

Toepassingsgebied

Betrokken specialismen binnen het zorgcentrum Genderdysforie.

Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

1. Inleiding

Dit protocol geeft de werkwijze en procedures weer van de zorg voor volwassen patiënten van het Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie (KZcG) van het VU medisch centrum (VUmc) te Amsterdam.

Het KZcG neemt de stand van wetenschap en praktijk zorgvuldig in acht. Op het relatief jonge gebied van de (trans-)genderzorg is er echter nog relatief weinig evidence. De werkwijze van het KZcG sluit aan bij de richtlijnen (Standards of Care) van de World Professional Association for Transgender Health (WPATH), de internationale professionele organisatie op het gebied van de hulpverlening aan mensen met genderdysforie ((Coleman et al., 2012)).

In 1997 is ten behoeve van de zorg aan personen met genderdysforie in het VUmc een Zorgpad Volwassenen Zorgcentrum Genderdysforie ontwikkeld. Hierin wordt een schematisch overzicht gegeven van zowel het gehele multidisciplinaire zorgproces (inclusief tijdlijnen en type besluiten) als de deelprocessen voor alle disciplines en van de interdisciplinaire beslismomenten. Dit zorgpad is medio 2014 gereviseerd. Het onderhavige protocol beschrijft de primaire zorg binnen het zorgpad: de diagnostiek, hormoonbehandeling en geslachtsaanpassende operaties.

De behandeling van genderdysforie neemt binnen de in Nederland gehanteerde classificatie van psychiatrische stoornissen (DSM-5; American Psychiatric Association) en ziekten (ICD 10; WHO) een unieke plaats in. Bij geen andere medische behandeling wordt de diagnose gesteld door anderen dan degenen die de medische interventie uitvoeren. Verantwoorde zorg op het gebied van genderdysforie is alleen mogelijk indien de participerende disciplines nauw samenwerken en gebruik maken van hiertoe geëigende overlegstructuren.

In mei 2013 is de DSM-5 in Amerika gepubliceerd; de nieuwe term in plaats van Genderidentiteitsstoornis (GIS) is hierin Genderdysforie (GD). Eveneens zijn de criteria veranderd, zo voldoen onder andere ook transgenders die qua genderidentiteit niet binnen

de dichotomie van man of vrouw vallen maar wel een lichamelijke aanpassing aan hun genderidentiteit wensen onder deze diagnose. In 2017 zal de ICD-11 gepubliceerd worden, waarin de diagnose transseksualiteit mogelijk geheel uit het hoofdstuk van psychische aandoeningen verdwijnt. In dit protocol zal de term Genderdysforie (GD) worden gebruikt.

Dit protocol is een algemene leidraad voor de diagnostiek en behandeling van volwassenen met genderdysforie die aangemeld zijn bij het VUmc. Het protocol biedt zowel behandelaars als patiënten een duidelijk kader van wat er aan zorg geboden kan worden. In individuele gevallen kan beredeneerd afgeweken worden van deze richtlijn.

Uitgangspunt voor de behandeling is de individuele behandelwens van de patient. Voor veel mensen betreft dit een volledige transitie naar het andere geslacht. Anderen willen alleen behandeling met hormonen of af alleen bepaalde chirurgische aanpassingen. Het huidige protocol is geschreven in termen van transitie, maar op geleide van de wens van patient kan aan de hand van dit protocol een individueel behandelingsplan worden opgesteld. In dit protocol wordt gebruikt gemaakt van M>V voor veranderingen bij biologische mannen in vrouwelijke richting en V>M voor veranderingen bij biologische vrouwen in mannelijke richting.

Werkwijze

2. Werkwijze

Het hulpverleningsproces aan patiënten met genderdysforie wordt ingedeeld in volgende fasen:

1. Aanmelding / Screeningsgesprek
2. Diagnostische fase;
3. Sociale transitie en cross-sex hormoonbehandeling);
4. Operatieve behandelfase,
5. Postoperatieve nazorg fase
6. Levenslange hormonale vervolg-behandeling

Dit multidisciplinaire behandeltraject wordt gemarkeerd door een aantal besluiten die in de MDO's (PSYCHE, genderteam-bespreking) worden genomen en in Mirador worden vast gelegd in het behandeldossier:

- Besluit Toegang Diagnostiek (besluit 1)
- Besluit Start hormonen (besluit 2)
- Besluit Chirurgie (besluit 3)
- Besluit Afronding behandeling (besluit 4)

Bij alle besluiten zal de aard van de individuele behandelwens worden benoemd.

