbeeld middels «gender and sexuality alliances» (GSA's), om die een fijne en veilige plek te maken voor alle leerlingen, inclusief transgender leerlingen. Op veel scholen wordt jaarlijks Paarse Vrijdag gevierd, waarbij een dag (en vaak zelfs een hele week), in het teken staat van seksuele en genderdiversiteit. Daarnaast ondersteunt het kabinet organisaties die zich richten op de maatschappelijke acceptatie, gelijkheid en veiligheid van lhbtq+ personen, waaronder ook specifiek transgender personen.

⁵ Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg – 2017

Daarnaast zijn de leden van de VVD-fractie benieuwd naar welke onderzoeken zijn gedaan naar de korte- en langetermijneffecten van (medische) behandelingen en welke resultaten de onderzoeken hebben opgeleverd. In hoeverre zijn neveneffecten van chirurgische en hormonale behandelingen tijdens de puberteits- en jonge adolescentiefase veilig te noemen? En in hoeverre effectief? Op welke wetenschappelijke criteria is dat meetbaar en onderzocht? Hoe wordt in de Nederlandse expertisecentra gereageerd op de plannen van de National Health Service (NHS) in Engeland voor een strengere controle op de behandeling van jongeren onder de achttien jaar die hun geslacht in twijfel trekken, inclusief een verbod op het voorschrijven van puberteitsremmers buiten strenge klinische onderzoeken?

De neveneffecten van chirurgische en hormonale behandelingen tijdens de puberteits- en jonge adolescentiefase en de veiligheid en effectiviteit hiervan zijn uitvoerig beschreven in de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch, die is gebaseerd op internationale richtlijn van de Endocrine Society en de Standards of Care van de WPATH⁶ en de Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg. Eén van de vereiste criteria is dat de evaluatie en behandeling plaatsvinden in een samenwerkingsverband met expertise en met structurele multidisciplinaire overleggen. Voorwaarde voor medisch handelen is een brede zorgvuldige evaluatie van transgender personen. Hormonale behandeling kan bestaan uit puberteitsremming en/of geslachtsbevestigende hormoonbehandeling. 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. Tijdens behandeling met puberteitsremming vertragen de lengtegroei en botopbouw. Als de betrokkene vervolgens begint met genderbevestigende hormoonbehandeling, versnellen beide processen weer. De puberteitsremming lijkt dan ook de volwassen lengte nauwelijks te beïnvloeden⁷. 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 nadelen. Net als bij de genderzorg voor volwassenen zijn de botgezondheid en het cardiovasculaire risico aandachtspunten in de begeleiding van jongeren met geslachtsbevestigende hormoonbehandeling. Uit studies in volwassen populaties weten we dat de behandeling met geslachtsbevestigende hormonen op beide domeinen relatief veilig is, maar lange termijn studies over de behandeling in de adolescentie ontbreken zoals gezegd nog. Daarom is onderdeel van de kwaliteitsstandaard dat, voordat wordt overgegaan tot hormonale behandeling, een zorgvuldige psychologische beoordeling plaatsvindt 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 jongere 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.

⁶ Coleman et al, International Journal of Transgender Health 2022

⁷ Claahsen et al, NTVG 2023

De leden van de VVD-fractie vragen hoe in de Nederlandse expertisecentra gereageerd wordt op de plannen van de National Health Service (NHS) in Engeland voor een strengere controle op de behandeling van jongeren onder de achttien jaar die hun geslacht in twijfel trekken, inclusief een verbod op het voorschrijven van puberteitsremmers buiten strenge klinische onderzoeken.

De NHS in Engeland heeft een onafhankelijke review laten uitvoeren met als doel om te horen hoe het de zorg aan kinderen en jongeren met vragen over hun genderidentiteit of genderincongruentie zou kunnen verbeteren. In het rapport van deze review, het Cass rapport⁸, wordt onder andere geconcludeerd dat er significante verschillen zijn tussen de «Dutch approach» en de werkwijze van de Tavistock kliniek. In de Tavistock kliniek is de «Dutch Approach» – multidisciplinaire zorg, aandacht voor psychische comorbiditeit en langdurig volgen en monitoren (psychologische begeleiding) – losgelaten. Belangrijkste knelpunten die naar voren komen in het rapport zijn:

1. Geen gestandaardiseerd beleid bij beoordeling en follow-up;
2. Aanwijzingen voor gebrek aan routinematige psychologische en psychiatrische evaluatie;
3. Gebrek aan documentatie;
4. Gebrek aan monitoring en kwaliteitscontrole;
5. Gebrek aan informed consent;
6. Grote turn over bij hulpverleners;
7. Onvoldoende rekeninghouden 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 co-morbiditeit. 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.

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.

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 door de medische deskundigen 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 gezondheid. Ik verwijs hier verder naar de eerdere uitgebreide beantwoording van de Kamervragen van de leden Omtzigt en Pouw⁹.

⁸ Cass report; <https://cass.independent-review.uk/publications/interim-report/>

⁹ Aangangsel Handelingen II 2021/22, nr. 3984

Deze leden lezen in de brief van de Minister dat inmiddels 200 huisartsen zijn geschoold middels een webinar. Wat was de doelstelling van deze scholing en is deze behaald? Zo nee, wat doet de Minister om de scholing en betrokkenheid van eerstelijnsprofessionals te vergroten?

Vanwege de lange wachttijden kloppen transgender personen ook vaker bij de huisarts aan voor hulp. De huisarts is voor transgender personen een belangrijk contactpunt en het is dan ook van belang dat deze goed op de hoogte is. Met de nascholing geven we huisartsen met interesse in transgenderzorg de tools die ze nodig hebben om aan de behoeftes van deze groep te voorzien. Het gaat hierbij onder andere om het verkrijgen van inzicht in het transgenderzorg zorglandschap, definities en zorgprotocollen. Tevens wordt er stilgestaan bij begeleiding van de hormoonbehandeling. Conform de kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch kan een huisarts de follow-up van de hormoonbehandeling voortzetten indien de medicatie goed is ingesteld door een endocrinoloog. Inmiddels hebben meer dan 300 zorgverleners de webinar gevolgd. Driekwart van de deelnemers gaf na het volgen van de webinar aan beter in staat te zijn zorg te leveren voor transgender personen. Naast mijn inzet binnen de huisartsenzorg, ben ik met het veld aan het onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om professionals werkzaam in de reguliere GGZ te scholen op het gebied van transgenderzorg.

De onderzoeken tonen nadrukkelijk een belangrijke maatschappelijke rol voor wat betreft acceptatie van genderdiversiteit, zo lezen de leden van de VVD-fractie. Deze leden herkennen deze oproep en vinden het belangrijk dat ook buiten de zorg naar oplossingen voor de toegenomen zorgvraag wordt gezocht. Zijn cijfers bekend over het aantal jongeren dat zich meldt bij genderpoli's waarbij de gendervraag niet zozeer de hoofdzaak is? Ook zijn deze leden benieuwd naar het aantal trajecten dat tussentijds wordt stopgezet omdat blijkt dat de cliënt met andere problematiek te maken heeft die om heel andere vormen van behandeling vraagt.

Dergelijke cijfers zijn niet bekend, maar in principe heeft iedereen die zich meldt bij een genderpoli een gendervraag. Er wordt dan uitgezocht wat iemand nodig heeft. Een derde van de aanmelders gaat niet door in een medisch traject. Dit kan te maken hebben met andere problematiek of omdat de jongeren om andere redenen hiervan afzien.

De leden van de VVD-fractie lezen in de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor 2023 dat voor transgenderzorg € 2,8 miljoen beschikbaar wordt gesteld voor transvrouwen ten behoeve van een borstvergroting. Welke financiële middelen en hoeveel zijn begroot ten behoeve van transgenderzorg vanuit breed maatschappelijk perspectief? Ook lezen deze leden dat de Minister bereid is financiële middelen beschikbaar te stellen voor het vormen van een coördinerend gremium. Uit welke middelen zal dit dan worden gefinancierd? Wat zijn de criteria van een dergelijk gremium? Wat heeft de Minister daarbij voor ogen?

Voor wat betreft de subsidieregeling Borstprothesen Transvrouwen heb ik uw Kamer op 26 september jl. een brief gestuurd¹⁰. Mijn inzet is om de regeling te verlengen.

Het beoogd coördinerend gremium wordt gefinancierd vanuit de begroting van het Ministerie van VWS. Hiervoor is 580.000 euro begroot voor vier jaar. In de Kamerbrief van december jl.¹¹ zijn al enkele

¹⁰ Kamerstuk 29 214, nr. 98

¹¹ Kamerstuk 31 016, nr. 351

suggesties voor te agenderen onderwerpen gedaan, maar de daadwerkelijke agenda van het gremium wordt bepaald door de betrokken veldpartijen. Naar verwachting ontvang ik nog in dit jaar een eerste rapportage omtrent de oprichting van het gremium. Ik zal uw Kamer te zijner tijd hierover informeren.

De middelen die begroot zijn voor transgenderzorg vanuit breed maatschappelijk perspectief worden gefinancierd vanuit de begroting van het Ministerie van OCW. Daar zijn verschillende maatschappelijke domeinen bij betrokken die allen bijdragen aan de acceptatie van transgender personen, maar die op zichzelf niet onder de noemer transgenderzorg vanuit maatschappelijk perspectief begroot zijn. In de emancipatienota 2022–2025¹² treft u een uitgebreid overzicht van de inzet op de verschillende maatschappelijke domeinen en de Minister van OCW zal uw Kamer dit najaar over de stand van zaken op die domeinen informeren.

Tot slot lezen genoemde leden dat de kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch aangepast en aangevuld dient te worden, alvorens deze opgenomen wordt in het Register van het Zorginstituut Nederland, een digitaal overzicht van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten dat voor iedereen toegankelijk en kosteloos te gebruiken is. Het herzien of uitbreiden van een kwaliteitsstandaard kan jaren in beslag nemen, en de ontwikkelingen in de transgenderzorg zijn op dit moment groot. Wat is de inschatting van de Minister op welke termijn de nieuwe kwaliteitsstandaard klaar is en welke partijen zijn betrokken bij de doorontwikkeling van de kwaliteitsstandaard? Hoe blijven brede perspectieven betrokken bij de doorontwikkeling van de kwaliteitsstandaard en wordt voorkomen dat deze middels een te eenzijdig perspectief ontwikkeld wordt?

Transgenderzorg is relatief nieuwe zorg die sterk in ontwikkeling is. Dit betekent dat de huidige kwaliteitsstandaard van begin af aan een voorlopig karakter heeft gehad en dat spreiding van zorg, toename van ervaring bij een bredere groep zorgverleners of nieuw onderzoek kan leiden tot andere inzichten c.q. verbetermogelijkheden van de kwaliteit van zorg. Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (KIMS) verzorgt in opdracht van ZonMw en met subsidie van het Ministerie van VWS het traject rondom de evaluatie en nadien herziening van de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch. De evaluatie zal eind dit jaar worden afgerond, de herziening in 2025. Bij deze evaluatie zullen ook alle internationale richtlijnen en studies gebruikt worden.

Bij de evaluatie en herziening zijn verschillende partijen betrokken. Vanuit de projectgroep zijn dit: het Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten (KIMS), Transvisie, Transgender Netwerk Nederland (TNN) en Movisie. Verder zijn betrokken de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP), de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), NIV (Nederlandse Internisten Vereniging), Treat it Queer, de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW), Rutgers, de Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS), de GGD Amsterdam (Transkliniek), Trans United Europe, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Landelijke Vereniging Medische Psychologie (LVMP).

¹² Kamerstuk 30 420, nr. 374

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse de brief van de Minister gelezen over zorg voor transgenderpersonen. Deze leden vinden het belangrijk dat iedereen in Nederland zich vrij voelt om te zijn wie hij/zij/hen wil zijn. Dit vraagt om inzet op maatschappelijke acceptatie en voor wie hier behoefte aan heeft toegang tot passende zorg. Daartoe hebben deze leden nog enkele vragen. Zij constateren dat de vraag naar transgenderzorg de komende jaren verder zal stijgen. Deze leden lezen dat het knelpunt voor de wachtlijsten in de psychologische transgenderzorg zit. In de psychologische transgenderzorg vindt ook de diagnosestelling en de indicatie voor de somatische zorg plaats. Eerder hebben deze leden opgeroepen om het uitgebreide psychologische onderzoek te vervangen door een triage. Hiermee kunnen cliënten bij wie sprake is van psychiatrische problematiek verwezen worden naar gespecialiseerde begeleiding, en kunnen andere cliënten doorstromen naar somatische zorg. Kan de Minister aangeven of een triage in zijn ogen bijdraagt aan het verbeteren van toegankelijke en passende zorg? Zo nee, waarom niet? Zo ja, welke plannen heeft de Minister om een dergelijke triage in de praktijk te brengen?

Indicatiestelling maakt onderdeel uit van de huidige Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch en is daarmee ook onderdeel van de huidige evaluatie van de Kwaliteitsstandaard. De eerste resultaten van de evaluatie tonen aan dat dit onderdeel van de standaard herziening behoeft. De optie van meer maatwerk wordt meegenomen in de evaluatie. De omvang, de betrokkenheid en rol van de psycholoog bij transgenderzorg zal ook een onderwerp zijn van de evaluatie van de Kwaliteitsstandaard. De evaluatie zal eind dit jaar worden afgerond en ik verwacht dat de herziening wordt opgeleverd in 2025.

Voorts vragen deze leden of de Minister kan toelichten op welke wijze in andere landen personen met een vraag tot (somatische) transgenderzorg worden doorverwezen. Kan de Minister hierin specifiek stilstaan bij de Verenigde Staten, Canada en Spanje waar een dergelijke triage al van kracht is?

De overheid bemoeit zich niet met de manier waarop zorgverleners zorg verlenen, voor zover het medisch-inhoudelijke overwegingen betreft. Ik ben dan ook niet op de hoogte van de precieze situatie in de genoemde landen. Het is aan veldpartijen om gezamenlijk, middels professionele standaarden en richtlijnen, invulling te geven aan de vraag wat goede zorg is en aan de manier waarop zij medisch inhoudelijke zorg verlenen. Bij de lopende evaluatie van de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch worden internationale richtlijnen en wetenschappelijke studies meegenomen in de actualiteitsbepaling van de huidige Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch.

De leden van de D66-fractie lezen in het rapport «Mijn gender, wiens zorg» dat er een mismatch is tussen de vraag naar en de inrichting van de transgenderzorg. De huidige inrichting, met een sterke nadruk op de specialistische medische zorg, sluit niet aan bij de hulpbehoefte van een deel van de zorgbehoevenden. De onderzoekers benadrukken het belang van het depathologiseren van transgender personen. Zij bevelen aan om de transgenderzorg op meerdere plekken in het zorgsysteem te beleggen, zoals in de reguliere geestelijke gezondheidszorg (ggz) en bij huisartsen. Hoe verhoudt deze aanbeveling zich tot de ambitie om één gremium op te richten dat regie moet voeren op het aanbieden van transgenderzorg?

Een van de aangedragen doelen van het gremium Transgenderzorg is bevorderen van de uitbreiding en differentiatie van het zorgaanbod. De exacte invulling en agenda van het gremium zullen voortkomen uit de wensen en behoeftes van het veld.

Het brede veld is uitgenodigd deel te nemen aan het gremium, zo zijn ook de Nederlandse GGZ en De Huisarts Adviesgroep Seksuele Gezondheid betrokken bij het proces van de oprichting van het gremium.

Welke andere manieren ziet de Minister om de transgenderzorg verder te depathologiseren? Welke lichtere vormen van zorg zouden kunnen worden ingezet om instroom op de wachtlijsten van de somatische zorg te voorkomen?

Een voorbeeld van een lichtere vorm van zorg, is het beantwoorden van vragen van personen rondom gender en genderidentiteit en hen een luisterend oor te bieden via de chatservice Genderpraatjes. De chatservice Genderpraatjes is onderdeel van het project «Trans en Jong». Ik heb de subsidie van dit project recent verlengd tot april 2025. Het project is een manier om in te zetten op ervaringsdeskundigheid.

Verder is de Minister van OCW met het veld in gesprek om te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om, buiten de (specialistische) zorg om, bij te dragen aan het voorkomen van de instroom op de wachtlijsten van de somatische zorg waarbij specifiek wordt gekeken naar psychologische zorg.

