

Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg - Somatisch

Nederlands Internisten Vereniging
Nederlands Huisartsen Genootschap
Nederlands Instituut van Psychologen
Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie
Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
Transvisie

MET ONDERSTEUNING VAN

Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

FINANCIERING

De ontwikkeling van deze kwaliteitsstandaard werd gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Colofon

KWALITEITSSTANDAARD TRANSGENDERZORG - SOMATISCH

© 2018

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Parnassusplein 5

2511 VX VX Den Haag

Tel: 070-3407911

Website: www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

Inhoudsopgave	
Samenstelling van de werkgroep	4
Samenvatting.....	5
Algemene inleiding	10
Module 1 Indicaties	13
1.1 Indicatiestelling	13
1.2 Wachttijden.....	19
Module 2 Behandelingen	21
2.1 Behandeling van kinderen en adolescenten	21
2.2 Hormoonbehandeling	26
2.2.1 Optimale hormoonbehandeling.....	27
2.2.2. Perioperatief beleid met betrekking tot hormoonbehandeling	29
2.2.3 Aanpassingen in beleid op de behandeling van oudere transgenderpersonen.....	32
2.3 Chirurgie.....	34
2.3.1 Feminiserende en masculiniserende geslachtsaanpassende chirurgie	36
2.4 Fertiliteitspreservatie en zwangerschap.....	41
Module 3 Organisatie van zorg	44
3.1 Het leveren van transgenderzorg door behandelaars	44
3.2 Het organiseren van multidisciplinaire samenwerking in de transgenderzorg	47
Bijlage 1 Definities en begrippen.....	51

Samenstelling van de werkgroep

Werkgroep

- Drs. H.J. Smid, directeur, werkzaam bij ZonMw te Den Haag, ZonMw, voorzitter werkgroep
- L. van Ginneken, Voorzitter Transvisie
- Dr. I.A. Bok, medisch psycholoog, werkzaam bij het Amsterdam UMC, locatie VUmc, NIP
- Drs. E.M. van den Boom, Transvisie
- Dr. F.A. Groenman, gynaecoloog, werkzaam bij het Amsterdam UMC, locatie VUmc, NVOG
- Dr. S.E. Hannema, kinderarts-endocrinoloog, werkzaam in het Leids Universitair Medisch Centrum te Leiden en in het Erasmus MC te Rotterdam, NVK
- Prof. dr. M. den Heijer, internist, werkzaam bij Amsterdam UMC, locatie VUmc, NIV
- Drs. T. van Hengel-Schouten, psycholoog, NIP tot januari 2018
- Dr. T.R. Middelberg, plastisch chirurg, werkzaam in het Universitair Medisch Centrum Groningen te Groningen, NVPC
- Drs. M. Özer, plastisch chirurg/ genderchirurg, werkzaam in Amsterdam UMC, locatie VUmc, NVPC
- Drs. K.J. Pruisman, psychiater, NVvP
- Drs. C.L. Pricker, huisarts, NHG

Wij willen Drs. N.M. Nota, promovendus VUMC, danken voor haar bijdrage aan de totstandkoming van deze standaard.

Met ondersteuning van

- Dr. M. de Weerd, senior adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Ir. T.A. van Barneveld, directeur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

Samenvatting

Onderstaande is een samenvatting van de belangrijkste aanbevelingen uit de kwaliteitsstandaard Transgenderzorg - Somatisch. Deze standaard beperkt zich vooral tot de organisatie van zorg. Voor modules waarvoor meer gedetailleerde informatie beschikbaar was, zijn deze gedetailleerder uitgewerkt dan andere modules, bijvoorbeeld hormoontherapie. Deze standaard heeft als doelstelling het gezamenlijk vaststellen van kwaliteitseisen voor somatische transgenderzorg op basis van zowel de stand van wetenschap, praktijkervaringen/expertise en transgender/ cliënt verwachtingen. In deze samenvatting ontbreken het wetenschappelijk bewijs en de overwegingen die tot de aanbevelingen geleid hebben. Die kan men vinden in de volledige standaard. Deze samenvatting van aanbevelingen staat niet op zichzelf. Bij medische besluitvorming dient men rekening te houden met de omstandigheden en voorkeuren van de transgender. Behandeling en procedures met betrekking tot de individuele transgender berusten op wederzijdse communicatie tussen transgender, arts en andere zorgverleners.

Module 1

1.1

Het is belangrijk dat de psychische evaluatie binnen de indicatiestelling plaatsvindt door een gespecialiseerde psycholoog of psychiater, met voldoende professionele ervaring op het gebied van genderidentiteit en –ontwikkeling.