3. Aanmelding en screening

Volwassenen melden zich in de meeste gevallen zelf aan, maar kunnen ook door een partner of ouder worden aangemeld en/of door een hulpverlener worden doorverwezen, in alle gevallen met toestemming van de volwassene. Sinds juli 2013 is een verwijsbrief van de huisarts verplicht. Na plaatsing op de wachtlijst worden zij in volgorde van aanmelding uitgenodigd voor een screeningsgesprek door een medisch psycholoog. Dit gesprek vindt plaats zodra gegevens van andere hulpverleners zijn opgevraagd en bij het secretariaat binnengekomen. Doelstelling van de screening is na te gaan of iemand bij het KZcG aan het juiste adres is om er de diagnostische procedure te doorlopen. Personen met zodanig ernstige psychologische problematiek of psychiatrische co-morbiditeit dat diagnostiek met betrekking tot de genderdysforie niet mogelijk is, worden doorverwezen naar regionale GGZ-instellingen. Na adequate behandeling van de bijkomende aandoeningen kunnen deze patiënten op een later tijdstip alsnog instromen. Indien verwijzing naar psychologische hulpverlening in de regio gedurende de wachtlijstperiode de draagkracht van de patiënt kan vergroten, in voorbereiding op de diagnostische fase, worden patiënten hierop geattendeerd of verwezen.

Tevens wordt tijdens het screeningconsult een Medische Screeninglijst ingevuld. Deze lijst en de opgevraagde informatie van de huisarts (en/of andere medische informatie) wordt door een arts beoordeeld. In sommige gevallen is het voor het behoud van de gezondheid van belang al vóór start van de geslachtsaanpassende behandeling (GAB) een patiënt met een bepaalde aandoening (bijv. epilepsie of diabetes) zo goed mogelijk in te stellen (indien dit nog niet is gebeurd) om een verslechtering na start van de hormoonbehandeling te voorkomen. In uitzonderlijke gevallen bestaan zelfs medische contra-indicaties voor (delen van) de GAB. Met deze patiënten wordt gezamenlijk gezocht naar een psychologisch en medisch verantwoorde uitweg.

Patiënten die het screeningproces hebben afgesloten worden in het maandelijks PsyGe-overleg besproken en voorgedragen voor de diagnostische fase. Hiervoor worden zij wederom op een lijst geplaatst en in de volgorde van (de oorspronkelijke) aanmelding uitgenodigd voor de diagnostische

4. Diagnostiek

In principe kan zowel een psycholoog als een psychiater van het genderteam de diagnostiek verrichten en de persoon in het traject begeleiden. Binnen het genderteam van VUmc is veelal een MP verantwoordelijk voor de diagnostiek. Is er sprake van ernstige comorbide psychiatrische problematiek, dan wordt een psychiater van het genderteam als (mede-)behandelaar ingezet conform de werkwijze zoals beschreven in het Zorgpad Gender. De indicatie voor een gemeenschappelijk psychologisch – psychiatrisch traject wordt in het Psyge-overleg gesteld en de voortgang wordt aldaar gerapporteerd.

Psychiatrische consulten en/of intercollegiale consulten zijn te allen tijde binnen het transitietraject mogelijk. Indien er sprake is van psychiatrische comorbiditeit die intensieve klinische aandacht behoeft, dan wordt een parallel traject gestart bij de GGZ in de eigen regio.

4.1. Vraagstelling

In deze eerste diagnostische fase staat de beantwoording van de volgende vragen centraal:

1. Is er sprake van genderdysforie (GD) ?
2. Hoe ernstig is de GD en wat is wens met betrekking tot geslachtsaanpassende behandeling (GAB)?
3. Is de genderdysforie een symptoom van een andere psychiatrische stoornis? (Indien dat het geval is, is de verwachting dat behandeling van de andere psychiatrische stoornis zal leiden tot vermindering of opheffing van de genderdysforie)
4. Is er sprake van co-morbiditeit? Zo ja, is deze zo ernstig dat diagnostiek er ernstig door wordt belemmerd of dat een behandeling van de genderdysforie vooralsnog niet aan de orde is?
5. Is er sprake van een voldoende stabiel sociaal netwerk? Zo niet, is het ontbreken van een sociaal netwerk of de aanwezigheid van teveel of te ernstige sociale problemen een (voorlopige) contra-indicatie voor het starten van een GAB ?

6. Heeft de persoon voldoende draagkracht om een GAB te kunnen starten? Zo niet, wat dient er gedaan te worden om deze draagkracht zo te herstellen dat een GAB (eventueel) gestart kan worden.

7. Heeft de patiënt voldoende begrip van wat GAB inhoudt en wat de consequenties zijn op de lange termijn, is de patiënt in staat tot de benodigde therapietrouw en tot het regelmatig komen op hiervoor noodzakelijke medische controles?

In het kader van de differentiaaldiagnose wordt de GD o.a. onderscheiden van:

- Transvestisch fetisjisme
- Ego dystone homoseksualiteit
- Identiteitsstoornissen, al dan niet in het kader van psychiatrische problematiek (m.n. psychosen en ernstige persoonlijkheidsstoornissen, dissociatieve stoornissen en ernstige bipolaire stoornissen)
- Een GAB wens in het kader van een autisme spectrum stoornis

4.2. Informatieverzameling

De diagnose GD is een klinische diagnose. Dat wil zeggen dat de psycholoog/psychiater deze baseert op het eigen oordeel over de (subjectieve) informatie die door de patiënt (vaak ook ouders of een partner) mondeling en schriftelijk verstrekt worden.