Genoemde leden lezen dat de Minister in gesprek is geweest met zorgverzekeraars over poliklinieken om transgender personen tijdens het wachten te ondersteunen conform de motie van de leden Sylvana Simons en Paulusma. Deze leden lezen dat Zorgverzekeraars Nederland het als zijn verantwoordelijkheid ziet om hier een faciliterende rol in te vervullen. Deze leden vragen of de Minister deze faciliterende rol kan toelichten. Deze leden zijn niet overtuigd dat dergelijke poliklinieken binnen aanzienlijke tijd worden geopend. Hoe ziet de Minister dit? Welke (andere) mogelijkheden ziet de Minister om transgender personen te ondersteunen tijdens het wachten op zorg?

De zorgverzekeraars moeten, om aan de zorgplicht te voldoen, voldoende zorg inkopen voor hun verzekerden. Zorgverzekeraars hebben daarbij een cruciale rol om gezamenlijk met partijen te kijken wat nodig is en om hier de regie te nemen waar dat nodig is. Vanwege de toename van toegankelijkheidsvraagstukken blijven de zorgplicht en proactiviteit van de zorgverzekeraar over de volle breedte van de zorg aandacht behoeven. Als instellingen een speciale polikliniek willen openen of als een nieuwe instelling de markt wil betreden dan zullen zorgverzekeraars daar het gesprek over aangaan. Daarnaast kan een verzekerde altijd terecht bij de zorgverzekeraar met vragen rondom zorgbemiddeling.

Een ander voorbeeld van een mogelijkheid tot ondersteuning van transgender personen die op de wachtlijst staan is via de genoemde chatservice Genderpraatjes. Deze chatservice biedt de mogelijkheid om vragen van personen rondom gender en genderidentiteit te beantwoorden en hen een luisterend oor te bieden.

De leden van de D66-fractie lezen in beide rapporten dat de onderzoekers aanbevelen om inhaalcapaciteit te organiseren om de huidige wachtlijsten op te lossen. Het rapport van Strategies in Regulated Markets (SiRM) concludeert dat minstens een opschaling van tien procent nodig is om binnen tien jaar de wachtlijsten weg te werken. Deze leden lezen in de brief van de Minister niet terug of hij ook voornemens is om deze inhaalcapaciteit te organiseren. Welke acties zet de Minister in om de inhaalcapaciteit te organiseren?

Zoals gezegd is het in de eerste plaats aan de zorgverzekeraars om, gegeven hun zorgplicht, te zorgen voor voldoende zorgaanbod voor hun verzekerden. Het belang hiervan is al meermaals onder de aandacht gebracht van de verzekeraars door de toenmalige kwartiermaker Transgenderzorg, door de toezichthouder NZa en door mijzelf. In dit verband wil ik ook wijzen op de ingezette koers binnen de transgenderzorg zoals ik in mijn Kamerbrief van december jl. uiteengezet heb. Een belangrijk onderdeel hiervan is de oprichting van een coördinerend gremium waarbij het bevorderen van de uitbreiding van het zorgaanbod onder andere door de samenwerking en efficiëntere inrichting van de zorg, met in het bijzonder een focus op de psychologische transgenderzorg wordt meegenomen. Ik vind het belangrijk om te benadrukken dat de exacte invulling en agenda van het gremium zal voortkomen uit de wensen en behoeftes van het veld.

Daarnaast zet ik mij in voor, waar mogelijk, verplaatsing van specialis­tische zorg naar de reguliere zorg. De huisarts kan voor transgender personen een belangrijk contactpunt zijn. Met de nascholing door middel van een webinar krijgen huisartsen met interesse in transgenderzorg de tools die ze nodig hebben om aan de behoeftes van deze groep te voorzien. Het gaat hierbij onder andere om het verkrijgen van inzicht in het transgenderzorg zorglandschap, definities en zorgprotocollen. Ook wordt bij de nascholing stilgestaan bij begeleiding van de hormoonbehandeling. Conform de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch, kan een huisarts de follow-up van de hormoonbehandeling voortzetten indien de medicatie goed is ingesteld door de endocrinoloog.

Inmiddels hebben meer dan 300 zorgverleners de webinar gevolgd. Driekwart van de deelnemers gaf na het volgen van de webinar aan beter in staat te zijn zorg te leveren aan transgender personen.

Naast mijn inzet binnen de huisartsenzorg, ben ik met het veld aan het onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om professionals werkzaam in de GGZ te scholen op het gebied van transgenderzorg. Door middel van afspraken uit het IZA en de inzet op de regionale aanpak van de wachttijden worden er samen met de sector belangrijke stappen gezet in het verbeteren van de toegankelijkheid van de brede GGZ. Hoewel maatregelen en afspraken vanuit het IZA en de regionale wachttijdenaanpak niet specifiek gericht zijn op de doelgroep transgender personen, kunnen zij voor deze groep wel van waarde zijn. Ook heeft, gezien de toename van toegankelijkheidsvraagstukken, de invulling van de zorgplicht en de proactiviteit van zorgverzekeraars over de volle breedte de aandacht.

Tot slot, de leden van de D66-fractie maken zich zorgen over een groeiende beweging die oproept tot het inperken van transgenderzorg. Deze leden zien dat de verharde maatschappelijke discussie een negatieve impact kan hebben op de acceptatie van transgender personen. Zij maken zich zorgen over de stagnerende cijfers over de acceptatie van lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuelen, transgenders en interseksue (LHBTI)-personen. Dit heeft weer negatieve effecten voor de psychische gezondheid van transgender personen. Deze leden benadrukken dan ook het belang van de in de brief genoemde maatregelen om de emancipatie van transgender personen te bevorderen. Zij zien de waarde van het tweesporenbeleid dat de Minister noemt in de brief. Een hogere maatschappelijke acceptatie kan bijdragen aan het terugdringen van de wachtlijsten. Tegelijkertijd concluderen zij dat ook aan de kant van het zorgaanbod en de wijze waarop transgenderpersonen met een zorgbehoefte geholpen kunnen worden verbeteringen nodig zijn om de huidige wachtlijsten terug te dringen. Hiervoor legt de Minister een grote rol bij het nog op te richten coördinerend gremium. Deze leden vragen de

Minister op welke termijn dit gremium opgericht zal zijn en aan de slag kan gaan.

Het proces van oprichting van het coördinerend gremium vindt op dit moment plaats. Naar verwachting ontvang ik nog dit kwartaal een eerste rapportage over de oprichting van het gremium. Ik zal uw Kamer hierover te zijner tijd informeren. De verwachting is dat het gremium in 2024 kan worden ingericht.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister over twee onderzoeksrapporten op het gebied van transgenderzorg. Deze leden hebben respect voor transgenders, maar hebben nog wel vragen en opmerkingen bij de rapporten. Zij zien dat de onderzoeksrapporten ervan uitgaan dat de vraag naar transgenderzorg zal stijgen. Echter, beide onderzoeksrapporten zijn niet volledig en cijfermatige onderbouwing ontbreekt. Zo wordt gesproken over schattingen en scenario's. Waar baseert de Minister de aanname van toename op?

Er bestaan inderdaad onzekerheden over hoe de vraag naar transgenderzorg zich de komende jaren ontwikkelt. De belangrijkste reden daarvoor is dat veranderingen in deze vraag het sterkst gedreven worden door toekomstige maatschappelijke ontwikkelingen, die vanzelfsprekend nog onbekend zijn. Om met deze wetenschap alsnog een zo goed mogelijke inschatting te maken stelden de onderzoekers verschillende scenario's op. De scenario's en onderliggende onderbouwing zijn gebaseerd op de beste beschikbare literatuur en eerdere onderzoeken. In die scenario's wordt rekening gehouden met zowel toe- als met afname van nieuwe zorgvragen. Omdat de capaciteit op dit moment kleiner is dan de nieuwe zorgvraag, neemt in elk onderzocht scenario het aantal wachtenden – en daarmee de totale zorgvraag – in eerste instantie toe.

Deze leden gaan ervan uit dat het aantal transgenders in een samenleving stabiel is. Zij willen weten of er nog meer onderzoek zal plaatsvinden en/of welke internationale onderzoeken er lopen en of die mogelijk nog betrokken worden bij het tweesporenbeleid van de Minister.

Zoals ik schets in de Kamerbrief van 9 mei jl., zet ik mij momenteel onder meer in voor het inrichten van een gremium transgenderzorg. De exacte invulling van het gremium zal voortkomen uit de wens van het veld. Eén van de opties is dat dit een platform wordt voor het initiëren van nieuwe wetenschappelijke initiatieven. Daarnaast is er dit jaar, op initiatief van ZonMw samen met het veld een Landelijk onderzoeksnetwerk transgenderzorg opgericht waar nieuwe onderzoeksvragen worden belegd.

Deze leden maken zich zorgen over deze stijging zowel ten aanzien van het zorgaanbod als ten aanzien van de toename van het aantal pubermeisjes (die veel later dan de kinderen die van kleins af aan genderdysforie duidelijk maken), zich een jongen voelen. Erkent de Minister ook het belang van actuele cijfers, achterliggende data en duiding van de situatie? Is de Minister het met deze leden eens dat het eerst onderzocht moet zijn waarom de vraag naar transgenderzorg stijgt voordat het medische zorgaanbod uitgebreid wordt, omdat veel onderdelen van genderzorg onomkeerbaar zijn? Welk onderzoek wordt en is gedaan naar verschillen tussen de twee groepen kinderen met genderdysforie, de groep die het van kleins af aan duidelijk maakt en de groep bij wie het zich manifesteert in de puberteit? Hoe vaak manifesteren zich psychische aandoeningen bij respectievelijk de eerste en tweede groep? Welke psychische aandoeningen manifesteren zich bij de eerste, respectievelijk de tweede groep?

De twee rapporten van SiRM en de Radboud Universiteit geven inzicht in de veranderende zorgvraag, en de toekomst van de transgenderzorg. SiRM heeft op basis van actuele cijfers¹³ de toename in zorgvraag middels mogelijke scenario's voor de toekomst geschat. Het rapport van de Radboud Universiteit gaat over wetenschappelijke publicaties die vaak alleen gaan over medische dossiers en personen die reeds in medische behandeling zijn. Dit zijn goede data, maar de datasets waarover deze onderzoeken gaan, stoppen veelal in 2016. Op het moment van uitvoering van het onderzoek (tot en met december 2022) was dit de meest recent beschikbare data. Eén van de mogelijke redenen waarom er nog geen nieuwere data beschikbaar was in de vorm van wetenschappelijke publicaties, is het feit dat het genereren van een wetenschappelijke artikel een langdurig proces is. Hierbij gaat het niet alleen om het verzamelen en analyseren van data en vervolgens het schrijven het artikel. Ook het publiceren van een artikel in een peer-reviewed tijdschrift is een langdurig proces.

Het is belangrijk onderzoek te blijven doen naar de bredere groep aan zorgvragers en naar de vraag of een medische behandeling zinvol is bij de minder klassieke populatie die zich meldt. Onderzoekers uit het Amsterdam UMC hebben recent een Vidi-beurs gekregen van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) bestemd voor onderzoek naar de minder klassieke populatie minderjarige die zich nu meldt op de transgenderzorg poli. Het onderzoek loopt op dit moment. Daarom is nog niet vast te stellen in hoeverre deze twee groepen (klassieke vs. minder klassieke populatie) inderdaad te herkennen en te onderscheiden zijn. Het is op dit moment dan ook niet mogelijk onderscheid te maken tussen deze twee groepen en hun psychische aandoeningen. Wel is bekend dat transgender jongeren (en volwassenen) meer psychische problematiek hebben in vergelijking met cisgender personen. Daarin spelen verschillende factoren een rol, onder andere het meemaken van stigmatisering en discriminatie. Verschillende onderzoeken laten zien dat de psychische problematiek verbetert na een medische transitie, maar ook dat psychische kwetsbaarheid niet helemaal verdwijnt. Psychische problematiek heeft dan ook de aandacht bij de multidisciplinaire zorg tijdens het medisch transitie traject. Het is geen contra-indicatie voor deze zorg.

Uit nog niet gepubliceerde data van het Amsterdam UMC blijkt tevens dat jongeren die op jonge leeftijd bij het Amsterdam UMC worden aangemeld (rond de leeftijd van 12 jaar), minder bijkomende psychische problematiek hebben dan jongeren die op oudere leeftijd aangemeld worden (rond de leeftijd van 15/16 jaar). Een vergelijking met de volwassen aanmelders is niet gemaakt. Dit zou erop kunnen wijzen dat het vroeg verlenen van zorg rondom medische transitie helpt in het voorkomen van de psychische problematiek. Het kan ook zo zijn dat de medische transitievraag bij de oudere aanmelders meer complex is en daarom nog meer zorgvuldigheid en gezamenlijke medische en psychische zorg vraagt. Dit onderstreept het belang van een zorgvuldige probleemverkenning al eerste stap bij personen die zich melden bij een GGZ-hulpverlener binnen de transgenderzorg waarbij, zoals ook benoemd in de Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg.

Hoeveel spijtoptanten bevinden zich in de eerste respectievelijk tweede groep?

¹³ Bijlage bij Kamerstuk 31 016, nr. 349

Dit onderscheid is in het huidig beschikbare onderzoek tot nu toe niet gemaakt. Wel is er een recente publicatie¹⁴ verschenen waarin wordt vermeld dat 98% van de jongeren die startte met pubertijdremmers gevolgd door hormonen bij eind van de meting (eind 2018) nog hormonen voorgeschreven kreeg (follow up tijd variërend van 0–20 jaar). In het artikel wordt dit uitgesplitst naar geslacht en voor en na 2012, waarbij geen onderscheid gevonden werd tussen deze groepen. Van de 2% die geen actief recept meer had, is niet zeker of zij inderdaad gestopt zijn met hormonen (of dat ze die zelf ergens gekocht hebben) en waarom. Gegevens na 2019 zijn niet geanalyseerd. Maar een belangrijke boodschap van dit artikel is dat het overgrote deel van jongeren die starten met een medisch traject dit ook continueert. Overigens is er nog maar weinig onderzoek naar spijt bij jongeren na puberteitsremming en genderbevestigende behandeling. De onderzoeken die er zijn, geven doorgaans lage percentages (<1%). Bij elke medische behandeling kan spijt optreden, bij tegenvallende resultaten, complicaties of als de behandeling niet oplevert wat gehoopt werd. In kader van genderbevestigende behandeling kan dat ook komen omdat de sociale omgeving problemen geeft. Het is van belang dit onderwerp te onderzoeken om te weten hoe je personen met spijt het beste kunt begeleiden/zorg kunt bieden. Dit onderwerp heeft dan ook de aandacht van de onderzoekers in het Amsterdam UMC.

Is onderzocht wat de invloed is van social media op gevoelens van genderdysforie?

De rol van het gebruik van sociale media is mede onderzocht in de focusgroepen in het rapport van de Radboud Universiteit. Daaruit blijkt dat niet zozeer het hebben van gevoelens van genderdysforie door sociale media wordt beïnvloed, maar vooral het vinden van woorden voor gevoelens die iemand heeft. Dat wordt ook bevestigd in algemene literatuur over impact van sociale media: ze vormen bron van herkenning en informatie. Bovendien laat de literatuurstudie uit het rapport van de Radboud Universiteit zien dat het onwaarschijnlijk is dat er een één-op-één relatie is tussen het gebruik en de invloed van sociale media, en transgender-identiteiten.

De leden van de PVV-fractie vragen wat de samenhang is van het tweesporenbeleid dat de Minister aankondigt: het aanbod van medisch specialistische transgenderzorg enerzijds en anderzijds de acceptatie van genderdiversiteit in de maatschappij. Is bijvoorbeeld rekening gehouden met de discussie die in meerdere Europese landen gaande is ten aanzien van de wetenschappelijke basis voor medisch ingrijpen bij minderjarigen die onvrede met het eigen geslacht hebben? Zo is Noorwegen intussen het vierde land in Europa dat geslachtsveranderende operaties, hormonen en puberteitsblokkers voor kinderen beperkt of verbiedt. Wat is de reactie van de Minister hierop? Ziet de Minister ruimte voor deze discussie in het kabinet? Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe gaat hij dit vormgeven? Welke landen namen aanvankelijk de Dutch approach over? Welke landen zijn er intussen mee gestopt? Welke redenen geven ze hiervoor aan?

De samenhang van het tweesporenbeleid ligt in het feit dat de zorgvraag van transgenderpersonen deels voortkomt uit een gebrek aan acceptatie in de sociaal-maatschappelijke omgeving. De zorg is op dit moment namelijk vaak de enige plek waar transgender personen terecht kunnen, zo blijkt uit het rapport van de Radboud Universiteit.

¹⁴ Van der Loos et al, Lancet Child – adolescent 2022

Het is aan veldpartijen om gezamenlijk, middels professionele standaarden en richtlijnen, invulling te geven aan de vraag wat goede zorg is en aan de manier waarop zij medisch inhoudelijke zorg verlenen. De overheid bemoeit zich niet met de manier waarop zorgverleners zorg verlenen, voor zover het medisch-inhoudelijke overwegingen betreft.