Stel alvorens over te gaan tot behandeling van genderincongruentie vast of:

- er sprake is van genderincongruentie;
- de draagkracht van de transgender voldoende is;
- de voorgenomen behandeling voldoende passend is;
- er geen medische of psychiatrische contra-indicaties zijn;
- de transgender voldoet aan aanvullende voorwaarden voor behandeling.

Indien de psychische aspecten naar aanleiding van een recente, vergelijkbare somatische behandeling al eerder beoordeeld zijn, dan gebruikt de behandelaar in principe deze beoordeling.

Zorg voordat wordt overgegaan tot behandeling dat de transgender informed consent voor de behandeling heeft gegeven.

Neem bij onvoldoende draagkracht bij de transgender ondersteuning mee in het behandelplan. Houdt hierbij rekening met de context, mogelijk wordt de draagkracht mede bepaald door de fase van sociale transitie.

Adviseer een transgender de behandelingen in de tijd uit te spreiden vanwege de impact van behandeling op diens leven en op eventuele volgende behandelingen.

Start op korte termijn onderzoek naar de effecten van verschillende vormen van diagnostiek op de kwaliteit van de beslissing tot behandeling, binnen de Nederlandse context.

1.2

Houd rekening met de medisch noodzakelijke wachttijd die voortvloeit uit medisch inhoudelijke afhankelijkheden tussen behandelingen of specifieke voorwaarden voor indicatiestelling.

Zorg als zorgverlener voor duidelijkheid over het multidisciplinaire besluitvormingsproces en zorg dat de transgender hiervan op de hoogte is.

Module 2

2.1

Diagnostiek naar genderincongruentie bij kinderen en jongeren wordt uitgevoerd door een psycholoog, psychiater of orthopedagoog die voldoet aan de criteria vermeld in tabel 2.1.

Zorg aan adolescenten met genderincongruentie dient te worden verleend door een multidisciplinair team of samenwerkingsverband, minimaal bestaande uit een psycholoog, een kinderpsychiater en een kinderendocrinoloog, dat structureel multidisciplinair overlegt.

Neem beslissingen over sociale transitie bij prepuberale kinderen met hulp van een gespecialiseerde psycholoog of psychiater.

Behandel prepuberale kinderen niet met puberteitsremmers of cross-sex hormonen.

Behandel adolescenten die aan de criteria in tabel 2.2 voldoen en behandeling wensen, in eerste instantie met puberteitsremmers, bij voorkeur met een GnRH analoog.

Behandel adolescenten die aan de criteria in tabel 2.3 voldoen en geslachtsbevestigende behandeling wensen met genderbevestigende hormoonbehandeling.

Zorg voor een goede overdracht van zorg vanuit het team of samenwerkingsverband voor kinderen en jongeren naar de zorgverleners voor volwassenen.

2.2.1

Kies bij transvrouwen die een verhoogd risico hebben op trombo-embolische aandoeningen voor transdermale oestrogenen.

Gebruik bij transmannen die kiezen voor injecties als toedieningsvorm bij voorkeur langwerkende testosteroninjecties.

2.2.2

Op basis van bovenstaande informatie is het niet raadzaam te stoppen met behandeling met oestrogeen of testosteron voorafgaand aan de operatie.

2.2.3

Monitor oudere transvrouwen met oestrogeentherapie op cardiovasculaire aandoeningen.

Verminder de dosering van oestrogeentherapie op oudere leeftijd (>60 jaar) maar stop niet helemaal.

Er zijn geen redenen om bij oudere transmannen de testosterontherapie te staken of te verlagen.

2.3

Stem de mogelijke behandelingen af tussen de hoofdbehandelaar, de medisch specialist, de psycholoog of psychiater en de transgender. Tijdens deze gesprekken moeten de

mogelijkheden en onmogelijkheden en de eventuele gevolgen van de keus voor een specifieke behandeling aan bod komen.

Zorg dat de transgender op tijd op de hoogte is van de mogelijke gevolgen van roken en te hoge of te lage BMI op de complicatierisico's van de behandeling en van het feit dat de chirurg de gevraagde behandeling mag weigeren.

Zorg dat de transgender op de hoogte is van de gevolgen van onvolledige ontharing

Zorg bij weigering van het uitvoeren van een operatie dat de transgender goed van op de hoogte is van de aanleiding en de risico's

De transgender komt in aanmerking voor chirurgie als de transgender een jaar na de sociale transitie is; er toestemming is van het behandelteam; er wordt voldaan aan de aanvullende criteria; er voldoende uitleg over de operatie is gegeven.

Bij het ter plaatse laten van ovaria bij testosteron gebruik wordt screening op ovariumcarcinoom niet aanbevolen.

Bij het ter plaatse laten van de uterus bij testosteroengebruik wordt aanbevolen na 5 jaar een gynaecologische echo te verrichten met eventueel endometriumsampling. De transgender dient bij bloedverlies onderzocht te worden door een gynaecoloog om endometriumcarcinoom uit te sluiten.