Gedurende de diagnostische fase probeert de psycholoog/psychiater inzicht te krijgen in de duur en mate van persistentie van de door de patiënt ervaren genderdysforie. Het ontstaan, de ontwikkeling en de uitwerking van de genderdysforie op het totale functioneren van de persoon in kwestie (in sociaal, emotioneel, psychisch, seksueel en fysiek opzicht) wordt in kaart gebracht. Meestal vinden individuele gesprekken plaats. Indien gewenst en mogelijk is er ook een gesprek met partner, ouder of ander familielid (heteroanamnese).

In de gesprekken komen de volgende aspecten aan bod:

- ontwikkeling cross-genderidentiteit (o.a. onderscheid early- en late-onset transseksualiteit; atypisch genderrolgedrag en mate van genderdysforie in de kindertijd; omgevingsfactoren die mogelijk op de genderontwikkeling van invloed zijn geweest)

- geschiedenis en betekenis van omkleeding (o.a. aanvangsleeftijd, frequentie, functie, uitgebreidheid)
- lichaamsbeleving
- psychisch en sociaal functioneren
- ontstaan wens om een gehele of gedeeltelijke GAB te ondergaan
- psychoseksuele ontwikkeling (o.a. zelfbeleving in seksuele fantasieën; actief/passief gebruik van de genitalia/borsten tijdens seksueel contact; seksuele oriëntatie)
- wensen en verwachtingen t.a.v. GAB/ leven in het andere geslacht.

Informatie wordt verder ingewonnen:

- Bij hulpverleningsinstanties
- Bij de GGZ en/of andere hulpverleningsinstanties waarmee patiënt contact heeft of heeft gehad, wordt (al voor de screening; zie hierboven) om informatie gevraagd over eerder gestelde diagnoses en/of behandelingen. Het aanvragen van informatie wordt uitsluitend gedaan nadat de patiënt hiervoor schriftelijke toestemming heeft gegeven.

Zo nodig wordt ook later met deze instellingen samengewerkt.

- Via psychodiagnostisch onderzoek:

Voor de diagnostiek worden naast de informatie uit de klinische interviews ook de bevindingen van psychologisch testonderzoek gebruikt. Het psychodiagnostisch onderzoek wordt in de regel door de psychologisch medewerker afgenomen. Verslaglegging gebeurt onder supervisie van de psycholoog die, uit hoofde van zijn beroep, gerechtigd is dergelijk psychodiagnostisch onderzoek te accorderen en de uitkomsten daarvan te interpreteren. De psychiater, die hiertoe niet opgeleid is, zal de psycholoog verzoeken dit onderzoek voor hem/haar te verrichten.

Diagnostische instrumenten

De instrumenten die op dit moment gebruikt worden hebben betrekking op de meting van genderdysforie, lichaamsbeleving en algemeen psychisch functioneren. De samenstelling hiervan wordt met enige regelmaat aangepast.

4.3. Adviesgesprek en indicatiestelling

De eerste diagnostische fase wordt afgerond met een adviesgesprek. Hierin komen de diagnose en het behandeladvies aan de orde. De psycholoog voert dit advies gesprek met de patiënt vooraleer hij de patiënt ter indicatie voor een GAB bespreekt in het Psyge-overleg dan wel in het plenaire Genderteam-overleg. Hierna koppelt de psycholoog dit terug aan patient.

4.4. Behandeladvies: de uitkomst van de diagnostiek

Op basis van de hele diagnostische procedure zal de psycholoog/psychiater een diagnose en een behandeladvies voorleggen aan het Genderteam. Daarbij zijn er drie hoofduitkomsten:

- Geen diagnose GD (4.4.1)
- Wel GD, (nog) geen indicatie GAB (4.4.2.)
- Diagnose GD, wel indicatie GAB, volledig (4.4.3.)
- Verlengde diagnostische fase: onderdrukking gonadale hormoonproductie (4.4.4.)

4.4.1. Geen diagnose GD,

- Informatie over de eventuele andere diagnose(s) gegeven en zo nodig wordt hiervoor behandeling geadviseerd
- De patiënt geholpen bij het vinden van adequate hulp elders. Hiertoe is een samenwerkingsverband met een netwerk van GGZ instellingen in het land opgericht.
- De patiënt gewezen op de mogelijkheid voor een second opinion, indien deze het niet eens is met de diagnostische conclusie

4.4.2 Wel GD, (nog) geen indicatie GAB

- wordt uitgelegd waarom nog niet tot hormoonbehandeling kan worden overgegaan
- geholpen met het vinden van adequate psychische hulp, indien het om ernstige psychiatrische comorbiditeit gaat (indien mogelijk, via het eerdergenoemde GGZ netwerk)

- uitgelegd wanneer men wel aan de benodigde voorwaarden voldoet. Men zal dan indien deze voorwaarden vervuld zijn met voorrang aan de beurt komen voor een indicatieheroverweging bij dezelfde psycholoog/psychiater die het diagnostisch traject gestart is.