Het wetenschappelijke en internationale zorgdebat richt zich op dit moment op de vraag 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. Veel onderzoek hierover komt tot op heden uit Nederland en dat geldt vooral voor langetermijnuitskomsten. Ook wordt in Nederland vanaf de begintijd data verzameld. 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. In het Verenigd Koninkrijk en Zweden heeft men besloten de zorg meer te academiseren, wat betekent dat deze zorg wordt aangeboden in het kader van wetenschappelijk onderzoek. In Nederland is al veel langer de praktijk dat de zorg voor transgender personen verweven is met vormen van wetenschappelijk onderzoek op dit terrein.

Regelmatig wordt er beweerd dat in het buitenland de «Dutch Approach» werd gebruikt. Dit klopt vaak niet, bijvoorbeeld met betrekking tot de onlangs gesloten Tavistock kliniek in Engeland. In een recent rapport naar de zorg in deze kliniek, het Cass rapport, wordt onder andere geconcludeerd dat er significante verschillen zijn tussen de «Dutch approach» en de werkwijze van de Tavistock kliniek. In de Tavistock kliniek werd de «Dutch Approach» – multidisciplinaire zorg, aandacht voor psychische comorbiditeit en langdurig volgen en monitoren (psychologische begeleiding) – losgelaten.

Waarom combineert de Minister genderzorg en maatschappelijke acceptatie? Is het tweede niet het portefeuillegebied van de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, daar het niet-medisch ingegeven is?

Dit klopt, het beleid ten aanzien van maatschappelijke acceptatie wordt gevormd door het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) als coördinerend ministerie voor emancipatie. De Kamerbrief van 9 mei jl. is mede namens de Minister van OCW verzonden naar de Kamer.

De leden van de PVV-fractie vragen hoe de vergoeding van transgenderzorg geregeld is. Welke criteria worden daarvoor gehanteerd? Welke genderzorg aan medisch gezien gezonde lichamen valt wel en niet binnen het basispakket? Kan de Minister daarbij aangeven wat de criteria zijn voor het vergoeden van pruiken na een kankerbehandeling, het rechtzetten van flaporen of een haakneus, een ooglidcorrectie, het verwijderen van siliconen implantaten, een borstvergrotende of een borstverkleinende operatie?

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 opgenomen als een conditie in de International Classification of Diseases (ICD-11) (F64, Gender Identity Disorders). Bij genderincongruentie kan er onder voorwaarden aanspraak worden gemaakt op behandeling vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Als sprake is van een somatische zorgvraag (inclusief de psychologische zorg en ondersteuning die daarbij horen), kan de diagnose op grond van ICD 11 worden gesteld. In de Standards of Care van de World Professional

Association for Transgender Health (WPATH) en in de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch wordt benoemd wat nodig is om een diagnose te kunnen stellen en over te gaan tot behandeling. Waar het gaat om behandelingen van plastisch-chirurgische aard, gelden in het algemeen beperkingen en uitsluitingen (zoals genoemd in artikel 2.4, lid 1, sub b Besluit zorgverzekering). Hiermee is geregeld dat behandelingen die alleen cosmetisch van aard zijn, uitgesloten zijn van het basispakket. Vanwege de extra eisen die gelden voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard, hebben de zorgverzekeraars in hun polissen opgenomen dat de verzekerde voorafgaand toestemming (een machtiging) nodig heeft. De zorgverzekeraar kan dan toetsen of aan de wettelijke voorwaarden is voldaan.

Wanneer iemand medisch op deze zorg is aangewezen, valt de volgende zorg binnen het basispakket: psychologische behandeling en begeleiding, hormoonbehandeling, gynaecologische chirurgie, genitale chirurgie, gezichtsontharing, mastectomie, aangezichtschirurgie, adamsappel-reductie, logopedie (eventueel stembandcorrectie), fertiliteitspreservatie, foniatrie, stemverhogende operatie, borstconstructie of vervanging van een borstprothese bij agenesie of aplasie van de borst (zie artikel 2.1, sub c Regeling zorgverzekering).

Behandelingen die als doel hebben het uiterlijk te verfraaien, terwijl er geen medisch probleem is, vallen niet onder de basisverzekering:

- Een haarwerk wordt vergoed bij gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid als gevolg van een medische aandoening of behandeling van medische aard;
- Neuscorrectie en flapoorcorrectie worden niet vergoed, tenzij sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige ingreep;
- Een bovenooglidcorrectie wordt vergoed als de verlamming of de verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft; of het gevolg is van een aangeboren afwijking/chronische aandoening;
- Een borstvergroterende operatie wordt vergoed na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst (minder dan 1 cm borstvorming);
- Het verwijderen van borstimplantaten wordt vergoed als sprake is van een lekkage of ruptuur plus andere indicaties (zie art. 2.1, lid d Regeling zorgverzekering) of als sprake is van aanhoudende systemische klachten volgens het protocol van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie.
- Een dubbelzijdige borstverkleining wordt vergoed als aan meerdere voorwaarden wordt voldaan, zoals geobjectiveerde hoge rug-, nek- en schouderklachten gerelateerd aan de borstomvang.

Alle voorwaarden voor vergoeding van plastisch-chirurgische behandelingen zijn te vinden in de actuele «Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard» op de website van de Vereniging Artsen Volksgezondheid.

Hoeveel financiële middelen stelt de Minister beschikbaar voor het gremium en het landelijk onderzoeksnetwerk transgenderzorg?

Het beoogd coördinerend gremium wordt gefinancierd vanuit de begroting van het Ministerie van VWS. Hiervoor is 580.000 euro begroot voor een periode van vier jaar. Daarnaast is er dit jaar, op initiatief van ZonMw samen met het veld, een Landelijk onderzoeksnetwerk transgenderzorg opgericht. Hiervoor is geen financiering beschikbaar gesteld vanuit het Ministerie van VWS.

Kan de Minister aangeven welke zorg (hoeveel specialismen) met een geslachtsbevestigende of geslachtsveranderende operatie gemoeid is?

Het exacte zorgtraject en de betrokken specialismen variëren afhankelijk van de specifieke behoeften van de patiënt en de gekozen geslachtsbevestigende procedures. Somatische specialismen die doorgaans betrokken zijn bij een geslachtsbevestigende of geslachtsveranderende operatie zijn de plastische chirurgie, endocrinologie, gynaecologie en urologie.

Wat kost een geheel traject van geslachtsverandering? Welke Diagnose Behandelcombinaties (DBC's) hebben betrekking op genderzorg? Wat kosten deze?

Deze vraag is niet eenvoudig en volledig te beantwoorden. Er is namelijk geen heldere definitie van wat een volledige transitie omvat. Elk traject is een maatwerk en afhankelijk van de keuzes die er gemaakt worden. Niet iedereen kiest er bijvoorbeeld voor om geslachtsveranderende ingrepen te ondergaan. De financiering van transgenderzorg valt grotendeels onder algemene zorgproducten en die zijn niet expliciet aan te merken als transgenderzorg. Deze zorgproducten kunnen immers ook van toepassing zijn op patiënten die om andere redenen dan genderincongruentie behandeld worden. Toch zijn er zorgproducten die de behandelingen voor een transitie (deels) omschrijven.

Sinds 2014 (met een wijziging per 2020) zijn er vijf dbc's ontwikkeld om genderzorg te beschrijven. Dit gaat om de volgende dbc's: «intake», «diagnose», «operatie», «real life fase» en «vervolg». Deze dbc's kennen vrije tarieven en komen tot stand in onderhandeling tussen de aanbieders en de verzekeraars. Op basis van de passantentarieven kan ik u een inschatting geven van de kosten hiervan. Deze zijn weergegeven in tabel 1.

Ik wil hierbij nadrukkelijk vermelden dat deze zorgproducten maar een deel van de totale genderzorg omvatten. De operatieve fase bevat bijvoorbeeld maar een aantal operatieve ingrepen voor de transitie van vrouw-naar-man.

Tabel 1. Kosten per dbc op basis van passantentarieven bij aanbieders van genderzorg

Dbc	Minimum (€)	Maximum (€)	Gemiddelde (€)
Intake (59899066)	150,09	1.353,35	445,44
Diagnose (59899065)	402,18	3.097,48	1.255,90
Operatie (59899063)	2.001,52	12.630,4	6.856,30
Real life fase (59899070)	329,58	2.869,97	1.364,60
Vervolg (59899071)	329,58	1.846,50	851,84

Hoeveel patiënten volgden in de jaren 2010 tot 2022 een geslachtsveranderend traject? Kan de Minister dit aangeven in een tabel?

Zoals ik de eerdere beantwoording aangaf is er niet een set dbc's die alle zorg voor transgenderszorg beschrijft. Daarnaast zijn de vijf dbc's die genderzorg omschrijven beschikbaar sinds 2014 en is daar met een wijziging in 2020 een vijfde dbc bijgekomen. Ik heb beschikking over de cijfers 2018–2022, zie de tabel 2.

Hierbij wil ik nogmaals benadrukken dat dit niet het gehele beeld schetst en slechts als indicatie kan dienen. De cijfers in de tabel betreffen niet het aantal unieke patiënten per jaar. Het kan voorkomen dat er voor een patiënt verschillende dbc's geopend worden gedurende een jaar.

Tabel 2. Aantal patiënten per dbc zorgproduct

Jaar ¹	Intake	Diagnose	Operatie	Real life fase	Vervolg	Real life en vervolg
2018	449	881	133			3.412
2019	654	977	120			3.737
2020	764	902	86	2.556	2.325	
2021	672	1.048	78	2.376	3.194	
2022	1.145	1.245	133	2.921	2.977	

¹ Openingsjaar dbc 2022 nog niet volledig.

Hoeveel terugveranderende trajecten vonden plaats in de jaren 2010 tot 2022? Welk deel van de patiënten die in de jaren 2010–2022 een geslachtsveranderend traject volgden, had niet de Nederlandse nationaliteit?

De data om vast te stellen hoeveel terugveranderende trajecten plaatsvonden in deze jaren zijn niet bekend. We kunnen dus niet vaststellen hoeveel trajecten er in deze jaren zijn geweest. Er zijn dus ook geen cijfers beschikbaar over het aantal personen dat een geslachtsveranderend traject hebben ondergaan met een niet-Nederlandse nationaliteit. Er is wel een onderzoek van Wiepjes et al.¹⁶ (geïnccludeerde data loopt t/m 2015) waarin is gekeken naar het aantal personen dat een gonadectomie (de verwijdering van de geslachtsklieren) heeft ondergaan, daarna weer hormonen is gaan gebruiken in lijn met het bij geboorte toegewezen geslacht en «spijt» heeft ervaren. Dit gold voor 0.6% van de transvrouwen en 0.3% van de transmannen na gonadectomie. De redenen voor deze «spijt» liepen uiteen van problemen met acceptatie door de omgeving tot de ervaring dat de behandeling geen oplossing bleek te zijn. Verder onderzoek naar detransitie, retransitie en spijt loopt onder andere in het Amsterdam UMC.

Is er in de psychische ondersteuning in de genderzorg een afwegingsmoment geregeld (go/no go) om te besluiten wel of niet over te gaan tot een geslachtsveranderend traject, omdat dat een zwaar traject is met levenslang gebruik van hormonen en onomkeerbare operaties? Is er ruimte voor acceptatie van het geboren zijn in een «verkeerd» lichaam en het niet in traject gaan? Graag ontvangen genoemde leden een reactie.

In de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch worden duidelijke voorwaarden voor indicatiestelling beschreven (hoofdstuk 1.1), die per voorwaarde ook uitgebreid worden toegelicht. Ook in de Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg wordt probleemverkenning benadrukt als belangrijke allereerste stap bij personen die zich melden bij een GGZ-hulpverlener binnen de transgenderzorg. Hier wordt ook expliciet benoemd dat het belangrijk is om te beseffen dat er een grote variatie aan hulpvragen is. Ook wordt hier benoemd dat indien psychische problemen een goede beoordeling in de weg staan, dit allereerst goed moet worden uitgezocht alvorens tot behandeling over te gaan.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

*De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister over de twee onderzoeksrapporten op gebied van transgenderzorg en de onderhavige stukken. Zij hebben nog een aantal vragen en opmerkingen hierover. De genoemde leden lezen in het onderzoeksrapport *Mijn gender, wiens zorg?* dat de uitkomsten vragen om onder andere een investering in een kennis- en expertise impuls op het gebied*

¹⁶ Wiepjes et al, The Journal of Sexual Medicine 2018

van genderdiversiteit in de reguliere zorg. In de brief wordt aangehaald dat er op dit moment voor de huisartsenzorg scholing in de vorm van webinars beschikbaar zijn. Hoewel deze webinars positief worden ontvangen, bereiken deze niet alle huisartsen.

Daarnaast stelt het onderzoeksrapport dat de kennis niet alleen vergroot moet worden bij de huisartsenzorg, maar ook bij de ggz en de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en). Welke maatregelen gaat de Minister op korte termijn nemen om de kennis in de reguliere zorg over dit onderwerp te vergroten?

Naast mijn inzet binnen de huisartsenzorg, ben ik met het veld aan het onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om professionals werkzaam in de GGZ (bij) te scholen op het gebied van transgenderzorg.

Daarnaast lezen genoemde leden dat wordt aanbevolen om de kennis over genderdiversiteit in het reguliere programma van bachelor, master en post master-opleidingen in de zorg te integreren. Kan de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap aangeven in hoeverre dit al gedaan wordt bij deze opleidingen?

De Rijksoverheid heeft geen directe inmenging in het curriculum van opleidingen in het hoger onderwijs. In de onderzoeken op het gebied van transgenderzorg is de aanbeveling gedaan om de kennis over genderdiversiteit in het reguliere programma van bachelor, master en post-masteropleidingen in de zorg te integreren. Het Ministerie van OCW heeft navraag gedaan bij de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) hoe hier in de praktijk al invulling aan wordt gegeven. Er zijn verschillende voorbeelden aangedragen, die ik hieronder benoem (deze zijn niet uitputtend).

Aan de Universiteit Maastricht wordt in het eerste jaar van de Bachelor-Medicine een workshop verzorgd door Treat it Queer. Er zijn liaison officers Internationalisering/Diversity binnen de opleiding geneeskunde die workshops geven en materiaal hebben ontwikkeld voor docenten. Die liaison officers hebben ook op het recente congres van de Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs (NVMO) daarover een workshop gegeven. In de context van de liaison-officers is Maastricht ook bezig met verdere acties (leermaterialen doornemen, aanpassen en leermateriaal verzorgen en/of uitvoeren). In de master is er tijdens het co-schap «Moeder, vrouw, kind» aandacht voor dit vraagstuk tijdens de stage en op een terugkomdag onderwijs op de universiteit.

Op de Universiteit van Amsterdam zit het onderwerp genderidentiteit en genderdysforie in de bacheloropleiding Geneeskunde. Het maakt onderdeel uit van het blok Ontwikkeling Voortplanting en Veroudering 1. Onderdeel daarvan is een zelfstudieopdracht genderidentiteit en een hoorcollege genderdysforie, beiden met bijbehorende leerdoelen. Dit maakt ook deel uit van de studiestof/tentamen. In de masteropleiding Geneeskunde is genderzorg een keuzeonderwerp voor studenten. Meerdere studenten kiezen ervoor om hun wetenschappelijke stage op dit onderwerp te richten. En er zijn ook regelmatig studenten die hun keuzecoschap bij de Genderkliniek van het Amsterdam UMC lopen.

Op de Vrije Universiteit zijn er in de bachelor geneeskunde verschillende hoorcolleges over sekse en gender in relatie tot gezondheid. In het derde jaar is er ook een themaweek over seksuele en genderdiversiteit met daarin aandacht voor de thema's intersekse, genderdiversiteit, en seksuele diversiteit en de rol hierbij van de geneeskunde en de dokter. In

de master is er een symposium over genderdiversiteit met daarin onder meer aandacht voor transsensitieve huisartsenzorg.

Aan de Erasmus Universiteit wordt binnen het «diversiteit en inclusie»-onderwijs aandacht geschonken aan genderdiversiteit, kennis over sekse en gender, seksuele oriëntatie en genderdiscriminatie. Hierbij gaat het niet uitsluitend over gender, maar ook over andere identiteiten zoals culturele achtergrond, sociaaleconomische status, religie en beperkingen.

