

Vergaderjaar 2016–2017

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 274

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 juni 2017

Op 19 april 2017 verzocht u mij te reageren op een petitie en rapport van Principle 17 mede namens meerdere personen die werkzaam zijn bij het COC, Stopgatekeeping.nl, Transgender Netwerk Nederland, Transgenders zonder team en de Vereniging Genderdiversiteit, gedateerd op 21 februari 2017 inzake de Transzorg in Nederland.

Hieronder treft u mijn reactie aan op de brief van Principle 17 e.a., in het vervolg Principle 17, van 21 februari 2017.

Principle 17 ziet de volgende vijf knelpunten in de huidige transgenderzorg:

- Onnodig verleende zorg.
Transgenders worden onnodig gepathologiseerd en gemedicaliseerd. Er gelden verplichte consulten met een psycholoog of psychiater als voorwaarde om somatische zorg te kunnen krijgen. Deze Nederlandse zorgpraktijk is in strijd met de mensenrechten.
- Onnodig dure zorg.
Er worden medische behandelingen opgelegd die vele transgenders niet willen ondergaan. Er wordt geen zorg op maat geleverd.
- Onacceptabel lange wachttijden.
Al jarenlang bestaat er een structureel capaciteitstekort met lange wachttijden en een totale vertraging van minimaal twee jaar tussen aanmelding en medische behandeling.
- Sluiting van klinieken voor transgenderzorg.
In Alkmaar en in Leiden is somatische transgenderzorg verdwenen. Het initiatief in Zuid Nederland biedt daarvoor geen vervanging.
- Monopolisering van de transgenderzorg.
Het KZCG van het VUmc en het UMCG hebben een monopoliepositie verworven waardoor het recht op vrije artskeuze geschonden wordt. In het verlengde van deze punten stelt Principle 17 zes beleidswijzigingen voor.

Reactie in het kort

Ik vind met Principle 17 de toegankelijkheid van transgenderzorg van belang en constateer dat er een beweging in het aanbod van zorg op gang is gekomen om decentralisatie- en capaciteitsproblemen aan te pakken. Ook constateer ik dat aanbieders de wens van de patiënten om de zorg meer op maat te leveren, serieus nemen. Over de invoering van de zogenoemde «informed consent» aanpak bestaat op dit moment geen overeenstemming. Voorstellen die betrekking hebben op de inhoud van zorg en de inhoud van curricula horen thuis in de daartoe geëigende verbanden. Hieronder treft u mijn specifieke reactie op verschillende knelpunten en op de zes voorstellen van Principle 17.

Reactie

Wat betreft de genoemde knelpunten merk ik het volgende op. Principle 17 is van oordeel dat transgenders in Nederland onnodig worden gepathologiseerd en gemedicaliseerd en dat er medische behandelingen worden opgelegd die vele transgenders niet willen ondergaan. Ik wijs erop dat op grond van artikel 2 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) de zorgaanbieder goede zorg moet aanbieden. In artikel 2 is opgenomen dat goede zorg in ieder geval inhoudt dat zorgverleners handelen in overeenstemming met de professionele standaard. Onnodige medische behandelingen of ingrepen die de cliënt of patiënt zelf niet wil ondergaan vallen niet onder goede zorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) kan hierop handhaven indien zorgaanbieders handelingen verrichten die niet conform de professionele standaard zijn. De IGZ kan dan een aanwijzing geven om binnen een bepaalde termijn verbeteringen aan te brengen. In ernstige gevallen kan de IGZ een bevel tot sluiting geven.

Ten aanzien van verplichte psychologische consulten merk ik het volgende op. Patiëntenorganisaties, zorgverleners en zorgverzekeraars maken samen afspraken over wat goede zorg is. Deze worden vastgelegd in kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten. Alle goedgekeurde kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten komen in het Register van Zorginstituut Nederland. Ik stel daarom voor dat Principle 17 dit voorstel voorlegt aan en inbrengt bij de partijen die bezig zijn met de kwaliteitsstandaard Transgenderzorg. Ik zal het Kwaliteitsinstituut Medisch Specialisten een kopie sturen van de petitie van Principle 17 en van mijn reactie daarop.