4.4.3. *Diagnose GD, indicatie behandelwens GAB*

De begeleidende MP / psychiater brengt het verzoek tot indicatiestelling GAB in en beargumenteert het verzoek. De indicatiestelling voor ongecompliceerde patiënten wordt besproken in het PsyGe overleg en geaccordeerd door het genderteam dan wel, in het geval van patiënten met interfererende comorbiditeit, besproken én geaccordeerd in het genderteam-overleg (zie ook hierboven). Over de indicatie dient binnen het genderteam overeenstemming te bestaan. Zoveel als mogelijk zal er gewerkt worden met consensus. Bij twijfel binnen het team over de gestelde diagnose of over draagkracht voor de vervolgstappen, kan, afhankelijk van het gewicht en de omvang van de twijfel, tot verschillende acties worden besloten. De gestelde diagnose en behandelindicatie kunnen worden afgewezen of er kan worden geadviseerd de diagnostische fase te verlengen om bepaalde aspecten nader uit te diepen en te analyseren. Eventueel kan een patiënt hiervoor naar elders worden verwezen.

4.4.4 . *Verlengde diagnostische fase: onderdrukking gonadale hormoonproductie*

Het genderteam kan – in het geval M>V - tevens besluiten tot een zogenaamde “gefaseerde start”. Dit is een endocrinologisch ondersteunde voortgezette diagnostische fase. Hierbij worden de als belastend ondervonden endogene geslachtshormonen tijdelijk onderdrukt maar nog geen cross-sex hormonen voorgeschreven. Deze fase is reversibel en dient ter verdere evaluatie van de draagkracht.

Doel van deze verlengde diagnostiekfase is een tussenstap te creëren bij patiënten voordat met de werkelijke (deels irreversibele) GAB begonnen wordt. Patiënten hebben zo meer tijd en rust om zich voor te bereiden of kunnen eerst eens ervaren hoe het leven zonder eigen geslachtshormoonproductie is, zonder dat zij al de effecten ervaren van de wensgeslachtshormonen.

Deze verlengde diagnostische fase duurt bij voorkeur niet te lang, maximaal een half jaar, omdat gonadale onderdrukking zonder suppletie gezondheidsrisico's geeft. Na een half jaar wordt het plenaire genderteam over de voortgang geïnformeerd. Voortgezette onderdrukking van langer dan ½ jaar kan alleen worden geïndiceerd na een zorgvuldige medische afweging en akkoord van de medische behandelaars. Gedurende

deze periode wordt de patiënt 1 keer per 3 maanden begeleid en ondersteund door een MP en zo nodig vindt elders een parallel psychologisch behandelingstraject plaats.

4.5. Afsluiting diagnostische fase

De (eerste) diagnostische fase wordt afgesloten met een brief waarin een samenvatting en een conclusie van de diagnostische fase wordt gegeven. Deze brief wordt verstuurd aan degenen, die in het Genderteam voor de hormoonbehandeling verantwoordelijk zijn. Tevens worden de huisarts en eventuele andere extramurale medebehandelaars hierover op de hoogte gesteld.

5. De eerste behandelfase: sociale transitie en hormoonbehandeling

5.1. Doel van de sociale transitie

Een aantal patiënten hebben bij aanmelding al een lange periode van sociale aanpassing aan de gewenste genderidentiteit achter de rug. Voor anderen begint die aanpassing (transitie) pas na de diagnostische fase. Alvorens over te gaan tot vergaande en vaak irreversibele verandering dient de patiënt zoveel mogelijk de gelegenheid hebben om te toetsen of deze verandering ook sociaal geleefd kunnen worden. De sociale transitie start tenminste aansluitend aan de diagnostische fase en duurt minstens 1 jaar.

De sociale transitie is het moment waarop de patiënt in sociaal opzicht permanent gaat leven als iemand van de gewenste genderidentiteit. De sociale transitie heeft tot doel de eigen fantasieën en wensen over het leven in de gewenste sociale rol aan de realiteit te toetsen en de persoonlijke en sociale consequenties hiervan volledig te ervaren alvorens chirurgische ingrepen plaatsvinden. In deze fase kan zekerheid worden gekregen over de juistheid van de beslissing om een GAB te ondergaan en het ‘nieuwe’ leven aan te kunnen. Verder kan worden nagegaan of de persoon voldoende draagkracht heeft en in staat is eventuele negatieve ervaringen te hanteren. In deze fase wordt men in het proces begeleid door een MP.

Hormoonbehandeling voor afronding van de diagnostische fase wordt door het genderteam ontraden; indien hormoonbehandeling wel eerder heeft plaats gevonden gaat de tijdsduur van tenminste een jaar sociale transitie en door het genderteam geëvalueerde hormoonbehandeling toch in op het moment dat de indicatie hiertoe door het genderteam besloten is.

5.2. Doel van de hormoonbehandeling

Doel van de behandeling met (cross-sex) hormonen is de suppressie van de secundaire geslachtskenmerken van het biologische geslacht (b.v. baardgroei, erecties bij M>V of inductie van amenorrhoe bij V>M) en het ontwikkelen van de secundaire geslachtskenmerken van het gewenste geslacht (b.v. gynaecomastie bij M>V of een diepere stem en een mannelijk haargroei patroon bij V>M).

Verscheidene fysieke veranderingen manifesteren zich al na korte tijd op. Zie voor de gewenste effecten en mogelijke bijwerkingen van de hormoonbehandeling de Clinical Practice Guidelines van de Endocrine Society (Hembree et al., 2008).