Aan de Radboud Universiteit komt genderdiversiteit op meerdere momenten terug in het curriculum. Zo is er een openingscollege voor alle studenten over het belang van inclusief onderwijs en inclusieve zorg. Zowel in communicatie en consultvoering als het gaat om inclusieve benadering, als ook in inhoudelijk onderwijs over psychologische ontwikkeling, onderwijs over endocrinologie, onderwijs over chirurgie. Ook lopen veel studenten coschappen op afdelingen die een genderpoli hebben.

Het is evident dat opleidingen al duidelijk aandacht besteden binnen het onderwijs van de opleidingen geneeskunde en de daarbij horende vervolgoopleidingen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks- en PvdA-fracties

De leden van de GroenLinks en PvdA-fracties hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de Minister. Berichten over toenemende vraag naar transgenderzorg doen veel stof opwaaien. Aan de ene kant bij personen die deze zorg nodig hebben, omdat wachtlijsten oplopen, maar aan de andere kant wordt het ook aangegrepen voor het in diskrediet brengen van transgenderzorg en transgender personen. Daarom is het goed dat er nu onderzoek is gedaan naar de achterliggende redenen van de toename van de vraag naar transgenderzorg in Nederland. Het is nu duidelijk dat er weliswaar meer veilige ruimte is ontstaan waarin genderexpressie tot uiting kan komen – een positieve ontwikkeling – zonder dat er bewijs is om aan te nemen dat dit leidt tot een stijging van het aantal transgender personen. Naar aanleiding van de brief hebben genoemde leden nog een aantal vragen.

De Minister geeft in de brief aan dat hij het belangrijk vindt dat de wachttijden voor transgenderzorg dalen. Dit onderschrijven deze leden van harte. Juist bij transgenderzorg kan uitstel van zorg gevolgen hebben voor de behandeling, zowel voor de fysieke aspecten daarvan, als de psychologische schade die het veroorzaakt. Eerder heeft de Kamer de motie van de leden Sylvana Simons en Paulusma aangenomen waarin de regering wordt opgeroepen om in gesprek te gaan met betrokken partijen om te onderzoeken hoe het Rijk de doorontwikkeling en uitbreiding van genderpoliklinieken kan ondersteunen en uitbreiden. De reactie die de Minister daarop in zijn brief geeft, vinden genoemde leden onvoldoende. Is de Minister van mening dat zorgverzekeraars op dit moment voldoen aan hun zorgplicht op het gebied van transgenderzorg? Welke mogelijkheden heeft de Minister om zorgverzekeraars te dwingen om het aanbod van transgenderzorg te vergroten? Als hij daar niet op kan handhaven, wat heeft de wettelijke zorgplicht dan voor status?

Het knelpunt wat betreft de wachtlijsten zit momenteel in de psychologische transgenderzorg (waar ook de diagnosestelling en indicatie voor somatische zorg plaatsvindt). Dit hangt samen met de bredere toeganke-lijkheidsproblematiek van de GGZ. De GGZ-sector heeft te maken met een stijgend aantal verwijzingen en ziet zich tegelijkertijd geconfronteerd met

een hoge vacaturegraad, een grotere uit- dan instroom van personeel en een ziekteverzuim dat (ruim) hoger ligt dan in vorige jaren. Aan de mogelijkheden om het zorgaanbod uit te breiden, zitten derhalve grenzen (zie meer hierover in mijn Kamerbrief van 9 mei jl.).

De zorgverzekeraars moeten, om aan de zorgplicht te voldoen, voldoende zorg inkopen voor hun verzekerden met een naturapolis en de zorg vergoeden voor hun verzekerden met een restitutiepolis. Ook moet de zorgverzekeraar de beschikbaarheid van voldoende zorg voor zijn verzekerden organiseren.

De zorgplicht is een resultaatsverplichting. De wijze van invulling hiervan is aan de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars hebben een cruciale rol om gezamenlijk met partijen te kijken wat nodig is en om de regie te nemen waar nodig. Zorgverzekeraars onderkennen het belang van blijvende aandacht voor de transgenderzorg, en blijven zich extra inzetten voor de toegankelijkheid hiervan.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) onderhoudt vanuit haar verantwoordelijkheid voor het toezicht op de zorgplicht intensief contact met de zorgverzekeraars. In dit toezicht kijkt de NZa in hoeverre een zorgverzekeraar zich inspant om aan de eis van zorgplicht te voldoen. Vanwege de toename van toegankelijkheids-vraagstukken blijven de zorgplicht en de proactiviteit van de zorgverzekeraars over de volle breedte de aandacht van de NZa houden.

Wat gaat de Minister doen om op korte termijn de lange wachtlijsten weg te werken en op lange termijn te voorzien in de toenemende vraag naar transgenderzorg, zodat dit soort wachtlijsten in de toekomst worden voorkomen?

De rapporten en de aanbevelingen benadrukken het belang van de ingezette koers binnen de transgenderzorg, die ik uiteengezet heb in mijn brieven van 16 december 2022 en 9 mei 2023. Samen met het veld werk ik langs meerdere lijnen om de transgenderzorg toegankelijk te maken en te houden. Het gaat om acties die gericht zijn op meer differentiatie in de behandel mogelijkheden en het bieden van passende zorg voor transgender personen. Het gaat om het verder ontwikkelen van netwerkvorming binnen de transgenderzorg, zodat een bredere groep van zorgverleners een bijdrage kan leveren aan de zorg voor deze groep. En het gaat – zoals ook in het rapport van de Radboud Universiteit nadrukkelijk naar voren komt – om demedicaliseren van vraagstukken van transgender personen. De maatschappelijke acceptatie en integratie van transgender personen is thans verre van voltooid. Hierdoor blijft de psychologische last van het «anders zijn» bij het individu liggen en wordt dit niet of onvoldoende opgepakt in de maatschappij. Een breed palet aan vragen komt hierdoor momenteel terecht in de specialistische zorg: de belangrijkste plek waar transgender personen op dit moment terecht kunnen. Hierdoor worden volgens het rapport de wachtlijsten langer, en daarmee de psychische nood hoger. Het rapport van de Radboud Universiteit signaleert bij transgender personen een sterke behoefte om gezien en gehoord te worden, een behoefte die zich uitstrekt over meerdere maatschappelijke domeinen die daar niet of onvoldoende aan kunnen beantwoorden. De oplossing hiervan zal dus in al deze maatschappelijke domeinen gezocht moeten worden.

Een concrete actie waaraan momenteel gewerkt wordt betreft de inrichting van een coördinerend gremium dat de uitbreiding van het zorgaanbod, onder andere door de samenwerking en efficiëntere inrichting van de zorg, moet bevorderen. De exacte invulling van het gremium zal voortkomen uit de wens van het veld. Ik verwacht uw Kamer hierover begin 2024 nader te informeren.

Daarnaast zet ik mij in voor, waar mogelijk, verplaatsing van specialis- tische zorg naar de reguliere zorg. De huisarts is voor transgender personen een belangrijk contactpunt en zij kloppen ook steeds bij de huisarts aan voor hulp. Het is dan ook van belang dat deze goed op de hoogte is. Met nascholing in de vorm van een webinar krijgen huisartsen met interesse in transgenderzorg de instrumenten die ze nodig hebben om aan de behoeftes van deze groep te voorzien. Het gaat hierbij onder andere om het verkrijgen van inzicht in het transgenderzorg zorgland- schap, definities en zorgprotocollen. Ook wordt stilgestaan bij begeleiding van de hormoonbehandeling. Want conform de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch kan een huisarts de follow-up van de hormoonbehandeling voortzetten indien de medicatie goed is ingesteld door de endocrinoloog. Inmiddels hebben meer dan 300 zorgverleners de webinar gevolgd. Driekwart van de deelnemers gaf na het volgen van de webinar aan beter in staat te zijn zorg te leveren voor transgender personen.

Naast mijn inzet binnen de huisartsenzorg ben ik met het veld aan het onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om professionals werkzaam in de GGZ te scholen op het gebied van transgenderzorg.

De Minister geeft terecht aan dat er niet alleen inzet vereist is voor de kwaliteit en toegankelijkheid van transgenderzorg, maar ook voor de maatschappelijke acceptatie van transgender personen. Het is goed dat het kabinet zich inzet voor sociale veiligheid en burgerschapsvorming in het onderwijs voor transgender en non-binaire mensen. Ook is het goed – en terecht – dat het kabinet excuses heeft gemaakt voor de Wet Wijziging Geslacht die tot 2014 van kracht was. Is de Minister het met de leden eens dat invoering van de Transgenderwet positief zou bijdragen aan de acceptatie van transgender personen in de samenleving? Vindt de Minister dat deze wet aangenomen zou moeten worden ter bevordering van de acceptatie van transgender personen, waartoe de UN Women ook oproept? Zo nee, waarom niet?

Het wetsvoorstel streeft verdergaande emancipatie van transgender personen na, ingegeven door ontwikkelingen in nationaal en inter- nationaal verband. Onderdeel van emancipatie is de acceptatie van transgender personen in de samenleving. Ik sta achter de invoering van de Transgenderwet.

Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie maken van de gelegenheid gebruik om enkele vragen te stellen bij de twee rapporten over transgenderzorg en de kabinetsreactie hierop. Ten aanzien van het rapport van SiRM lezen deze leden dat in de diverse scenario's het effect van diverse maatschap- pelijke ontwikkelingen op de zorg is geprognosticeerd. Uit de bijlage wordt voor deze leden niet helder hoe deze ontwikkelingen gekozen en gewogen zijn. Kan de Minister dat toelichten? Is er een scenario dat de voorkeur van de Minister heeft? Is een scenario te realiseren door bepaalde beleidsinzet of zijn de maatschappelijke trends wat de Minister betreft autonoom in hun ontwikkeling?

Het onderzoek van SiRM dat zich richtte op de prognose van de zorgvraag naar transgenderzorg. Daartoe werden – in samenspraak met een klankbordgroep met een brede representatie uit de zorg en transgender- gemeenschap – meerdere scenario's uitgewerkt van mogelijke toekom- strichtingen en de invloed hiervan op de vraag naar transgenderzorg. Dit betrof dus een modelmatige stap in het onderzoek waarbij ik geen betrokkenheid heb gehad en die ook niet (per definitie) beleidsmatige varianten betreffen.

Waar het kabinet in ieder geval naar streeft is meer acceptatie van transgender personen in de maatschappij. Daarbij is het belangrijk om te benoemen dat grotere acceptatie deels tot tegengestelde effecten kan leiden: enerzijds betekent het dat meer transgender personen de ruimte en veiligheid voelen om voor hun overtuiging uit te komen, wat voor een deel van de gevallen ook tot uiting komt in een zorgvraag. Anderzijds betekent het dat er meer maatschappelijke ruimte komt voor transgender personen in brede zin, en non-binariteit en gedeeltelijke

transities in het bijzonder, waar klassiek de transgenderzorg (en bredere maatschappij) meer gewend is om uit te gaan van een «of-of-situatie». Hierdoor kan de vraag naar onder andere psychologische transgenderzorg en (uitgebreide) vormen van chirurgische transgenderzorg juist weer minder worden.

Ten aanzien van het onderzoek «Mijn gender, wiens zorg?» van de Radboud Universiteit vragen de leden van de ChristenUnie-fractie of het klopt dat de meest recente data waarop de zorgvraaganalyse is gebaseerd dateert van 2015 of 2016. Deze leden wijzen erop dat de toename van de vraag de laatste jaren en de bijbehorende andere samenstelling van de zorgvragenden niet is meegenomen in dit onderzoek. Het onderzoek benoemt zelf dat onder jongere zorgvragenden de demografie verandert, namelijk dat er een groter aantal aanmeldingen is van transgender en nonbinaire personen die bij geboorte het geslacht van vrouw kregen toegekend. Deze leden wijzen er ook op dat recente onderzoeken aanwijzen dat drie keer zoveel kinderen die geboren zijn als meisje zich melden bij genderklinieken ten opzichte van kinderen die geboren zijn als jongen. Is de Minister met deze leden eens dat deze recente ontwikkelingen in de zorgvraag meegenomen moeten worden om een adequate analyse te kunnen maken van de toename van de vraag en passende zorg? Welke mogelijkheden ziet de Minister om hier alsnog beter zicht op te krijgen? Wat zegt het gebrek aan recente data over de zeggingskracht van het onderzoek van de Radboud Universiteit wat de Minister betreft? Ziet de Minister dezelfde ontwikkeling in omliggende landen?

Anders dan de vragensteller suggereert, bevat het onderzoek van de Radboud Universiteit geen zorgvraaganalyse, maar betreft het een onderzoek naar de achterliggende redenen van de ontwikkelingen in de vraag naar transgenderzorg. Het klopt dat de meest recente meegenomen cijfers dateren uit 2016. Op het moment van uitvoering van het onderzoek (tot en met december 2022) was dit de meest recent beschikbare data. Eén van de mogelijke redenen waarom er nog geen nieuwere data beschikbaar was in de vorm van wetenschappelijke publicaties, is het feit dat het genereren van een wetenschappelijk artikel een langdurig proces is. Hierbij gaat het niet alleen om het verzamelen en analyseren van data en vervolgens het schrijven het artikel. Ook het publiceren van een artikel in een peer-reviewed tijdschrift is een langdurig proces.

Over ontwikkelingen in de zorgvraag geeft het rapport van SiRM meer duidelijkheid. SiRM heeft op basis van actuele cijfers de toename in zorgvraag middels mogelijke scenario's voor de toekomst geschetst.

Het is uiteraard belangrijk onderzoek te blijven doen naar de bredere groep van zorgvragers en naar de vraag of een medische behandeling zinvol is bij de minder klassieke populatie die zich meldt. Dit onderzoek loopt momenteel in het Amsterdam UMC.

De genoemde veranderingen (stijging in zorgvraag en verandering in populatie) zijn ook in omliggende landen aanwezig¹⁷.

Bovendien vragen deze leden of er ook is gesproken met jongeren onder de zestien jaar. Ook vragen de leden van de ChristenUnie-fractie op welke manier in het onderzoek is meegenomen dat genderdysforie vaak samen gaat met andere problematiek zoals autisme en ADHD. Dit vraagt om een zorgvuldige behandeling wat deze leden betreft. Welke bescherming is nodig voor deze kwetsbare groep?

Vindt de Minister dit voldoende onderwerp van deze studie? Deze leden vragen de Minister of het onderzoek met deze (mogelijke) omissies en gebreken wel antwoord geeft op de vraag die oorspronkelijk is gesteld, namelijk waar de sterke toename van de afgelopen jaren vandaan komt en hoe zich deze verder gaat ontwikkelen. Hoe kijkt de Minister hiernaar?

Het benaderen van jongeren onder de 16 jaar voor onderzoek vraagt altijd extra ethische toetsing ter bescherming van deze groep. Gezien het tijdsbestek van het onderzoek was het niet haalbaar om die toetsing op tijd afgerond te hebben zodat verwerking van de gegevens nog meege-
nomen zou kunnen worden in de eindrapportage.

Het is bekend dat transgender jongeren (en volwassenen) meer psychische problematiek hebben in vergelijking met cisgender personen. Daarin spelen verschillende factoren een rol, onder andere het meemaken van stigmatisering en discriminatie. Transgender personen hebben derhalve vaak meer vragen/zorgen dan hun gendervragen alleen. Ze missen mogelijkheden om die vragen geïntegreerd aan de orde te stellen. Het rapport van de Radboud Universiteit beveelt daarom aan om in de reguliere GGZ meer deskundigheid te realiseren op het gebied van gendervragen, zodat deze vragen in de context van de andere vragen van de persoon kunnen worden behandeld en beoordeeld. Ik ben met het veld aan het onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om professionals werkzaam in de GGZ (bij) te scholen op het gebied van transgenderzorg.

Verschillende onderzoeken laten zien dat de psychische problematiek verbetert na een medische transitie, maar laten ook zien dat psychische kwetsbaarheid niet verdwijnt. Psychische problematiek heeft dan ook de aandacht bij de multidisciplinaire zorg tijdens het medische transitie-traject. Het is geen contra-indicatie voor deze zorg. Wel onderstreept dit het belang van een zorgvuldige probleemverkenning als eerste stap bij personen die zich melden bij een GGZ-hulpverlener binnen de transgenderzorg waarbij, zoals ook benoemd in de Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg.

Ten aanzien van de kabinetsreactie op de beide rapporten hebben de leden van de ChristenUniefractie enkele vragen. Zij maken zich allereerst zorgen dat de nieuwe standaard voor transgenderzorg met twee jaar is uitgesteld en vragen de Minister wat de gevolgen voor de kwaliteit van transgenderzorg betekent. Deze leden vinden het zorgelijk dat er tot die tijd gewerkt wordt aan de hand van een standaard waarvan de Minister ook aangeeft dat deze al verouderd is en niet aan de criteria voldoet die moeten gelden voor een kwaliteitsstandaard in de zorg. Ziet de Minister mogelijkheden om alsnog snel met een nieuwe standaard te komen, die in ieder geval aansluit bij de meest recente medische inzichten?