Bij het ter plaatse laten van de uterus dient de transgender gewezen te worden op de HPV zelftest.

2.4

Fertiliteit

Bespreek altijd de reversibele en irreversibele effecten van de medische behandeling op fertiliteit (tijdens diagnostisch proces, voorafgaand aan medicamenteuze behandeling, conform WGBO voorafgaand aan chirurgische interventie).

Bied elke transgender een counselingsgesprek aan over kinderwens en fertiliteitspreservatie

De counseling gebeurt door gynaecoloog of andere arts met aandachtsgebied voortplantingsgeneeskunde.

Het counselingsgesprek bevat de volgende onderwerpen:

- (nieuwste) medische technieken met voor- en nadelen (onder andere belasting voor transgender bespreken);
- ethische aspecten;
- juridische aspecten;
- maatschappelijke aspecten;
- financiële aspecten.

Verwijs naar het centrum met de betreffende expertise als de techniek niet in het centrum van counseling wordt aangeboden.

Zwangerschap

Vanwege het feit dat er nog weinig ervaring is met zwangere transmannen is het verstandig om bij een actieve draagwens contact op te nemen met een gespecialiseerde gynaecoloog.

Stel een duidelijk bevalplan op waarbij de begeleidend psycholoog betrokken kan worden.

Bied psychische begeleiding aan en heb aandacht voor kraamperiode en signalen van een postpartum depressie.

Overweeg het geven van cabergoline postpartum, ter voorkoming van groei van achtergebleven klierweefsel.

Module 3

3.1

Zorg voor een flexibel aanbod van onder andere de volgende disciplines: mental health, hormoonbehandeling, chirurgie en ondersteunende disciplines passend bij de behoefte van de patiënt.

Laat een zorgverlener die nog geen of onvoldoende ervaring heeft met transgenderzorg, onder supervisie van een ervaren transgenderzorgprofessional werken.

Laat een chirurg alleen genderoperaties uitvoeren als deze een fellowship transgenderchirurgie of vergelijkbare ervaring heeft in een centrum waar genderoperaties worden uitgevoerd.

Ontwikkel opleidingen transgenderzorg in de vorm van na- of bijscholingen en als onderdeel van de reguliere zorgopleidingen.

Accrediteer de na- of bijscholing vanuit de beroepsverenigingen.

Hou als zorgverleners de transgenderspecialisatie actueel door ontwikkelingen te volgen en ervaringen uit te wisselen via intervisie en/of visitatie.

Maak afspraken over de kwaliteit van zorg en hoe deze beoordeling plaatsvindt.

3.2

Zorg bij een somatische behandeling altijd voor psychologische ondersteuning, door een expert die multidisciplinair werkt, om tot een gezamenlijke afgewogen keuze voor die behandeling te komen.

Richt een regionaal expertteam met een regiebehandelaar op.

De regiebehandelaar is ervoor verantwoordelijk dat voor het volgende gebeurt:

- stellen van de diagnose;
- opstellen van een behandelplan en -doel (en zo nodig tussentijds bijstellen) samen met de transgender;
- adviseren over leefstijlverbetering aan de transgender;
- delen en verspreiden van kennis aan zorgprofessionals en de transgender en naasten;
- casemanagement en triage en afstemming met (andere) medisch specialisten en/of zorgverleners;

- coördineren van genderzorg in de keten;
- toezien op bevoegdheid en bekwaamheid van zorgverleners in het expertteam;
- toezien op adequate dossiervoering in het elektronisch patiëntendossier;
- toetsen of activiteiten van andere zorgverleners bijdragen aan de behandeling;
- organiseren van multidisciplinair overleg;
- toezien op invulling van eigen verantwoordelijkheid van de transgender.

Bied medisch minder complexe transgenderzorg perifeer of in de keten aan, mits behandelbesluiten aantoonbaar multidisciplinair worden genomen.

Follow-up op de hormoonbehandeling is op zijn plaats bij de huisarts met kennis van transgenderzorg in overleg met een endocrinoloog of bij een endocrinoloog in een perifeer ziekenhuis

Bied medisch complexe transgenderzorg aan binnen de academische centra.

De academische centra zijn leidend in wetenschappelijk onderzoek en het delen van deze kennis.

Zorg voor samenwerking tussen de keten, periferie en academische centra, voor wetenschappelijk onderzoek.

Zorg voor een professional die het overzicht heeft over het proces (regiebehandelaar).

Algemene inleiding

Aanleiding voor het maken van de kwaliteitsstandaard

Het aantal transgender personen (een paraplueterm voor personen van wie de genderidentiteit niet overeenkomt met het bij de geboorte toegekende geslacht) dat medische hulp zoekt neemt de afgelopen jaren sterk toe (Wiepjes, 2018) en overstijgt de groei in capaciteit aanzienlijk. Dit leidt tot (zeer) lange wachttijden.