Vóór de start van de hormoonbehandeling dient uitvoerig uitleg te worden gegeven over de werking en de bijwerkingen van de behandeling. Patiënten ontvangen tevens een schriftelijke uitleg over de behandeling en de (mogelijke negatieve) gevolgen. Patiënten tekenen een Informed Consent (zie 5.6)

Zodra wordt gestart met de cross-sex hormoonbehandeling dient ook binnen drie maanden de complete sociale rolwisseling plaats te vinden.

5.3. Contact met psycholoog/psychiater tijdens de sociale transitie en hormoonbehandeling

Vanaf het moment dat iemand geïndiceerd is voor de hormoonbehandeling, zal deze gezien blijven worden door dezelfde psycholoog/psychiater als met wie de diagnostische fase werd doorlopen.

Indien men pas in deze periode gaat starten met de volledige sociale transitie wordt dit, eventueel samen met naastbetrokkenen, voorbereid. De contacten vinden bij voorkeur gelijktijdig plaats met de endocriene controles, een keer per drie (à vier) maanden.

Tijdens de gesprekken in deze fase wordt nagegaan hoe de sociale transitie en hormoonbehandeling verlopen. Specifiek gaat de aandacht uit naar: het succes van de transitie, het hanteren van eventuele problemen bij de overgang naar de nieuwe situatie, eventuele twijfel/spijt en het al dan niet vervuld worden van de verwachtingen, zoals eerder uitgesproken.

Als er sprake lijkt te zijn is van een ongunstige ontwikkeling (medisch, sociaal, emotioneel en/of psychisch) dan wordt dit door de psycholoog/psychiater in het PsyGe overleg en/of genderteambesproken. De hormoontherapie kan in onderlinge samenspraak tussen de behandelaars zonodig worden bijgesteld/opgeschort/gestaakt.

Soms zijn er psychologische interventies nodig vanwege bijkomende psychische problematiek. Indien intensieve aanvullende ondersteunende behandeling nodig is, kan

ook buiten het VUmc hulp worden gezocht. Hiertoe wordt het samenwerkingsverband met het eerdergenoemde GGZ-netwerk ingezet.

5.4. Contact met de endocrinoloog gedurende de hormoonbehandeling

Vanaf het moment dat iemand start met medicatie, zal deze gedurende één jaar, conform het Zorgpad Gender, regelmatig (ten minste een keer per drie maanden) op de polikliniek gezien worden door de endocrinoloog. Deze poliklinische consulten vinden zoveel mogelijk gelijktijdig met de psychologische (dan wel psychiatrische) consulten plaats zodat eventuele problemen in het psychisch en sociaal functioneren en de medische behandeling op elkaar kunnen worden afgestemd.

Na één jaar worden de intervallen aangepast aan het individuele risicoprofiel en in de regel minder frequent.

Bij het eerste medische consult wordt een inschatting van de medische risico's gemaakt en een behandelplan opgesteld conform het risicoprofiel. In de regel zijn medisch relevante factoren uit het screeningproces bekend en zijn afspraken tussen patiënt, psycholoog en medicus al gemaakt. Bijzondere aandacht wordt besteed aan een life-style modificatie (bijv. in het geval van roken of overgewicht) om de inherente risico's van de behandeling (b.v. verhoogd thrombo-embolisch risico) door vermijdbare risicofactoren te beperken.

Patiënten ondertekenen een Informed Consent formulier met uitleg over de hormoonbehandeling en over de afspraken tijdens de sociale transitie en hormoonbehandeling ('real life experience'). Patiënten worden geacht de gemaakte afspraken na te komen. De behandeling kan worden gestopt als geen constructieve medewerking wordt verleend. Hierover beslist het Genderteam.

Bij onverwachte contra-indicaties voor de gebruikelijke behandelingschema's zal de medicus wederom contact opnemen met de begeleidende psycholoog om alternatieven te bespreken. Zonodig wordt de keuze voor een van de alternatieven in het plenaire genderteam-overleg geaccordeerd.

De endocrinoloog onderzoekt regelmatig relevante functionele hormoongevoelige systemen (metabole organen, cardiovasculaire tractus e.a.) d.m.v. lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek en aanvullend onderzoek, b.v. botdensitometrie.

Bij jong-volwassenen die in de puberteit zijn gestart met GnRH analogen ter onderdrukking van de ontwikkeling van de ongewenste secundaire geslachtskenmerken

worden extra metingen verricht om lange termijn effecten van dit protocol te evalueren (= Transitiepoli)

5.5. Voorschrijven hormonen

Conform de richtlijnen worden huisartsen schriftelijk ingelicht over de (start van de) behandeling en het verloop. In deze kwetsbare transitiefase en gezien de psychotrope werkingen van cross-sex hormonen is het van belang dat het voorschrijven van medicatie onder verantwoordelijkheid van de endocrinoloog blijft die in samenspraak met de begeleidende psycholoog ook tot eventuele aanpassing van de dosering kan overgaan. Ervaring met cross-sex hormonen is buiten de specifieke centra nauwelijks aanwezig. Huisartsen worden over dit beleid op de hoogte gesteld.