Momenteel vindt er een evaluatie plaats van de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch die wordt uitgevoerd door het KIMS in opdracht van ZonMw. Hoewel het Ministerie van VWS de totstandkoming

¹⁷ Leinugetal, Transgend Health 2020

van de evaluatie subsidieert, is het niet aan mij om een oordeel te hebben over de inhoud van de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch. Het KIMS kijkt naar de richtlijn conform de methodiek die zij ook hanteert bij de ontwikkeling van andere medische richtlijnen, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers conform de Richtlijn voor Richtlijnen 2012 en de Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0. Evaluatie en herziening is een uitgebreid en zorgvuldig proces hetgeen tijd kost. De evaluatie zal naar verwachting eind dit jaar worden opgeleverd. De planning is om de herziening in 2025 op te leveren.

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen dat de Minister huisartsen aanmoedigt om een webinar te volgen over transgenderzorg in de huisartsenpraktijk. Welke extra handelingen mogen huisartsen verrichten als zij deze webinar hebben gevolgd? Waarin worden huisartsen opgeleid met deze webinar? Deze leden vragen hoe goed huisartsen met een webinar opgeleid kunnen worden op een zo complex onderwerp dat zoveel zorg- en levensdomeinen raakt.

Vanwege de lange wachttijden kloppen transgender personen vaker bij de huisarts aan voor hulp. Het is dan ook van belang dat deze goed op de hoogte is. Met de nascholing krijgen huisartsen met interesse in transgenderzorg de tools die ze nodig hebben om aan de behoeftes van deze groep te voorzien. Het gaat hierbij onder andere om het verkrijgen van inzicht in het transgenderzorg landschap, definities en zorgprotocollen. Ook wordt er stilgestaan bij begeleiding van de hormoonbehandeling. Conform de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch kan een huisarts de follow-up van de hormoonbehandeling voortzetten indien de medicatie goed is ingesteld door de endocrinoloog. Ter verduidelijking: het gaat niet om het primair starten van een hormoonbehandeling, maar om de follow-up. Inmiddels hebben meer dan 300 zorgverleners de webinar gevolgd. Driekwart van de deelnemers gaf na het volgen van de webinar aan beter in staat te zijn zorg te leveren aan transgender personen.

Genoemde leden zien in de beide onderzoeken en in de reactie van de Minister terug dat genderdiversiteit een maatschappelijke en een medische component heeft. Deze leden kunnen zich vinden in de constatering dat niet alle vragen rond genderdiversiteit op te lossen zijn in de specialistische zorg. Goede begeleiding, ondersteuning, herkenning en erkenning van genderdiversiteit buiten de medische zorg vinden deze leden ook van groot belang.

De leden van de ChristenUnie-fractie zien dat in Finland, Zweden en Groot-Brittannië het beleid is aangepast nadat overheidscommissies kritische conclusies hadden getrokken over de hormonale behandeling van jongeren. Voor de veiligheid en de effectiviteit van de puberteitsremmers bestaat volgens buitenlandse deskundigen aldaar bij nader inzien onvoldoende bewijs. Ook in Frankrijk en België is een debat ontstaan over het gebruik van die medicatie bij jongeren. Deze leden vragen de Minister te reflecteren op deze ontwikkeling en welke implicaties dat heeft voor het Nederlandse beleid.

De overheid bemoeit zich niet met de manier waarop zorgverleners zorg verlenen, voor zover het medisch-inhoudelijke overwegingen betreft.

Het wetenschappelijke en internationale zorgdebat richt zich op dit moment op de vraag 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. Veel onderzoek hierover komt tot op heden uit Nederland en dat geldt vooral voor langetermijnnuitkomsten. Ook wordt in Nederland vanaf de begintijd data verzameld. 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. In het Verenigd Koninkrijk en Zweden heeft men besloten de zorg meer te academiseren, wat betekent dat deze zorg wordt aangeboden in het kader van wetenschappelijk onderzoek. In Nederland is al veel langer de praktijk dat de zorg voor transgender personen verweven is met vormen van wetenschappelijk onderzoek op dit terrein.

Vragen en opmerkingen van de leden van de JA21-fractie

De leden van de JA21-fractie hebben kennisgenomen van twee rapporten over transgenderzorg. Zij verwonderen zich over de vermenging van wetenschappelijke inzichten, maatschappelijke wensen en politieke doelen. Zij stellen de volgende vragen naar aanleiding van achtereenvolgens de aanbiedingsbrief van de Minister, het onderzoeksrapport «Mijn gender, wiens zorg?» van Radboud Universiteit en het onderzoeksrapport van SiRM «Onzekerheid over vraag transgenderzorg, inhaalcapaciteit zeker nodig».

De Minister constateert in zijn aanbiedingsbrief: «Een belangrijke boodschap uit de rapporten is dat er een noodzaak is tot een brede maatschappelijke acceptatie van genderdiversiteit. De huidige tekortkomingen in deze acceptatie liggen grotendeels ten grondslag aan de toegenomen zorgvraag, aangezien de zorg heden de enige plek is waar transgender personen terecht kunnen». Genoemde leden verzoeken om nog eens dieper te reflecteren op de vergelijking die hier wordt gemaakt. Want eenvoudig geformuleerd, zegt de Minister: de medische route is nodig omdat de sociaalmaatschappelijke weg nog teveel obstakels kent. Het is een begrijpelijke overweging. Tegelijk voelt het wat onzuiver aan dat vragen over genderidentiteit als medisch worden gekwalificeerd op grond van de constatering dat de samenleving genderdiversiteit niet accepteert. Je kunt je bovendien afvragen of kwetsbare jongeren gebaat zijn bij een uitgebreid medisch traject met alle bijpassende risico's, terwijl een gebrek aan maatschappelijke acceptatie het eigenlijke probleem zou zijn. Daarbij vragen deze leden de Minister of het is toegestaan dat de diversiteit in de samenleving aan inzichten en meningen over genderdiversiteit mag blijven bestaan.

De druk op de zorg komt deels voort uit onvoldoende maatschappelijke acceptatie. Zoals eerder is aangegeven, is de zorg op dit moment veelal de enige plek waar transgender personen terecht kunnen voor hulp. Waar specialistische hulp nodig is, is het goed dat die er in voldoende mate is, maar, zoals ook uit het rapport blijkt, komen er ook vragen bij de specialistische zorg, of de geestelijke gezondheidszorg terecht die ontstaan door een gebrek aan maatschappelijke acceptatie van genderdiversiteit. Dit kan leiden tot vergrote minderheidsstress en geïnternaliseerde transfobie, wat een zware psychische last is. Dat is anders dan hoe de vragensteller de reactie samenvat.

Jongeren hebben baat bij een steunende houding van hun omgeving. Het is aangetoond dat suïciderisico's onder transgender jongeren afnemen

wanneer de omgeving de uiting en wens serieus neemt^{18, 19, 20}. Het kabinet vindt het dan ook belangrijk dat beleid niet alleen gericht is op mogelijkheden binnen het systeem rondom de zorg, maar ook op de maatschappelijke acceptatie van transgender personen. Uiteraard mag de diversiteit in de samenleving aan inzichten en meningen over genderdiversiteit blijven bestaan. Het is belangrijk hierover op een respectvolle en menselijke wijze het gesprek te voeren, met als uitgangspunt dat genderdiversiteit bestaansrecht heeft in de maatschappij.

Het onderzoeksrapport «Mijn gender, wiens zorg?» van de Radboud Universiteit meldt dat trans personen zichtbaarder zijn geworden, maar dat onbekend is of er een toename is van het aantal transgender personen. Het kan toch haast niet anders of er bestaat mede een onmiskenbaar verband tussen de grotere zichtbaarheid en de stijging van het aantal zogenoemde trans personen?

De leden van de JA21-fractie vragen waarom een heldere onderzoeksvraag over de toename van het aantal trans personen strandt bij de constatering over hun grotere zichtbaarheid. Op deze manier krijgt een objectieve kwantitatieve vraag over de ene grootheid (toename) na een uitgebreide exploratie van studies in hoofdstuk 3 een subjectieverend kwalitatief antwoord over de andere grootheid (acceptatie).

Of er een toename van het aantal transpersonen is, is simpelweg niet objectief vast te stellen. Bij (gemarginaliseerde) minderheidsgroepen, zoals transgender personen, betekent een grotere zichtbaarheid niet automatisch dat er ook meer transgender personen zijn. Zo is in landen waarin homoseksualiteit verboden is, homoseksuele mensen minder zichtbaar in het publieke domein. Dit houdt niet in dat zij niet bestaan, maar zij zijn terughoudender in het uiten ervan vanwege de nadelige gevolgen die dit kan hebben. Dit maakt het ook lastig om tot betrouwbare informatie te komen over ontwikkeling van aantallen in de loop van de tijd. Zeker als in die tijd meer openheid is ontstaan ten aanzien van transgender personen. Het rapport van de Radboud Universiteit biedt een genuanceerde uiteenzetting over waarom het moeilijk is om op basis van de huidige beschikbare cijfers uitspraken te doen over puur kwantitatieve toenames. De enige manier waarop we dit nu kunnen meten, is op basis van het stijgend aantal personen op wachtlijsten. En die vertellen ons niet of het aantal transgender personen is toegenomen, of het aantal transgender personen met een zorgvraag is toegenomen, of beide.

Het verschijnsel sociale beïnvloeding, ook wel social contagency genoemd, verdient wat deze leden betreft wetenschappelijke aandacht. Wat de zichtbaarheid betreft, signaleren genoemde leden verder dat meisjes veruit in de meerderheid zijn. Zij overtreffen de jongens met een factor drie als het gaat om problemen en stoornissen rond identiteit en gender. Waarom besteedt het rapport geen enkele aandacht aan deze opvallende factor? Waarom is er bovendien geen aandacht voor recente ontwikkelingen in het buitenland waar op grond van nieuwe wetenschappelijke inzichten de genderbehandelingen voor minderjarigen een halt wordt toegeroepen?

Ik ga ervan uit dat hier de leden verwijzen naar het begrip «social contagion», ofwel sociale besmetting. In het rapport van de Radboud Universiteit wordt geconstateerd dat de toegenomen vraag naar transgenderzorg niet simpelweg terug te leiden is op sociale besmetting, dat wil zeggen de veronderstelling dat transgender personen elkaar «aansteken».

¹⁸ Gower et al, American Journal of Preventive Medicine 2018

¹⁹ Brown et al, International Journal of Transgenderism 2019

²⁰ Westwater et al, International Journal of Transgenderism 2019

Het rapport laat zien dat een veelheid aan individuele, sociale en maatschappelijke factoren allemaal bijdragen aan deze zorgvraag. Voor harde conclusies over oorzaak- en gevolgrelaties is meer onderzoek met herhaalde metingen over tijd nodig. Dergelijk onderzoek ontbreekt vooralsnog, evenals onderzoek over de eventuele specifieke kwetsbaarheid van meisjes.

Het rapport van de Radboud Universiteit richtte zich niet op de inhoud van de zorg maar op ontwikkelingen in de vraag naar zorg. Daarom is in dit rapport niets opgenomen over de groeiende terughoudendheid ten aanzien van transgenderzorg bij minderjarigen in sommige andere landen. Daarnaast is het belangrijk onderzoek te doen naar de bredere groep aan zorgvragers en naar de vraag of een medische behandeling zinvol is bij de minder klassieke populatie die zich meldt. Dit onderzoek loopt momenteel in het Amsterdam UMC.

Deze leden vragen bij de onderzoeksvraag over de toegenomen vraag naar transgenderzorg waarom uitsluitend wordt gewezen op de geringe acceptatie in de sociaal-maatschappelijke omgeving. Nederland is koploper als het aankomt op LHBTIQ+ rechten. Het homohuwelijk is hier al heel lang legaal, transitie was mogelijk al ver voordat het elders kon – en kan. Hoe komen de onderzoekers erbij, vragen deze leden, dat het draagvlak voor trans personen zo laag is? Is dat werkelijk zo? Wat kunnen we hier verder van verwachten? Als Nederland, als zeer ruimdenkend en historisch vriendelijke land van alternatieve relaties en hoogst individuele expressie van de eigen persoonlijkheid al niet voldoet, waar willen we dan de lat leggen?

Voor de gevolgtrekking die door de wetenschappelijke onderzoekers wordt getrokken verwijs ik graag de gedegen inhoud van de onderzoeken en de methodologische verantwoording.

Nederland staat op de 14^e plaats staat op de ILGA Country Ranking (jaarlijkse ranking van Europese landen op het gebied van gelijkheid en non-discriminatie; familie; haatmisdrijven en aanzetten tot haat; wettelijke gendererkenning en lichamelijke integriteit; ruimte voor het maatschappelijk middenveld; en asiel). Nederland scoort slechts 55,99% van de 100% (waar 0% «gross violations of human rights, discrimination» aanduidt en 100% «respect of human rights, full equality»). Van de 49 Europese landen op de lijst, kunnen we dus niet koploper genoemd worden en is blijvende inzet voor de acceptatie van deze groep noodzakelijk.

In het verlengde van deze vraag willen deze leden weten waarom een veelheid aan psychische problemen in hoofdstuk 4, dat een waaier aan theorieën bespreekt, uiteindelijk wordt gereduceerd tot de sociologische kwalificatie minderheidsstress. Deze leden vragen ook waarom het rapport «de tegenbeweging» afschildert als een stelletje achterlijke zielen en rabiante zeloten tot wie de geest van moderniteit nog niet is doorgedrongen. Zij vragen hoe het maatschappelijk en politiek debat is gediend met wetenschappelijke rapporten waarin duidelijke ideologische voorkeuren prevaleren boven een onbevagen benadering van vraagstukken.

Het rapport van de Radboud Universiteit is opgesteld door een interdisciplinair team van wetenschappers, binnen en buiten het medische domein. Dit maakt het mogelijk om een breder, maatschappelijk perspectief te bieden op een fenomeen dat vaak ten onrechte als strikt «medisch probleem» wordt afgeschilderd. De uitspraken in het rapport zijn gebaseerd op de synthese van wetenschappelijke theorieën en empirische bevindingen.

Het rapport «Mijn gender, wiens zorg?» schetst een toekomstvisie waarin genderdiversiteit niet langer als een afwijking wordt gezien. Daarbij past de tendens om van genderincongruentie te spreken in plaats van genderdysforie. Het rapport beschrijft uitgebreid de achtergrond van de wens om in plaats van over een medische stoornis, die oorspronkelijk als stoornis in de seksuele identiteit werd geïnclassificeerd, te spreken over een afwijking van wat als sociale norm wordt ervaren. De leden van de JA21-fractie vragen of het vervangen van de term dysforie door incongruentie plaatsvindt op basis van weloverwogen en in wetenschappelijk breed geaccepteerde medische criteria, of aan de hand van een doelbeoordeling die mede is ingegeven door het politieke streven naar depathologisering en demedicalisering. Zij vragen wat het spanningsveld of genderdysforie een medische aandoening is waarvoor medische zorg nodig is of een onder de naam genderincongruentie te benoemen sociaal verschijnsel waarvoor acceptatie de oplossing is betekent voor de beleidsadviezen. Dit ook gelet op de drie paradoxen het rapport benoemt.

Genderdysforie is opgenomen in het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). Dit is het psychiatrisch handboek/classificatiesysteem dat is gepubliceerd in 2013. 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 conditie in de International Classification of Diseases (ICD-11), het nieuwe model van de World Health Organization waar het niet meer onder ziektes valt, maar onder een conditie of «state of being». Deze is gepubliceerd in 2018 en van kracht sinds 2022. Deze wetenschappelijke classificering draagt ook bij aan depathologisering.

De leden van de fractie van JA21 willen ten aanzien van het onderzoeksrapport van SiRM «Onzekerheid over vraag transgenderzorg, inhaalcapaciteit zeker nodig» weten of de veronderstelling juist is dat het onderzoek naar transgenderzorg en de beredeneerde inhaalcapaciteit puur kwantitatief is ingestoken. Zij zijn benieuwd of de zorgvraag ook inhoudelijk onderzoek rechtvaardigt. Is de vraag naar somatische transgenderzorg, willen deze leden weten, het sluitstuk van een medische consultatie waarin vanuit meer invalshoeken naar de zorgvraag is gekeken dan alleen het aspect gender en waarbij aansluitend breder is gekeken dan alleen naar de mogelijkheid van somatische transgenderzorg als enig passend antwoord op de zorgvraag?