In mijn brief aan uw Kamer van 11 april 2017 waarin ik op verzoek van uw Kamer reageer op voorstellen van Patiëntenorganisatie Transvisie ben ik eerder ingegaan op afschaffing van de verplichte psychologische screening. Ik verwijs u ook naar deze brief.

1. Invoering van het principe van informed consent.

Principle 17 pleit voor volledige zelfbeschikking van de transgender, waarbij de transgender zelf bepaalt welke behandeling wanneer en op welke manier plaatsvindt, zonder dat er een diagnose door een psycholoog en/of psychiater wordt gesteld. Zelfbeschikking is een belangrijk uitgangspunt van wetgeving in de gezondheidszorg. Zelfbeschikking komt tot uitdrukking in het beginsel van geïnformeerde

toestemming¹ (informed consent). Het geven van geïnformeerde toestemming voor een behandeling houdt in dat een cliënt of patiënt het recht heeft om «nee» te zeggen tegen een behandeling en het recht heeft op keuzevrijheid bij verschillende behandelopties. Dat recht betekent overigens niet dat de cliënt of patiënt zelf kan bepalen op welke behandelingen hij of zij recht heeft krachtens de Zvw. Om toegang te krijgen tot verzekerde zorg is in ons verzekeringsstelsel bepaald dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg voor zover hij daarop redelijkerwijs is aangewezen. Zorgverzekeraars moeten kunnen nagaan of een verzekerde is aangewezen op die vorm van zorg, bijvoorbeeld door een verwijzing te vragen of voorafgaand toestemming te geven. In de Zorgverzekeringswet (Zvw) is het de bevoegdheid van verzekeraars of en hoe zij daar invulling aan geven. Enkel voor medisch-specialistische zorg is in artikel 14, tweede lid, van de Zvw bepaald dat hiervoor verwijzing verplicht is, met uitzondering van acute situaties.

Ik begrijp dat Principle 17 niet doelt op de in Nederland wettelijk gestelde regels omtrent informed consent, maar een aanpak bepleit waarbij de hulpverlener, zoals een psycholoog of een psychiater, in één gesprek bepaalt of de persoon in kwestie in staat geacht mag worden om de impact en risico's van de behandelingen te overzien en daarover een afgewogen beslissing te nemen. Zorgaanbieders, -professionals en verzekeraars tonen zich vooralsnog terughoudend over deze wijze van werken omdat het ten koste kan gaan van kwaliteit van zorg. Zij zien in deze aanpak te weinig ruimte voor de professionele verantwoordelijkheid van de arts (zoals plastisch chirurg, endocrinoloog), de psycholoog, de psychiater: het multidisciplinaire team. Dat vindt men belangrijk omdat de cliëntenpopulatie een gevarieerd beeld laat zien. In vaker voorkomende situaties is er sprake van bijkomende psychologische en/of psychiatrische problemen. Als er sprake is van bijkomende problematiek dan is er in de fase van diagnostiek en indicatiestelling soms meer tijd nodig voor begeleiding. Deskundigen vinden het in sommige situaties noodzakelijk om zaken goed uit te zoeken of om de beste uitgangssituatie bijvoorbeeld op het gebied van relaties, wonen en werk te verkrijgen voordat het behandeltraject start. Er zijn ook cliënten die geen bijkomende problematiek hebben en bij wie in minder gesprekken een duurzame wens tot geslachtsbevestiging kan worden vastgesteld, aldus de zorgaanbieders en de zorgprofessionals. In de praktijk is steeds meer sprake van zorg op maat.

Zorgaanbieders, en zorgprofessionals geven aan zorg op maat als uitgangspunt te hanteren. De verdiensten en de risico's van de door Principle 17 en Transvisie voorgestelde manier van werken (informed consent) zullen nader bezien moeten bij de al eerder genoemde kwaliteitsstandaard somatische transgenderzorg, waar ook patiënten betrokken zijn bij de opstelling ervan.