Tijdens de sociale transitie worden hormonen uitsluitend voor de periode voorgeschreven tot aan het volgende consult. Ná een succesvol doorlopen van de sociale transitie en hormoonbehandeling- fase worden de controle intervallen langer in duur en kunnen herhaalrecepten worden uitgeschreven.(tot maximaal één jaar)

Op medische indicatie kan te allen tijde van het protocol worden afgeweken. De begeleidende psycholoog en het genderteam worden hiervan z.s.m. op de hoogte gesteld .

Patiënten krijgen ná een succesvol doorlopen sociale transitie en hormoonbehandeling-fase een schriftelijke bevestiging hiervan en kunnen in principe zelf beslissen waar en door welke operateur de geslachtsaanpassende ingrepen worden uitgevoerd. (Voor de uitzonderingen op dit beleid zie onderstaand).

Voor de inhoudelijke richtlijnen van de hormoonbehandeling zie [endo protocol](#).

5.6. 'Informed consent'

Het voorbereiden van iemand op het geven van 'informed consent' is een proces dat al gedurende de gehele eerste diagnostische fase aan de orde is. Bij de start van de hormoonhandeling mondt dit uit in een vastlegging hiervan door middel van een ondertekening van een 'informed consent' verklaring. Voordat de handtekening worden gezet, wordt in dit gesprek nogmaals nagegaan of

- men zich de levenslange implicaties (sociaal, relationeel, seksueel, medisch) van de behandeling realiseert. Speciale aandacht dient worden gegeven aan het feit dat de behandeling tot onvruchtbaarheid leidt
- de uitleg over werking en bijwerkingen van de medicatie en mogelijkheden en beperkingen van de eventuele operaties is begrepen
- men zich realiseert dat een start met cross-sex hormonen niet automatisch een indicatie voor geslachtsaanpassende operaties impliceert, maar dat dan opnieuw beoordeeld wordt of de persoon hiervoor geïndiceerd kan worden
- men beseft dat er wordt verwacht dat men zich, voor zover dit nog niet gebeurde, permanent en volledig in de gewenste genderrol presenteert
- men weet dat een regelmatig contact met de psychiater/psycholoog vereist blijft
- men weet dat regelmatige controles bij de endocrinoloog moeten plaatsvinden
- men zich realiseert dat een gezonde levensstijl sterk geadviseerd wordt gezien de risico's die hormoongebruik met zich meebrengt tijdens de sociale transitie en hormoonbehandeling-fase
- men weet dat een gezonde levensstijl vereist (niet roken, gezond gewicht) is indien patiënt aansluitend op de sociale transitie en hormoonbehandeling-een geslachtsaanpassende operatie(s) wil ondergaan

6. Operatieve behandelfase

6.1. Doel van operaties

Doel van de operaties is om personen, zoveel als fysiek haalbaar en medisch verantwoord is en door de patient gewenst, te doen lijken op het gewenste geslacht.

6.2. Indicatie geslachtsaanpassende operaties:

In aanmerking voor de operaties komen personen die

- 18 jaar of ouder zijn

- gedurende 12 maanden met succes full time de sociale transitie en hormoonbehandeling- fase hebben doorlopen (bij partiele behandelwens ook zonder cross-sex hormoonbehandeling)
- realistische verwachtingen hebben ten aanzien van de effecten van de operaties
- aantoonbaar kennis en begrip hebben van de mogelijkheden en beperkingen van de operaties
- bij wie er geen medische contra-indicaties aanwezig zijn
- 3 maanden voor de operatiedatum gestopt zijn met roken
- een gezond gewicht hebben (verschilt per soort operatie)

Na een succesvol doorlopen sociale transitie en hormoonbehandeling neemt het plenaire genderteam een besluit over verdere geslachtsaanpassende chirurgische ingrepen. Patiënten staat het vrij om zelf een chirurg te zoeken. Echter, patiënten met volgende kenmerken wordt aanbevolen de geslachtsaanpassende ingrepen binnen het KZcG uit te laten voeren.

- weinig draagkracht
- psychiatrische co-morbiditeit
- jong-volwassen en in de adolescentie gestart met de behandeling
- patiënten met risico tot perioperatieve decompensatie
- patiënten met dringende wens tot of noodzaak voor psychologische begeleiding rondom de operaties.
- patiënten met relevante medische co-morbiditeit.

6.3. De geslachtsaanpassende operaties

Operatieve ingrepen die in directe samenhang met het transitietraject staan, worden alleen uitgevoerd na een succesvol doorlopen sociale transitie en hormoonbehandeling- fase van tenminste één jaar en een bevestiging hiervan door de plenaire genderteam vergadering.

Transmannen (V>M):

Men komt pas op de chirurgisch wachtlijst en kan alleen worden gepland als aan de onder gestelde voorwaarden is voldaan.