Het SiRM-rapport benadert veranderingen in de vraag naar transgenderzorg inderdaad zoveel als mogelijk kwantitatief. De «vraag naar transgenderzorg» zoals in het rapport beschreven, is het niet hetzelfde als het «antwoord» dat transgenderzorg geïndiceerd is. Bijvoorbeeld: iedereen die op de wachtlijst staat voor een intake-traject voor genderzorg heeft vraag naar dat intake-traject, maar niet voor iedereen is vervolgens een traject van somatische transgenderzorg geïndiceerd. Niet iedereen op de wachtlijst heeft dus een medische specialistische zorgvraag, maar de specialistische transgenderzorg is op dit moment vaak de enige plek waar personen met vragen over hun genderidentiteit terecht kunnen. Vragen over hoe zorginhoudelijk om te gaan met genderdysforie en eventuele somatische transgenderzorg, horen thuis in de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch. Deze wordt momenteel herzien door het KIMS.

Wat betekent de onzekerheid over de afweging tussen de pathologische en medische route enerzijds en anderzijds het sociaal-maatschappelijke pad voor de ontwikkeling van transgenderzorg? Want onzekerheid over ontwikkelingen heeft toch rechtstreeks invloed op het vermogen om een bij benadering correcte inschatting over de zorgvraag te kunnen maken?

Het SiRM-rapport gaat niet over de invloed van deze onzekerheid op de ontwikkeling van de inhoud van transgenderzorg. Wel gaat het rapport in op de invloed op aantallen mensen die in de toekomst vraag naar een of meerdere vormen van transgenderzorg hebben en daar is die onzekerheid inderdaad relevant voor. Om die reden maakten de onderzoekers van SiRM gebruik van scenario's met sterk uiteenlopende uitkomsten en concludeerden zij dat de toekomstige vraag naar transgenderzorg onzeker is. Daarnaast concludeerde SiRM dat ook in scenario's met afnames in jaarlijkse aantallen nieuwe vragen naar transgenderzorg er inhaalcapaciteit nodig is om de wachttijden te laten dalen.

Ook met het oog op de constatering in Hoofdstuk 3 dat het aantal trans personen en de vraag naar transgenderzorg in 2027 sterk onduidelijk zijn, hebben genoemde leden twijfels bij de voorspellende waarde van de indicatie van de inschatting van de te maken inhaalslag, voorbij de korte termijn. Is het mogelijk om de vier scenario's uit paragraaf 3.2 te rangschikken op een schaal van pathologische, medische en sociaal-maatschappelijke aanvaarding? Deze leden zijn overigens in verwarring over de waarde van de scenario's, als wordt geconstateerd dat ze elkaar niet uitsluiten, deels overlappen en komende jaren in elkaar kunnen gaan overlopen. Het zou prettig zijn om daarover nader uitleg te krijgen.

De onderzoekers van SiRM hebben aangegeven dat zij niet direct zien hoe de scenario's te rangschikken zijn op basis van op pathologische/medische/sociaal-maatschappelijke «aanvaarding». Qua sociaal-maatschappelijke acceptatie is scenario b vanzelfsprekend «meer acceptierend» dan scenario d. Ik vind het belangrijk om te benoemen dat de scenario's een modelmatige stap in het onderzoek betreffen, geen uitputtend overzicht presenteren en geen set aan keuzes zijn voor de politiek, de samenleving en de zorg. Daarnaast overlappen zij elkaar deels. Ter vergelijking kan gedacht worden aan de weersvoorspelling dat het morgen 15–20 graden wordt, dit overlapt ook met een weersvoorspelling dat het 18–23 graden wordt.

Genoemde leden constateren dat hormoon- en chirurgische behandelingen voor elke transitie duizenden euro's kosten, afhankelijk van de verrichte ingrepen. Deze leden zijn benieuwd hoeveel geld in de Nederlandse gezondheidszorg jaarlijks opgaat aan genderbehandelingen. Dit gelet op de noodzaak om de stijgende zorgkosten in te dammen, prioriteiten te stellen en keuzes te maken in wat wel en wat niet wordt vergoed. Verder willen deze leden weten hoeveel procent van de door verzekeraars vergoede zorg wordt besteed aan genderbehandelingen. De leden van de JA21-fractie vragen voorts of er een trend of trends in chirurgische behandelingen valt of vallen te ontwaren.

Het is niet mogelijk om een totaaloverzicht van alle genderbehandelingen te geven. Ik kan daarom geen inschatting maken van de totale kosten van genderbehandelingen. De financiering van transgenderzorg valt grotendeels onder algemene zorgproducten en zijn daardoor niet expliciet aan te merken als transgenderzorg. Deze zorgproducten kunnen ook van toepassing zijn op patiënten die om andere redenen dan genderincongruentie behandeld worden. Daarom is het gevraagde percentage van de door verzekeraar vergoede zorg dat wordt besteed aan genderbehandelingen niet vast te stellen.

Klopt het, met verwijzing naar paragraaf 2.2.2, dat ongeveer 20 procent van de behandelingen een volledige transitie betreft en dat 80 procent een deeltransitie is? Deze vraag in de eerste plaats in het licht van de constatering dat de financiële vergoedingen voor transgenderzorg een rol spelen in de zorgvraag.

Het exacte percentage volledige transities en deeltransities is uit deze gegevens niet exact te bepalen. Er bestaat ook geen definitie van een volledige transitie. In algemene zin klopt het dat lang niet alle transgender personen met vraag naar somatische transgenderzorg (direct) vraag hebben naar «alle mogelijke» vormen van chirurgische transgenderzorg. Vergoeding uit het basispakket speelt met name een rol bij borstvergrotingen in de feminiserende behandelingen en binnen de aangezichtschirurgie.

In de tweede plaats zijn deze leden benieuwd naar een reflectie op de vraag of de acceptatie van gender en strikte eerbiediging van persoonlijke keuzes met zich brengt dat geslacht een facultatief gegeven wordt waaraan iedereen naar believen, (deels) te bekostigen via de zorgverzekering kan laten sleutelen, al naar gelang het gevoel over de eigen gewenste identiteit ingeeft.

Genderincongruentie is een duidelijke en aanhoudende ongelijkheid tussen het ervaren gender van een persoon en de bij de geboorte toegewezen sekse. Dit is een conditie die is opgenomen in de «International Classification of Diseases (ICD-11)». Voor een deel van deze transgender personen bestaat wel degelijk een medische noodzaak tot zorg; psychisch en soms ook somatisch. Een voorwaarde voor een genderbevestigende, somatische behandeling is een brede en zorgvuldige evaluatie van de situatie van de transgender persoon. Indien voldaan wordt aan de geldende criteria conform de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch dan is de behandeling met geslachtsbevestigende hormonen een noodzakelijke behandeling om jongeren met genderincongruentie te behandelen.

Deze leden willen weten waarom het rapport meegaat met de ideologische misvatting als zou mannelijk of vrouwelijk geslacht bij geboorte slechts een registratie betreffen, in plaats van een biologische feitelijke werkelijkheid.

Hier ben ik het niet mee eens. Het rapport gaat er niet van uit dat registratie van het geboortegeslacht los staat van de biologische werkelijkheid. Het rapport maakt onderscheid tussen geboortegeslacht, toegewezen op basis van uiterlijke geslachtskenmerken van een pasgeboren kind, en genderidentiteit. Dat laatste is alleen door de persoon zelf te beoordelen.

Voor wat betreft de deelnemers aan de klankbordgroepen, wekt het overzicht de indruk dat deze eenzijdig zijn samengesteld uit de hoek van transgender behandelaars. Nu ligt het zeker voor de hand om deze expertise te benutten. Anderzijds zouden de grote onzekerheden rond allerlei ontwikkelingen hebben kunnen leiden tot een bredere raadpleging. Genoemde leden vragen of het nuttig kan zijn de vraag naar transgenderzorg vanuit een bredere medische invalshoek te funderen dan in het rapport is gedaan.

De deelnemers in de klankbordgroep hebben inderdaad allemaal te maken met de transgenderzorg. Ik ben het met de leden eens dat het zeker zinvol is om ook een bredere groep deskundigen te betrekken bij de vragen rond transgender thema's.

Te denken valt bijvoorbeeld aan artsen, psychologen, mensen werkzaam in het onderwijs en in de culturele sector. Deze personen zijn wel nadrukkelijk bij de focusgroepen van het onderzoek betrokken. De onderzoekers hebben aangegeven dat, gezien het korte tijdsbestek van de studie, de raadpleging van een bredere groep deskundigen niet meer kon worden gerealiseerd.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de twee onderzoeken over transgenderzorg en de bijgaande Kamerbrief. Zij hebben zowel over de onderzoeken als over de reactie van de Minister hierop de nodige vragen. Deze leden juichen het toe dat onderzoek wordt gedaan naar de snel toegenomen vraag naar transgenderzorg. Zij maken zich grote zorgen over de forse stijging en vinden het belangrijk dat hiervoor goed onderbouwde wetenschappelijke verklaringen komen. Vanuit dat perspectief zijn deze leden teleurgesteld over de uitkomsten van de onderzoeken. De onderzoekers komen niet met een duidelijke verklaring. De enige zekerheid die het SiRM-onderzoek biedt is dat de zorgcapaciteit verder zou moeten worden uitgebreid. De onderzoekers van de Radboud Universiteit wijden uit over theorieën over «morele paniek» en «minderheidsstress», maar een grondige analyse van recente data van medische dossiers en recente veranderingen in de demografie van de patiëntenpopulatie ontbreekt. Minderjarigen tot zestien jaar zijn niet in de Radboud-onderzoek betrokken. Aanvullend en verdiepend onderzoek, in het bijzonder naar minderjarigen, is daarom absoluut nodig. De leden van de SGP-fractie vragen de Minister dit te initiëren.

Zoals ik in mijn Kamerbrief van 9 mei jl. heb aangegeven, zet ik mij in voor het inrichten van een gremium transgenderzorg. De exacte invulling van het gremium wordt op dit moment in samenwerking met het veld uitgewerkt. De wensen vanuit het veld met betrekking tot het gremium worden hierin meegenomen. De wetenschap kan onderdeel uitmaken van het gremium. Daarnaast is er dit jaar, op initiatief van ZonMw samen met het veld, een Landelijk onderzoeksnetwerk transgenderzorg opgericht waar kennishiaten kunnen worden belegd. Specifiek onderzoek naar de bredere groep van zorgvragers en de minder klassieke populatie minderjarigen die zich meldt, loopt momenteel in het Amsterdam UMC.

De leden van de SGP-fractie constateren dat de scenario's die SiRM schetst significante onzekerheden bevatten die van grote invloed zijn op de uitkomsten van het model. De onderzoekers geven aan dat op dit moment circa 7.000 mensen wachten op een indicatiestelling voor somatische transgenderzorg. Zij denken dat er rond de tien jaar inhaalcapaciteit nodig is. De onderzoekers concluderen dat de gevraagde inhaalcapaciteit afhankelijk is van de groei van de vraag naar transgenderzorg als van welke tijdelijke inhaalcapaciteit acceptabel en mogelijk is. Welke tijdelijke inhaalcapaciteit is volgens de Minister acceptabel en mogelijk? Kan hij aangeven welke inhaalcapaciteit de zorgverzekeraars acceptabel en mogelijk achten?

Het kernprobleem betreft de lange wachttijden tot de intake van psychologische transgenderzorg. De zorgverzekeraars hebben een zorgplicht, op basis waarvan zij voldoende zorg moeten inkopen voor hun verzekerden, binnen een redelijke tijd en reisafstand. Er is momenteel echter onvoldoende zorg beschikbaar om in te kopen. Dit hangt samen met de bredere toegankelijkheidsproblematiek van de GGZ. De GGZ-sector heeft te maken met een stijgend aantal verwijzingen en ziet zich tegelijkertijd geconfronteerd met de hoogste vacaturegraad ooit, een grotere uit- dan instroom van personeel en een ziekteverzuim dat hoger ligt dan in vorige jaren. Met

verschillende acties, die onder meer in het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn afgesproken, wordt gewerkt aan oplossing van de bredere toegankelijkheids-problematiek, maar aan het uitbreiden van het zorgaanbod zitten uiteindelijk grenzen.

De zorgverzekeraars hebben de afgelopen jaren forse inspanningen geleverd ten aanzien van de wachttijden in de transgenderzorg, en er blijft meer nodig om de wachttijden significant te laten dalen. Vanwege de toename van toegankelijkheidsvraagstukken blijven de zorgplicht en pro-activiteit van de zorgverzekeraar over de volle breedte van de zorg aandacht behoeven.

De leden van de SGP-fractie lezen dat de onderzoekers adviseren om gericht onderzoek te doen naar de samenstelling van de groep transpersonen in Nederland en welk aandeel daarvan ooit transgenderzorg wil. Is de Minister bereid om dit onderzoek te laten uitvoeren?

ZonMw zal de komende periode in samenwerking met het Landelijk onderzoeksnetwerk transgenderzorg inzetten op een kennis- en ontwikkelagenda, met input van brede veldpartijen en in aansluiting bij reeds eerder ontwikkelde (internationale) agenda's, om met elkaar onderzoeksthema's rond transgenderzorg verder invulling te geven.

Deze leden constateren dat in bijna alle scenario's de fertiliteitszorg groeit. Hoe wil de Minister hiermee omgaan gelet op de financieringsuitdagingen die er nu al zijn als het gaat om de Zorgverzekeringswet en subsidieregelingen?

Ik herken de uitdaging die genoemd wordt door de leden van de fractie van de SGP. Gezamenlijk hebben we de taak om de zorgkosten te beperken en daarbij hoort ook dat er keuzes gemaakt worden. In principe is hiervoor het instrument van omzetplafonds bedoeld, als algemeen inkoopbeleid dat zorgverzekeraars hanteren voor de medisch specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg. Gelet op de lange wachtlijsten en het schaarse aanbod, is echter de vraag of de inzet van omzetplafonds passend is voor de toegankelijkheidssituatie binnen de transgenderzorg. Daarom zetten we ons onder andere met het IZA in om de brede beweging naar passende zorg te bewerkstelligen. Daarbij kan grotere maatschappelijke acceptatie van transgender personen deels tot tegengestelde effecten leiden: enerzijds betekent het dat meer transgender personen de ruimte en veiligheid voelen om voor hun overtuiging uit te komen en dit in een deel van de gevallen ook uiten in een zorgvraag. Anderzijds betekent het dat er meer maatschappelijke ruimte komt voor transgender personen in brede zin, en non-binairiteit en gedeeltelijke transitie in het bijzonder, waar klassiek de transgenderzorg (en bredere maatschappij) meer uitgaat van een «of-of-situatie». Ook kan toenemen van maatwerk in de zorg 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. Dit kan de vraag naar onder andere chirurgische transgenderzorg, maar ook bijvoorbeeld fertiliteitszorg doen stagneren, omdat er wellicht geen of minder gebruik wordt gemaakt van een behandelproces dat van invloed is op de vruchtbaarheid van een transpersoon.

Zij constateren dat de groep transpersonen in Nederland bovengemiddeld jong is. 37% van de transpersonen in Nederland is jonger dan achttien jaar. Maar liefst 56 tot 65% van de transpersonen in Nederland is jonger dan vijftientig jaar. Hoe verklaart de Minister dit? Is hij bereid om aanvullend onderzoek te laten verrichten naar deze groepen jonge transpersonen?

Over het algemeen ontwikkelt iemand zijn genderidentiteit reeds op jonge leeftijd en geldt dit ook voor transgender personen. Een studie van Turban et al.²¹ laat zien dat er een lange tijd zit tussen het ervaren van genderidentiteit en het uiten van diens genderidentiteit naar de buitenwereld. Het is uiteraard belangrijk onderzoek te blijven doen naar de bredere groep van zorgvragers. Dit jaar is, op initiatief van ZonMw samen met het veld, een Landelijk onderzoeksnetwerk transgenderzorg opgericht. Knowledge gaps op dit gebied kunnen hier worden belegd. En er loopt op dit moment een onderzoek naar de minder klassieke populatie transgender personen die zich meldt bij het Amsterdam UMC.

De leden van de SGP-fractie constateren ten aanzien van het rapport «Mijn gender, wiens zorg?» dat de onderzoekers sterk pleiten voor de-pathologisering. Onderkent de Minister dat er onderscheid bestaat tussen enerzijds het minder binair denken en minder pathologiseren in de samenleving en anderzijds het vasthouden aan diagnose voor medische behandelingen?