2. Vrije keuze van behandelaar.

Ik heb geen oordeel over de inhoud en de toepassing van behandelprotocollen en behandelstandaarden. Het is aan zorgverleners en professionals om te handelen in overeenstemming met de professionele standaarden, als het gaat om medische behandelingen zoals bijvoorbeeld hormonale behandelingen waaronder het verstrekken van zogenaamde cross-sex hormonen en als het gaat om behandelprotocollen en fasering van

¹ Het begrip «informed consent» verwijst naar de plicht van de hulpverlener om een behandeling alleen te geven als de patiënt daarover is geïnformeerd en daarvoor toestemming heeft verleend. Deze plicht is wettelijk vastgelegd in de Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO) en heeft als doel om de positie van de patiënt te verduidelijken en te versterken. De wet regelt rechten van de patiënt zoals het recht van de patiënt op informatie, op privacy en op inzage in het medisch dossier en plichten van de hulpverlener. Zie ook <http://wetten.overheid.nl/BWBR0007021/2006-02-01>

behandelingen. Medisch specialistische kennis en ervaring zijn noodzakelijk bij de keuze van zogenaamde cross sex-hormonen en bij de begeleiding van het toepassen ervan. Het effect ervan is ingrijpend en sommige mensen hebben een verhoogd risico op complicaties.

3. Decentralisatie van transgenderzorg en

4. Uitbreiding van zorg aan transgenders

Ik vind toegankelijkheid van transgenderzorg van groot belang. Tijdens het eerder genoemde overleg transgenderzorg met partijen, is gebleken dat er diverse positieve ontwikkelingen te melden zijn gericht op decentralisatie en uitbreiding van zorg. Het VUmc heeft besloten om voor 2017 de capaciteit van het Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie (KZcG) opnieuw te verhogen met 20% uitbreiding van alle disciplines. Het UMCG, dat over een genderteam voor volwassenen van beperktere schaal dan het VUmc beschikt, werkt toe naar een verdubbeling van de capaciteit in 2017 en bestudeert de mogelijkheden om ook jongeren in zorg te nemen. In Zuid Nederland is per 1 februari 2017 een multidisciplinair genderteam van start gegaan dat de intentie heeft om ook medische zorg te gaan bieden aan zowel jeugdigen als volwassenen, als aanvulling op de GGZ-zorg die daar al wordt geleverd aan kinderen en jeugdigen en hun ouders. Het is een samenwerking tussen de Mutsaersstichting in Venlo en Psychologen Praktijk OOG in Eindhoven. Het nieuwe genderteam werkt samen met het KZcG van het VUmc. Daarnaast bestaat er inmiddels samenwerking tussen het VUmc en in genderzorg gespecialiseerde psychologenpraktijken in den lande, zoals Psycho Informa Instellingen en Psychologenpraktijk De Vaart. Samenwerkingsafspraken tussen het UMCG en genoemde praktijken worden momenteel geconcretiseerd. De genderteams van de ziekenhuizen en de psychologenpraktijken onderzoeken of «zij-instroom» mogelijk is. Door deze samenwerking vindt spreiding van zorg plaats.

Het is duidelijk dat deze maatregelen tijd nodig hebben om hun beoogde effect te bereiken, namelijk dat cliënten sneller geholpen kunnen worden, doordat wachtlijsten afnemen. Echter, zolang het aantal aanmeldingen sneller groeit dan uitbreiding van de capaciteit van de bestaande genderteams praktisch realiseerbaar is, blijft het probleem van wachttijden in de transgenderzorg bestaan. Andere (academische) ziekenhuizen zouden in overleg met zorgverzekeraars kunnen onderzoeken of zij deze zorg willen en kunnen gaan leveren en daarover afspraken maken met zorgverzekeraars. De in het eerdergenoemde overleg aanwezige verzekeraars gaven aan dat er in beginsel geen financiële beletselen zijn voor uitbreiding van transgenderzorg, indien nodig. Zij onderstrepen daarbij het belang van kwaliteit van zorg: ook bij krapte van het aanbod mogen maatregelen die gericht zijn op een snellere doorstroom, niet ten koste gaan van kwaliteit van zorg.