M.b.t. hysterectomie/adnectomie en mastectomie:

1. BMI tussen 17 en 35

M.b.t. plastisch-chirurgische genitale chirurgie:

1. BMI tussen 17 en 30
2. Niet roken (minimaal 6 weken voorafgaand aan de operatie)
3. Definitief genitaal ontharen op indicatie
4. Definitief ontharen donorplek phalloplastiek op indicatie
5. Verplicht bijwonen van de informatiebijeenkomst geslachtsaanpassende chirurgie Falloplastiek / Metaidoioplastiek
6. Verplicht motivatieconsult psycholoog / seksuoloog
7. Urologische work-up
8. Colpectomie bij wens plasbuis

De eerste ingrepen voor transmannen (V>M) zijn: dubbelzijdige mastectomie (eventueel met reductie van het tepel-tepelhof complex) en hysterectomie/adnectomie. Het KZcG hanteert hiervoor minder strenge voorwaarden dan voor de genitale chirurgie zoals een colpectomie of constructie van een mannelijk ogend extern genitaal. Echter, elke patiënt wordt geattendeerd op het feit dat roken of obesitas het algemene risico op een wondgenezingsstoornis verhoogd. Tevens worden obese patiënten uitdrukkelijk gewezen op het feit dat het overgewicht tot cosmetisch ongunstige resultaten zal leiden en operatieve correcties nodig kan maken. Contourcorrecties van de thorax zijn bij obese patiënten gebruikelijk.

Zorgverzekeraars classificeren deze secundaire ingrepen vaak als puur cosmetisch en weigeren steeds vaker deze ingrepen te vergoeden.

Voor andere ingrepen, zoals een colpectomie of reconstructie van een mannelijk ogend extern genitaal, gelden strengere voorwaarden. Daarom worden patiënten met wens tot een falloplastiek dan wel metaidoioplastiek zorgvuldig gescreend middels een motivatieconsult bij een psycholoog/seksuoloog waar gebruik wordt

gemaakt van gestandaardiseerde vragenlijsten. De aard van de wens, achterliggende motivaties en draagkracht bij eventuele complicaties worden zorgvuldig onderzocht. Alleen fysiek optimaal geschikte kandidaten die in psychosociaal opzicht stabiel functioneren komen voor deze ingrepen in aanmerking

Transvrouwen (M>V):

Genitale geslachtsaanpassing

Operaties kunnen alleen worden gepland als aan gestelde voorwaarden is voldaan.

1. BMI tussen 17 en 30
2. Niet roken (minimaal 6 weken voorafgaand aan de operatie)
3. Definitief genitaal ontharen
4. Perioperatief stoppen met de cross-sex hormoonbehandeling (4-6 weken voor tot 2 weken na de operatie)

De verwijdering van het mannelijk genitaal en testikels wordt in de regel gecombineerd met de constructie van een vrouwelijk ogend extern genitaal en neovagina. Slechts op indicatie wordt enkel een orchidectomie verricht. Bij een matige draagkracht en ontbrekende wens voor neovagina, wordt enkel een vulvoplastiek verricht.

Mamma augmentatie

Vaak wordt de gynaecomastie die met de cross-sex hormoonbehandeling kan worden bereikt niet als toereikend ervaren. Het klierweefsel kan tot 2 jaar ná de start van de hormoonbehandeling doorgroeien, zodat het aanbevelenswaardig is om niet te vroegtijdig een operatieve borstvergroting te ondergaan. De borstvergroting bij M>V transseksuelen wordt door zorgverzekeraars niet vergoed.

Adamsappel reductie

Een prominente adamsappel bij een transvrouw (M>V) kan naar oordeel van het College voor Zorgverzekeraars (CVZ) in beginsel als een ernstige misvorming en dus als een verminking worden aangemerkt (veroorzaakt door een geneeskundige verrichting). Duidelijke normwaarden voor de grootte van de adamsappel ontbreken op dit moment. Vooralnog wordt aangehouden dat de adamsappel bij een vrouw normaliter minder dan 5 millimeter voor de halscontour uitsteekt. Wil er sprake zijn van een verminking als bedoeld in de regelgeving Zorgverzekeringswet dan zal de adamsappel fors moeten afwijken van deze norm. Voorafgaand aan de ingreep wordt een foto met cm-aanduiding van de betreffende adamsappel (voor- en zijaanzicht).

Stemverhogende operaties

Voor mannen geldt dat de spreektoonhoogte ligt tussen 84 en 184 Hz. Voor vrouwen gaat het om een spreektoonhoogte tussen 160 en 286 Hz. In overleg met CVZ is consensus bereikt dat de genoemde bandbreedtes als norm kunnen worden aangehouden en kan er, als de spreektoonhoogte bij een transvrouw (M>V) lager is dan 160 Hz, in beginsel gesproken worden van een “verminking” (veroorzaakt door een geneeskundige verrichting). Voorwaarde voor een stemverhogende operatie is wel dat betrokkene preoperatief logopedie moet hebben gehad zonder bevredigend stemverhogend resultaat.

Kaak- en gelaatscorrecties

Een kleine groep transvrouwen (M>V) kampt ook na de GAB met ernstige passabiliteitsproblemen. In het kort houdt dit in dat de betreffende persoon in sociale contacten (nog altijd) wordt aangezien voor een man.