Een voorwaarde voor een genderbevestigende, somatische behandeling is een brede en zorgvuldige evaluatie van de situatie van de transgender persoon. Pas indien voldaan wordt aan de geldende criteria conform de Kwaliteitsstandaarden, dan komt de behandeling van personen met genderincongruentie aan de orde. Gezien de impact van een behandeling blijft een zorgvuldige evaluatie altijd noodzakelijk.

De onderzoekers schrijven dat de medische inbedding van transgenderzorg het dominante binaire beeld van lichaam en identiteit en de relatie daartussen versterkt. Zij stellen dat dit te maken heeft «met de maakbaarheidsgedachte, waarbij medische interventies logische oplossingen lijken te zijn voor betere match tussen genderidentiteit en lichaam». Genoemde leden vragen de Minister of hij deze reflecties op het maakbaarheidsdenken dat volgens de onderzoekers schuilgaat achter transgenderzorg, herkent en overneemt.

De specialistische transgenderzorg is ingericht op (indicatie voor) genderbevestigende medische behandeling, en daarom niet los te zien van een maakbaarheidsgedachte. Deze zorg is van groot belang maar dekt slechts gedeeltelijk de huidige behoefte van transgender personen. Dit komt doordat de maatschappelijke acceptatie en integratie van transgender personen verre van voltooid is. Medische transgenderzorg kan zeker wenselijk en/of noodzakelijk blijken voor het welzijn van transgender personen en om te kunnen leven in overeenstemming met hun genderidentiteit en gewenste genderexpressie. Dit mag echter géén vereiste zijn voor de maatschappelijke acceptatie en juridische erkenning van transgender personen en wie zij zijn. Hier ligt dus eerder een maatschappelijke opgave dan een medische opgave voor ons.

De leden van de SGP-fractie constateren dat de onderzoekers slechts heel beknopt ingaan op de data ten aanzien van de toename en verandering in vraag naar transgenderzorg. Zij vinden dit zeer teleurstellend en vinden dat dit, gelet op de onderzoeksopdracht die de Minister had meegegeven, juist de kern van het onderzoek had moeten uitmaken. Klopt het dat er alleen wetenschappelijk onderzoek beschikbaar is met data tot 2016? Wat vindt de Minister ervan dat juist voor de periode vanaf 2016, waarin sprake is van de zeer snelle stijging van de vraag naar transgenderzorg, géén onderzoek met Nederlandse data beschikbaar is? Wat vindt de Minister ervan dat de onderzoekers over de veranderende demografie

²¹ Turban et al; J Adolesc Health 2023

onder jonge zorgvragenden zeggen dat dit «interesse wekt», maar hier geen verder onderzoek naar hebben gedaan of uitspraken over doen?

Wetenschappelijke publicaties hebben vaak alleen betrekking op medische dossiers en personen die reeds in medische behandeling zijn. Het klopt dat de meest recente meegenomen cijfers dateren uit 2016. Op het moment van uitvoering van het onderzoek (dat liep tot en met december 2022) was dit de meest recent beschikbare data. Eén van de mogelijke redenen waarom er nog geen nieuwere data beschikbaar was in de vorm van wetenschappelijke publicaties, is het feit dat het genereren van een wetenschappelijk artikel een langdurig proces is. Hierbij gaat het niet alleen om het verzamelen en analyseren van data en vervolgens het schrijven het artikel. Ook het publiceren van een artikel in een peer-reviewed tijdschrift is een langdurig proces.

Dit rapport is daarnaast in het tijdbestek van een jaar geschreven. In het algemeen geldt dat elk wetenschappelijk onderzoek weer nieuwe vragen oproept. Dat is voor dit rapport niet anders. Daarnaast is het belangrijk onderzoek te blijven doen naar de bredere groep aan zorgvragers en naar de vraag of een medische behandeling zinvol is bij de minder klassieke populatie die zich meldt. Dit onderzoek loopt momenteel in het Amsterdam UMC.

Wat vindt hij er zelf van dat de laatste jaren een forse stijging zichtbaar is van een zorgvraag onder tienermeisjes? Kan hij schetsen wat de laatste ontwikkelingen in het internationale wetenschappelijke debat op dit punt zijn? Wat kan hiervan geleerd worden voor de Nederlandse praktijk?

Inderdaad is in Nederland de medische genderzorgvraag de afgelopen jaren toegenomen, bij beide geboortegeslachten. Al sinds 2006 wordt gezien dat dit meer het geval is voor geboren meisjes die zich als jongen identificeren dan andersom en niet alleen in de tienerleeftijd, maar ook in de jongvolwassen leeftijd.

Het wetenschappelijke en internationale zorgdebat richt zich op dit moment op de vraag 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. Veel onderzoek hierover komt tot op heden uit Nederland en dat geldt vooral voor langetermijntoekomst. Ook wordt in Nederland vanaf de begintijd data verzameld. 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. In het Verenigd Koninkrijk en Zweden heeft men besloten de zorg meer te academiseren, wat betekent dat deze zorg wordt aangeboden in het kader van wetenschappelijk onderzoek. In Nederland is al veel langer de praktijk dat de zorg voor transgender personen verweven is met vormen van wetenschappelijk onderzoek op dit terrein. In de Nederlandse praktijk dringt zich thans de vraag op of – afgaand op de conclusies uit het buitenland – aanpassingen in het huidige zorgmodel gemaakt moeten worden. Zoals gezegd, aangezien in Nederland zorg en onderzoek al jaren nauw verbonden zijn en de zorg in een zorgvuldig multidisciplinair verband aangeboden wordt, lijkt er nu geen reden om direct aanpassingen te maken. Wel is het van belang om zorgvuldig te blijven handelen en het onderzoek uit te breiden, passend bij de bredere groep die een zorgvraag heeft.

Genoemde leden vragen in hoeverre de onderzoekers er naar de mening van de Minister in zijn geslaagd om de derde hoofdvraag van het onderzoek te beantwoorden: «hoe kunnen we veranderingen de aard van

de zorgvraag verklaren?» Is de Minister bereid om vervolgonderzoek te initiëren naar de toename en verandering in vraag naar transgenderzorg, in het bijzonder gericht op minderjarigen en tienermeisjes?

Volgens het rapport valt de toename in de vraag naar transgenderzorg te verklaren vanuit een complex samenspel van individuele, sociale en maatschappelijke factoren, die samen leiden tot een push richting de specialistische zorg. De maatschappelijke acceptatie en integratie van transgender personen is verre van voltooid. Hierdoor blijft de psychologische last van het «anders zijn» bij het individu liggen en wordt dit niet of onvoldoende opgepakt in de maatschappij. Een breed palet aan vragen komt hierdoor momenteel terecht in de specialistische zorg (psychische en somatische zorg): de belangrijkste plek waar transgender personen op dit moment terecht kunnen.

Onderzoek naar de bredere groep aan zorgvragers en naar de vraag of een medische behandeling zinvol is bij de minder klassieke populatie loopt momenteel in het Amsterdam UMC.

Genoemde leden vragen de Minister verder om te reflecteren op het feit dat bij personen met genderdysforie vaak sprake is van comorbiditeit. Vindt hij dat dit in het Radboud-onderzoek voldoende naar voren komt? Gedacht kan worden aan het verband tussen genderdysforie en autisme, ADHD, een psychische stoornis of verminderde mentale gezondheid. Kan hij schetsen hoe hij zelf het verband ziet tussen bijvoorbeeld de verslechterende mentale gezondheid van tieners en het stijgende percentage geboren meisjes dat zich aanmeldt voor transgenderzorg? Erkent hij dat dit serieuze aandacht en onderzoek verdient? Is hij bereid om opdracht toe te geven? De leden van de SGP-fractie lezen dat via de focusgroepen alleen jongeren vanaf zestien jaar zijn bereikt. Waarom is daarvoor gekozen? Erkent de Minister dat door deze keuze een belangrijke groep minderjarigen buiten de reikwijdte van het onderzoek is gebleven? Sterker nog, erkent hij dat juist de stijging in de zorgvraag onder precies deze groep patiënten een belangrijke aanleiding is geweest voor laten uitvoeren het onderzoek? Is hij bereid om aanvullend onderzoek te laten uitvoeren naar recente ontwikkelingen in de zorgvraag en de demografie van minderjarigen?

Onderzoek bevestigt dat transgender personen inderdaad vaak meer vragen/zorgen hebben dan hun gendervragen alleen. Ze missen mogelijkheden om die vragen geïntegreerd aan de orde te stellen. Het onderzoek beveelt daarom aan om in de reguliere GGZ meer deskundigheid te realiseren op het gebied van gendervragen, zodat deze vragen in de context van de andere vragen van de persoon kunnen worden behandeld en beoordeeld. Ik ben met het veld aan het onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om professionals werkzaam in de GGZ (bij) te scholen op het gebied van transgenderzorg. Het feit dat transgender personen meer vragen hebben dan hun gendervragen onderstreept het belang van een zorgvuldige probleemverkenning. Dat gebeurt al eerste stap als personen zich melden bij een GGZ-hulpverlener binnen de transgenderzorg, zoals ook benoemd in de Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg. Onderzoek naar de bredere groep aan zorgvragers en naar de vraag of een medische behandeling zinvol is bij de minder klassieke populatie die zich meldt loopt momenteel in het Amsterdam UMC.

Ter aanvulling benoem ik een studie die nog gepubliceerd moet worden. Hierin zagen de onderzoekers van het Amsterdam UMC dat adolescenten die op jonge leeftijd bij het Amsterdam UMC worden aangemeld (rond de leeftijd van 12 jaar), minder bijkomende psychische problematiek hebben dan jongeren die op iets oudere leeftijd (rond de leeftijd van 15/16 jaar) worden aangemeld. Dit zou erop kunnen wijzen dat het vroeg verlenen

van zorg rondom medische transitie helpt in het voorkomen van de psychische problematiek. Het kan ook zo zijn dat de medische transitievraag bij de oudere aanmelders meer complex is en daarom nog meer zorgvuldigheid en gezamenlijke medische en psychische zorg vraagt. Onderzoekers uit het Amsterdam UMC hebben recent een Vidi-beurs gekregen van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) bestemd voor onderzoek naar de minder klassieke populatie minderjarigen die zich heden meldt op de transgenderzorg poli.

Deze leden constateren dat de rol van (sociale) media bij de stijging van de zorgvraag slechts in algemene zin aan bod komt. Het gebruik van sociale media voor het herkennen en exploreren van de transgenderidentiteit wordt in ieder geval erkend, maar niet specifiek onderzocht. Over negatieve effecten van sociale media zeggen de onderzoekers: «We kunnen in het algemeen concluderen dat er mogelijk een klein verband is tussen sociale mediagebruik en genderdysforie, maar dat er geen evidentie is van wat eerst was, de dysforie of het mediagebruik, en er ook geen rechtstreeks verband of effect is gevonden tussen beiden.» Een gebrek aan bewijs voor een rechtstreeks verband of effect betekent niet dat dit verband er niet is. De invloed van smartphones en sociale media (met name op minderjarigen) verdienen diepgaand onderzoek. Is de Minister bereid om aanvullend onderzoek hiernaar te laten verrichten?

Zoals de onderzoekers al opmerken, is er momenteel geen concrete aanleiding dat er een direct verband bestaat tussen social-mediagebruik en genderdysforie. De rol van het gebruik van sociale media is mede onderzocht in de focusgroepen. Daaruit blijkt dat niet zozeer het hebben van gevoelens van genderdysforie door sociale media wordt beïnvloed, maar vooral het vinden van woorden voor gevoelens die iemand reeds heeft. Dat wordt ook bevestigd in algemene literatuur over impact van sociale media: ze vormen bron van herkenning en informatie^{22, 23}. Dit jaar is er, op initiatief van ZonMw samen met het veld een Landelijk onderzoeksnetwerk transgenderzorg opgericht. Kennishiaten op dit gebied kunnen worden belegd in het Landelijk Onderzoeksnetwerk Transgenderzorg.

Genoemde leden constateren dat de onderzoekers nauwelijks rekenschap geven van de kritische geluiden uit een groeiend aantal landen als het gaat om medische behandelingen bij minderjarigen. Wat vindt de Minister daarvan? Kan hij uiteenzetten hoe er in respectievelijk Zweden, Noorwegen Finland en het Verenigd Koninkrijk inmiddels gedacht wordt over medische behandelingen bij minderjarigen?

Het onderzoek waaraan de vragenstellers refereren had niet tot doel om kritische geluiden rond transgenderzorg in kaart te brengen, maar om inzicht te bieden in de achtergronden van de veranderende vraag naar transgenderzorg naar heden toe. De overheid bemoeit zich ten principale niet met de manier waarop zorgverleners zorg verlenen, voor zover het medisch-inhoudelijke overwegingen betreft.

Het wetenschappelijke en internationale zorgdebat richt zich op dit moment op de vraag 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. Veel onderzoek hierover komt tot op heden uit Nederland en dat geldt vooral voor langetermijntkomsten. Ook wordt in Nederland vanaf de begintijd

²² Kennedy et al, Journal of LGBT Youth 2022

²³ Selkie et al; J of Adolesc Health 2020

data verzameld. 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. In het Verenigd Koninkrijk en Zweden heeft men besloten de zorg meer te academiseren, wat betekent dat deze zorg wordt aangeboden in het kader van wetenschappelijk onderzoek. In Nederland is al veel langer de praktijk dat de zorg voor transgender personen verweven is met vormen van wetenschappelijk onderzoek op dit terrein.

Regelmatig wordt er beweerd dat in het buitenland de «Dutch Approach» werd gebruikt. Dit klopt vaak niet, bijvoorbeeld met betrekking tot de onlangs gesloten Tavistock kliniek in Engeland. In een recent rapport naar de zorg in deze kliniek, het Cass rapport, wordt onder andere geconcludeerd dat er significante verschillen zijn tussen de «Dutch approach» en de werkwijze van de Tavistock kliniek. In de Tavistock kliniek werd de «Dutch Approach» – multidisciplinaire zorg, aandacht voor psychische comorbiditeit en langdurig volgen en monitoren (psychologische begeleiding) – losgelaten.

Kan de Minister ingaan op het wetenschappelijke debat dat gaande is met betrekking tot «sociale besmetting» en «Rapid Onset Gender Dysphoria»? Erkent hij dat dit niet zomaar kan worden afgedaan als «morele paniek», zoals de Radboud-onderzoekers doen?

Op dit moment is er geen reden om te veronderstellen dat jongeren vanwege sociale besmetting transgender zouden worden. Internationaal wetenschappelijk onderzoek wijst er juist op dat deze theorie van «sociale besmetting» niet door bewijs gestaafd kan worden. Toonaangevende organisaties van psychologen in de wereld, zoals de American Psychological Association, roepen daarom op om dit concept niet te gebruiken. Het rapport van de Radboud Universiteit gaat in op de geluiden tegen transgender rechten in Nederland. Een voorbeeld daarvan is het hanteren van het concept van «sociale besmetting», waarover andere onderzoekers²⁴ schrijven dat deze wijze van mobilisatie beschouwd kan worden als «morele paniek». Als Minister is het niet mijn taak om mij in wetenschappelijk debatten te mengen. Voor de gevolgtrekking die door de wetenschappelijke onderzoekers wordt getrokken verwijs ik graag naar de gedegen inhoud van de onderzoeken en de methodologische verantwoording.

Hoe reageert de Minister op de forse kritiek op het «wrong body-discours»? Wat heeft deze kritiek bijvoorbeeld te betekenen voor wetgeving waarin dit discours een belangrijke achtergrond was?

De onderzoekers van de Radboud Universiteit constateren dat het «wrong body-discours» transgender personen onterecht en eenzijdig in een medische context plaatst. Medische transgenderzorg kan zeker wenselijk en/of noodzakelijk blijken voor het welzijn van transgender personen en om te kunnen leven in overeenstemming met hun genderidentiteit en gewenste genderexpressie. Dit mag echter géén vereiste zijn voor de maatschappelijke acceptatie en juridische erkenning van transgender personen en wie zij zijn.

Daarom zijn de medische en lichamelijke eisen die werden gesteld om het juridische geslacht te kunnen wijzigen in 2014 komen te vervallen. Heden loopt er een wetsvoorstel vereenvoudiging transgenderwet. Het wetsvoorstel streeft verdergaande emancipatie van transgender personen na, ingegeven door ontwikkelingen in nationaal en internationaal verband.

²⁴ Althoff et al, Proces 2018

Onderdeel van emancipatie is de acceptatie van transgender personen in de samenleving.