De kwaliteitsstandaard voor transgenderzorg GGZ zal niet op korte termijn een direct gevolg hebben voor decentralisatie of zorgcapaciteit. Toch zie ik de kwaliteitsstandaard als een belangrijke voorwaarde voor het op termijn garanderen van kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Ik heb begrepen dat de kwaliteitsstandaard GGZ naar verwachting op korte termijn kan worden ondertekend door alle betrokken partijen, om na autorisatie te worden ingeschreven in het register van het Zorginstituut Nederland (ZIN). Daarna kan implementatie in de dagelijkse praktijk plaatsvinden. Tot slot merk ik nog op dat voor de genderpoli geen Treeknorm is opgesteld: de genderpoli valt niet onder de Regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg van de NZa (NR/CU-262). Het zou goed zijn als er voor deze zorg ook Treeknormen komen. Aanbieders en patiënten zijn in het kader van de zorgstandaard somatisch al met normen voor wachttijden transgenderzorg aan de slag gegaan. Ik zal Zorgverzekeraars Nederland (ZN), aanbieders en patiënten vragen het initiatief te nemen

om Treeknormen voor deze zorg te ontwikkelen en daarbij rekening te houden met de normen wachttijden van de zorgstandaard somatisch.

5. Invoering culturele competentietraining in (para)medische curricula
Het is van belang dat artsen zich bewust zijn van de diversiteit aan zorgbehoeften – bijvoorbeeld op het gebied van gender, leeftijd en culturele achtergrond – in hun veld. Binnen de zorgopleidingen wordt de basis voor dit bewustzijn gelegd. De inhoud van deze opleidingen wordt tijdens overleggen binnen brancheorganisaties, zoals de NFU en de MBO Raad geformuleerd. Omdat opleiders de expertise hebben om een effectief en coherent curriculum samen te stellen, ligt het eigenaarschap over de inhoud van de curricula bij hen. Ik heb geen directe zeggenschap over de inhoud van de curricula. Tijdens mijn periodieke overleggen met de brancheorganisaties zal ik genderdiversiteit onder de aandacht van opleiders en curriculumexperts brengen.

6. Vergoeding transgenderzorg

Principle 17 pleit voor ruimere vergoeding van behandelingen gericht op aanpassing van secundaire geslachtskenmerken. Behandelingen met als doel aanpassing van secundaire geslachtskenmerken vallen niet zonder meer onder de verzekerde Zvw-zorg. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ), de voorganger van het ZIN, heeft aangegeven dat voor Zvw-vergoeding van ingrepen gericht op secundaire geslachtskenmerken sprake moet zijn van een verminking, zoals dat in het kader van de Zvw wordt uitgelegd².

De zorgverzekeraars zullen in individuele gevallen (moeten) nagaan of er sprake is van een zogenoemd «passabiliteitsprobleem». Hiervoor heeft de Vereniging van Adviserend Geneeskundigen bij Zorgverzekeraars (VAGZ) een werkwijzer met een scorelijst ontwikkeld die de zorgverzekeraars als hulpmiddel kunnen gebruiken.

Zo komt bij man-vrouw transgenders permanente haarverwijdering in het gezicht en hals voor Zvw-vergoeding in aanmerking. Ook aangezichtschirurgie en reductie van een prominente adamsappel kunnen uit de Zvw kunnen worden vergoed ingeval van een passabiliteitsprobleem. Wat betreft de vergoeding van borstprothesen voor man-vrouw transgenders verwijs ik naar mijn brief van 4 november 2016 (Kamerstuk 29 689, nr. 781). Ik heb daarin aangekondigd dat ik mij zal beraden op een subsidieregeling voor borstprothesen en de Tweede Kamer daaromtrent nog voor de zomer zal informeren. Dat zal ik binnenkort doen. Over contourcorrectie van heupen bij vrouw-man transgenders, waaronder de door Principle 17 genoemde heup liposuctie, heeft het CVZ aangegeven dat het doorgaans een ingreep is met een puur cosmetisch karakter.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

² <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2007/03/27/het-cvz-toetsingskader-geeft-aan-dat-de-specifieke-zorg-aan-transseksuelen-grotendeels-een-te-verzekeren-prestatie-is>