Volgens de Nederlandse Vereniging voor Mond Kaak en Aangezichtschirurgie en Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie zijn de volgende ingrepen als feminiserend te beschouwen en kunnen, afhankelijk van de individuele situatie, aangewezen zijn:

Bovenste deel van het gelaat: reductie supra-orbitale prominentie, wenkbrauw lift, haarlijnwijziging, orbita vergroting.

Middendeel van het gelaat: zygoma osteotomie, blepharoplastiek, rhinoplastiek, paranasale augmentatie
Onderste deel van het gelaat: kinreductie, kaakhoekreductie, osteotomie bovenkaak, osteotomie onderkaak, lip-filling

Criteria voor het wel of niet bestaan van een passabiliteitsprobleem zijn nauwelijks objectiveerbaar. Met College voor Zorgverzekeraars is overeengekomen dat individueel hierover wordt besloten, gebaseerd op een uitvoerig medisch-specialistisch rapport en een Uiterlijke Kenmerkenlijst, opgesteld door 2 onafhankelijke beoordeelaars.

7. Postoperatieve nazorgfase

7.1 Postoperatief contact met psycholoog/psychiater

De begeleidende gesprekken met de psycholoog/psychiater blijven plaats vinden tot en met de afronding van de geslachtsaanpassende operaties. Na afronding van de gewenste behandeling zal met patiënt besproken worden in hoeverre de gewenste aanpassingen zijn bereikt. Gestreefd wordt om met patiënt en alle behandelaren tot een duidelijk afronding te komen en dit terug te rapporteren in het genderteam. Het laatste contact vindt plaats ongeveer een jaar na de laatste operatie. Slechts indien nodig en mogelijk wordt hierna nog nazorg verleend.

7.2 Postoperatief contact gynaecoloog/plastische chirurgie/urologie

Transvrouwen (M>V)

De neovagina is een kunstmatige holte die op lange termijn geneigd is te krimpen. Door regelmatige zelfdilatatatie van de holte met pelotten, een vibrator of regelmatig coïtaal contact kan dit proces worden tegengegaan.

Zonder dilateren is de kans groot dat de neovagina in de loop van de tijd zal stenosereren.

De neovagina heeft geen fysiologische barrières tegen infecties (bv. verlaagd pH) en is vatbaar voor verschillende gynaecologische aandoeningen die tevens tot dysplastische veranderingen kunnen leiden. Neovaginale controles vanaf het eerste jaar ná de primaire geslachtsaanpassende ingrepen worden jaarlijks aangeboden en aanbevolen en zijn onderdeel van een verantwoorde postoperatieve zorg, mede vanwege de prostaat die niet is verwijderd. Over de intervallen voor deze zorg bestaat internationaal geen consensus.

Vooralsnog worden intervallen tussen 3 – 5 jaar aanbevolen ten tijde van seksuele activiteit.

De neovagina die is geconstrueerd uit darmweefsel is kwetsbaarder. Omleidingscolitis en het risico van dysplasie of maligniteit is aanwezig. Neovaginale controles worden vanaf het eerste jaar ná de ingreep jaarlijks in samenwerking met het specialisme Maag-Darm-Leverziekte (neocolposcopie), aangeboden en aanbevolen.

Behandeling van vrouwelijk organen bij een transvrouw vereist veel ervaring met de specifieke klachten en met de speciale situatie van deze patiëntengroep.

Transmannen (V>M)

Voor veel transmannen geldt dat de vagina niet is verwijderd. Dit orgaan is buitengewoon hormoongevoelig. De hooggedoseerde androgeenbehandeling leidt regelmatig tot een seniel-atroof epitheel dat tot een aantal klachten kan leiden. V>M transseksuelen worden geïnformeerd over de verzorging (hygiëne) van de vagina en over de symptomen die op mogelijke vaginale aandoeningen kunnen duiden. Behandeling van vrouwelijk organen bij een (trans-)man vereist veel ervaring met de specifieke klachten en met de speciale situatie van deze patiëntengroep.

Bij transmannen met een plasbuisverlenging wordt aangeraden en aanbevolen om jaarlijks de plasbuis te controleren middels flow-residu meting en IPPS vragenlijst op de polikliniek urologie.

8 Lange termijn follow-up door endocrinoloog

Ook na de laatste operatie zijn regelmatige medische controles nodig. De patiënt zal hiertoe 1 keer per 1-2 jaar de polikliniek blijven bezoeken, tenzij goede zorg in de eigen regio wordt aangeboden.

Bij de medische controles worden de Clinical Practice Guidelines van de Endocrine Society (Hembree et al., 2009) als uitgangspunt genomen.

Verwijzingen

Referenties:

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (5th ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013
- Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer III WJ, Spack NP, Tangpricha V, Montori V. Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 2009, 94(9):3132-3154
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., . . . Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. International Journal of Transgenderism, 13(4)

Beoordelaar(s)

Totstandkoming protocol:

Dit protocol bouwt voort op het protocol van 2007 – geschreven door P. T. Cohen-Kettenis en M. van Trotsenburg - en is besproken op de Genderteam-beleidsdag op 3 oktober 2014.

Het protocol is aangepast in kader van revisie zorgpad medio 2014 door S. A. Wensing-Kruger, A.L.C. de Vries, M. Bouman en M. Den Heijer.