De Minister stelt in de Kamerbrief dat de huidige tekortkomingen in de acceptatie van transgender personen «grotendeels ten grondslag liggen aan de toegenomen zorgvraag.» De Minister lijkt vergroting van de maatschappelijke integratie en acceptatie van transpersonen als dé sleutel te zien voor het verminderen van de vraag naar transgenderzorg. Kan hij bewijzen dat dit ook daadwerkelijk zo zal gaan?

Een belangrijke boodschap uit de rapporten is dat de wachtlijsten en de vraag naar transgenderzorg niet op zichzelf staan, maar onderdeel zijn van een sociaal-maatschappelijke context. Zoals in de Kamerbrief van 9 mei 2023 aangegeven, vragen de uitkomsten van de rapporten dan ook om een tweesporenbeleid waarbij geïnvesteerd wordt in enerzijds specialiserende genderzorg om wachtlijsten te verminderen en anderzijds ingezet wordt op het vergroten van kennis en acceptatie van genderdiversiteit breed in de maatschappij. Er is niet één sleutel om de wachtlijsten te verminderen, maar het kabinet zet in op zowel maatregelen binnen de zorg (zowel specifiek gericht op transgenderzorg, als het bredere beleid in het Integraal Zorgakkoord) als maatregelen binnen de maatschappij (zowel specifiek gericht op de acceptatie van transgender personen als de acceptatie van diversiteit in seksuele oriëntatie, genderidentiteit en expressie). Het is onmogelijk om op voorhand te bewijzen of een gekozen plan van aanpak daadwerkelijk zal lopen zoals men verwacht, maar het kabinet stelt op basis van wetenschappelijke onderzoeken beleid op dat een voldoende hoge mate van zekerheid geeft over de verbetering van de positie van mensen. Dankzij de rapporten van Radboud Universiteit en SiRM kan het kabinet dat ook op dit thema doen.

Is niet de ervaring van de afgelopen jaren juist geweest dat vergroting van de zichtbaarheid van transpersonen heeft geleid tot een zeer forse stijging van de zorgvraag? Kan de Minister nader onderbouwen hoe verdere vergroting van de zichtbaarheid en acceptatie volgens hem dan gaat leiden tot een daling of op z'n minst stagnatie van de zorgvraag? Kan hij daarbij expliciet ingaan op «scenario b» in het SiRM-onderzoek, waaruit duidelijk wordt dat grotere maatschappelijke acceptatie en bekendheid zal leiden tot een sterke stijging van bijna elke vorm van transgenderzorg?

In scenario b in het SiRM-rapport leiden grotere zichtbaarheid en acceptatie inderdaad tot stijgingen in vraag naar transgenderzorg. Daarbij is het belangrijk om te benoemen dat grotere acceptatie deels tot tegengestelde effecten kan leiden: enerzijds betekent het dat meer transgender personen de ruimte en veiligheid voelen om voor hun overtuiging uit te komen en dit in een deel van de gevallen ook uiten in een zorgvraag. Anderzijds betekent het dat er meer maatschappelijke ruimte komt voor transgender personen in brede zin, en nonbinariteit en gedeeltelijke transitie in het bijzonder, waar klassiek de transgenderzorg (en bredere maatschappij) meer uitgaat van een «of-of-situatie». Dit kan de vraag naar onder andere psychologische transgenderzorg en vormen van chirurgische transgenderzorg juist doen stagneren.

De leden van de SGP-fractie constateren dat de Minister in de Kamerbrief een zwart-witbeeld schetst waarin aan de ene kant voorstanders van sociale acceptatie bestaan en aan de andere kant ontkeners van het bestaan van transgender en non-binaire personen. Erkent hij dat er ook veel burgers zijn die de realiteit van het leven van transgender en non-binaire personen voluit onderkennen, maar die zich juist grote zorgen maken over de vergaande medicalisering die nu ook uit het onderzoek van

Radboud spreekt? Hoe zorgt de Minister ervoor dat hij niet zelf bijdraagt aan verdergaande polarisering?

Het kabinet vindt het belangrijk dat beleid niet alleen gericht is op (medische) mogelijkheden binnen het systeem rondom de zorg, maar juist ook op de maatschappelijke acceptatie van transgender personen. Uiteraard mag de diversiteit in de samenleving aan inzichten en meningen over genderdiversiteit blijven bestaan. Het is belangrijk hierover op een respectvolle en menselijke wijze het gesprek te voeren, met als uitgangspunt dat genderdiversiteit bestaansrecht heeft in de maatschappij.

Vindt de Minister dat het onderzoek van Radboud op respectvolle, representatieve en wetenschappelijk verantwoorde wijze een weergave biedt van kritische geluiden over het transgenderbeleid? Onderkent hij dat critici veel meer doelstellingen kunnen hebben dan de suggestie dat ze vooral werken met de methode van morele paniek? Vindt hij het kies om feministen te typeren met de in het buitenland als scheldwoord gemunte aanduiding «transuitsluitende» radicale feministen en de aanduiding anti-transgender feministen?

Het rapport is opgesteld door een interdisciplinair team van wetenschappers, binnen en buiten het medische domein. De interdisciplinaire benadering zorgt voor een breder perspectief dan een monodisciplinaire benadering, en in het theoretisch kader wordt een brede waaier aan perspectieven meegenomen. Dit onderzoek had niet tot doel om kritische geluiden rond transgenderzorg in kaart te brengen, maar om inzicht te bieden in de achtergronden van de veranderende vraag naar transgenderzorg naar heden toe. Dit onderzoek sluit aan bij de actuele richtlijnen van gerenommeerde internationale associaties voor onderzoek naar transgender personen en transgenderzorg (EPATH, WPATH).

De Minister ziet een cruciale rol weggelegd voor de zorgverzekeraars. De leden van de SGP-fractie maken uit de bijgevoegde brief van ZonMw op dat de zorgverzekeraars tot na de openbare consultatie in de klankbordgroep van het onderzoek betrokken zijn geweest maar toen hebben besloten zich terug te trekken. ZonMw vindt dit «opmerkelijk en zorgelijk». Kan de Minister verklaren waarom de zorgverzekeraars zich hebben teruggetrokken? Konden zij zich niet vinden in de conclusies en/of aanbevelingen van (een van) de onderzoeken? Wat zou volgens de Minister de rol van zorgverzekeraars moeten zijn?

Vertegenwoordigers van zorgverzekeraars zijn tot na de openbare consultatie betrokken geweest bij de klankbordgroep «Beleidsmakers en financiers», maar hebben besloten zich daarna terug te trekken. Er is navraag gedaan over de reden voor het terugtrekken, maar hier is vooralsnog geen antwoord op ontvangen.

De zorgverzekeraars hebben een zorgplicht, op basis waarvan zij voldoende zorg moeten inkopen voor hun verzekerden, binnen een redelijke tijd en reisafstand. Zorgverzekeraars hebben daarbij een cruciale rol om gezamenlijk met partijen te kijken wat nodig is en om hier de regie te nemen waar dat nodig is. Vanwege de toename van toegankelijkheidsvraagstukken blijven de zorgplicht en pro-activiteit van de zorgverzekeraar over de volle breedte van de zorg aandacht behoeven.

In de Kamerbrief moedigt de Minister betrokkenheid van huisartsen aan bij hormoonbehandelingen. Hoe verhoudt dit zich tot eerdere antwoorden op Kamervragen waarin hij aangeeft zich niet te willen bemoeien met de manier waarop zorgverleners zorg verlenen, voor zover het de medisch-

inhoudelijke aspecten betreft? In het onderzoek «Mijn gender, wiens zorg?» wordt explicieter gezegd dat de huisarts een rol zou kunnen hebben bij het voorschrijven van hormonen aan volwassenen. Kan de Minister aangeven of hij doelde op een dergelijke rol voor huisartsen of dat hij hier andere ideeën over heeft? Erkent de Minister dat medicalisering hierdoor juist versterkt kan worden? De gangbare praktijk is immers dat puberteitsremmers vaak leiden tot hormoonbehandelingen en vervolgens tot operaties.

Wat betreft mijn aanmoediging aan huisartsen om een rol te spelen bij hormoonbehandelingen in de transgendersorg gaat het om de locatie van de zorg, niet om de inhoud. Het betreft hier dus deels transitie van specialistische zorg naar de reguliere zorg.

Om de wachttijd te beperken en de zorg dichterbij de transgenderpersoon te brengen, is het een mogelijkheid om de huisarts een rol te geven bij de hormoontherapie. Het gaat hierbij om het overnemen van de hormoonbehandeling door de huisarts met interesse in transgendersorg. De endocrinoloog draagt deze zorg dan over. Het primair starten en instellen van een hormoonbehandeling vindt altijd plaats bij de endocrinoloog. Dit overnemen van de hormoonbehandeling door de huisarts is conform de richtlijn Kwaliteitsstandaard Transgendersorg Somatisch. Het is dus niet zo dat de huisartsen hiermee nieuwe bevoegdheden krijgen. Aangezien het enkel gaat om een verplaatsing van reeds lopende zorg zie ik niet hoe dit zou kunnen leiden tot medicalisering.

De leden van de SGP-fractie hebben met zorg kennisgenomen van het feit dat de herijking van de Kwaliteitsstandaard Transgendersorg Somatisch pas in september 2025 wordt verwacht. Ze vinden dit echt onbegrijpelijk. Waarom wordt het voldoen aan het Toetsingskader als reden opgevoerd om de herijking van de Kwaliteitsstandaard uit te stellen, terwijl het bestaan van dat Toetsingskader al heel lang bekend had kunnen zijn? Het huidige Toetsingskader 3.0 bestaat immers al sinds 1 juli 2021. In oktober 2021 heeft Zorginstituut Nederland de (evaluatie van de) kwaliteitsstandaard Transgendersorg Somatisch op verzoek van de Minister op de Meerjarenagenda geplaatst. Op dat moment was het Toetsingskader dus al bekend. Dat kan nu niet als argument opgevoerd worden. Wat is de echte reden van de vertraging?

Momenteel vindt er een evaluatie plaats van de Kwaliteitsstandaard Transgendersorg Somatisch die wordt uitgevoerd door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (KIMS) in opdracht van ZonMw en met subsidie van het Ministerie van VWS. Het KIMS kijkt naar de Kwaliteitsstandaard conform de methodiek die zij ook hanteert bij de ontwikkeling van andere medische richtlijnen, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers conform de Richtlijn voor Richtlijnen 2012 en de Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0. Te zijner tijd zal de nieuwe richtlijn moeten voldoen aan het Toetsingskader om in het Register van het ZIN te kunnen worden opgenomen. Evaluatie en herziening is een uitgebreid en zorgvuldig proces, dat tijd kost.

Genoemde leden lezen dat reeds nu al duidelijk is dat de huidige kwaliteitsstandaard verouderd is en op onderdelen herzien en/of uitgebreid moet worden. Kan de Minister puntsgewijs aangeven op welke onderdelen de Kwaliteitsstandaard verouderd is en herzien zal worden? Kan hij een overzicht geven van alle partijen die bij de herijking betrokken zijn? Kan hij het krachtenveld schetsen waarvan sprake is?

Bij de huidige doorontwikkeling van deze standaard worden in ieder geval de volgende punten geëvalueerd: ontwikkelingen met betrekking tot de «depathologisering» van genderincongruentie, de follow-up van de hormoonbehandeling bij de huisarts, nazorg na geslachtsbevestigende behandelingen of ingrepen, en de ontwikkeling en groei van netwerken voor transgenderzorg. Naast deze vier onderwerpen is er ruimte voor inzichten van de betrokken veldpartijen over eventuele aanpassingen of uitbreidingen van de Kwaliteitsstandaard op overige onderwerpen. Bij de evaluatie en herziening zijn verschillende partijen betrokken. Vanuit de projectgroep zijn dit: het Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten (KIMS), Transvisie, Transgender Netwerk Nederland (TNN) en Movisie. Verder zijn betrokken de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP), de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), de Nederlandse Vereniging voor Internisten (NIV), Treat it Queer, de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW), Rutgers, de Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS), de GGD Amsterdam (Transkliniek), Trans United Europe, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Landelijke Vereniging Medische Psychologie (LVMP).

Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

Het lid van de BBB-fractie heeft kennisgenomen van de twee onderzoeksrapporten op het gebied van transgenderzorg. Zij vraagt of er inzicht is in het aantal meldingen van discriminatie ten opzichte van transgender personen en of dit enigszins te koppelen valt aan de toename van het aantal transgender personen.

In het rapport Discriminatiecijfers 2022²⁵ wordt vermeld dat de politie in 2022 tien geweldsincidenten tegen transgenderpersonen registreerde. Uit de cijfers van het Openbaar Ministerie valt af te leiden dat de discriminatiegrond «transgenderpersonen» twee keer werd geregistreerd bij specifieke discriminatiefeiten (artikelen 137c tot en met 137g en 429quater WvS) en dat deze discriminatiegrond acht keer werd geregistreerd bij commune feiten met een discriminatieaspect.

De onderzoeken tonen een belangrijke maatschappelijke rol voor wat betreft acceptatie van genderdiversiteit. Dit onderwerp raakt immers de hele maatschappij en daarmee ook verschillende departementen. Genoemd lid vraagt of en hoe de communicatie tussen de verschillende departementen loopt met betrekking tot zorg voor transgender personen.

De Ministeries van VWS en OCW werken actief samen op het dossier transgenderzorg. Er is regelmatig contact en overleg. Zo is het Ministerie van OCW betrokken bij de begeleidende Kamerbrief bij deze rapporten en worden deze antwoorden door mij mede namens de Minister van OCW verzonden.

De Minister moedigt huisartsen aan om een rol te gaan spelen in de transgenderzorg. Het lid van de BBB-fractie vraagt hoe de Minister de exacte rol van de huisartsen voor zich ziet. Welke bevoegdheid krijgen huisartsen die zij nu nog niet hebben? In hoeverre is de Minister in gesprek met huisartsen en organisaties zoals de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) over het leveren van zorg aan transgender personen?

²⁵ Discriminatiecijfers 2022; Kamerstuk 30 950, nr. 347

Conform de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch, kan een huisarts de follow-up van de hormoonbehandeling voortzetten indien de medicatie goed is ingesteld door de endocrinoloog.

Om de wachttijd te beperken en de zorg dichterbij de transgender persoon te brengen, is het een mogelijkheid om de huisarts een rol te geven bij de hormoontherapie. Het gaat hierbij om het overnemen van de hormoonbehandeling door de huisarts met interesse in transgenderzorg. De endocrinoloog draagt deze zorg dan over. Het primair starten en instellen van een hormoonbehandeling vindt plaats bij de endocrinoloog. Het overnemen van de hormoonbehandeling door de huisarts is conform de richtlijn Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch. Het is dus niet zo dat de huisartsen hiermee nieuwe bevoegdheden krijgen.

Op dit moment is er de mogelijkheid voor huisartsen om deel te nemen aan nascholing op het gebied van transgenderzorg door middel van een webinar, zodat huisartsen met interesse in transgenderzorg zich hier meer comfortabel mee voelen. Verder ben ik momenteel bezig met de inrichting van een gremium transgenderzorg. Hierbij zijn onder andere huisartsen betrokken vanuit seksHAG, een expertgroep van het NHG.

De betrokken data gaan veelal tot aan 2016. Het lid van de BBB-fractie vraagt hoe de ontwikkelingen sinds 2016 zijn verlopen. Is deze data actueel genoeg?

De recente ontwikkelingen in de zorgvraag zijn in kaart gebracht door Zorgvuldig Advies en Transvisie. Het rapport van SiRM heeft deze data tot en met 2022 ook gebruikt voor de beantwoording van de vraag naar de prognose van de transgenderzorg in de komende jaren. Het klopt dat in het onderzoek van de Radboud Universiteit de meest recente meegenomen cijfers dateren uit 2016. Op het moment van uitvoering van het onderzoek (tot en met december 2022) was dit de meest recent beschikbare data. Eén van de mogelijke redenen waarom er nog geen nieuwere data beschikbaar was in de vorm van wetenschappelijke publicaties, is het feit dat het genereren van een wetenschappelijk artikel een langdurig proces is. Hierbij gaat het niet alleen om het verzamelen en analyseren van data en vervolgens het schrijven het artikel. Ook het publiceren van een artikel in een peer-reviewed tijdschrift is een langdurig proces.

In de onderzoeken zijn psychologen en psychiaters niet meegenomen in het onderzoek. Is hiervoor niet meer onderzoek nodig waarbij ook deze beroepsgroepen meegenomen worden?

Deze beide beroepsgroepen spelen een belangrijke rol spelen op dit thema. Om die reden zijn zowel psychiaters als psychologen dan ook meegenomen in klankbordgroep van beide studies. Daarmee vertrouw ik erop dat de visie van deze beroepsgroepen reeds voldoende is meegenomen in de onderzoeken.