Deze problematiek is besproken in diverse overleggen zowel bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) als bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) waarbij patiëntenorganisaties, zorginstellingen en verzekeraars aanwezig waren. In dit overleg werd herhaald aangegeven dat duidelijke normen voor wachttijden ontbreken net als duidelijke criteria voor kwaliteit van zorg. Dit maakt het moeilijk voor verzekeraars om zorg te contracteren buiten de bestaande genderteams of samenwerkingsverbanden om. De kwaliteitsstandaard is een aanvulling op de onlangs (2017) verschenen kwaliteitsstandaard psychische transgenderzorg. Als titel voor de huidige kwaliteitsstandaard heeft de werkgroep gekozen 'Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch'.

Doelgroepen van de kwaliteitsstandaard

Doelgroepen van deze standaard zijn alle leden van verenigingen die in de werkgroep vertegenwoordigd zijn. Daarnaast kan het ook voor andere zorgprofessionals nuttig zijn om deze kwaliteitsstandaard te raadplegen (bijvoorbeeld urologen).

De groep waar deze kwaliteitsstandaard zich op richt zijn transgender personen die een genderbevestigende somatische behandeling (willen) ondergaan. In de zorgstandaard zullen transgender personen ook wel worden omschreven als transgenders, waarmee de werkgroep echter niet wil suggereren dat transgender personen een ziekte hebben of aan een psychologische stoornis lijden.

Doelstelling van de kwaliteitsstandaard

Deze kwaliteitsstandaard wil helderheid geven over:

- De algemeen aanvaardbare normen voor wachttijden in de transgenderzorg;
- Aan welke criteria goede transgenderzorg moet voldoen.

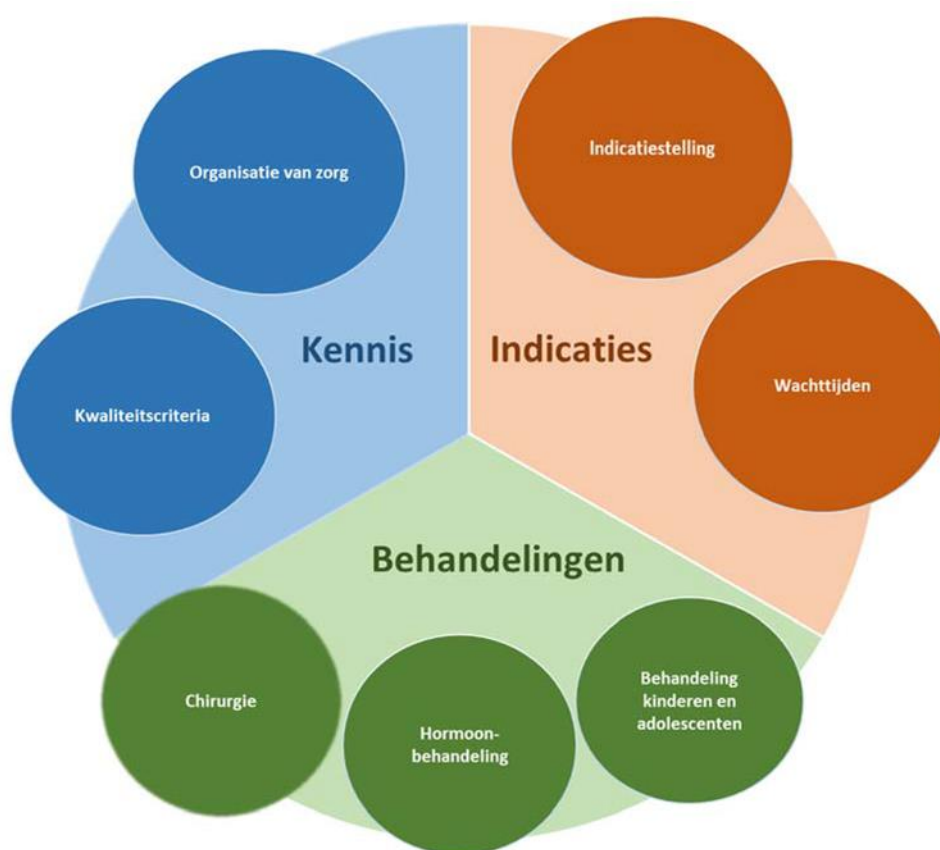
Bij het beantwoorden van deze vragen heeft de werkgroep getracht om:

- De kwaliteit te omschrijven los van de structuur van het bestaande genderteam of samenwerkingsverband en ruimte te bieden aan andere vormen van samenwerking – met behoud van kwaliteit;
- De kwaliteitscriteria zo te operationaliseren zodat ze bruikbaar worden voor inkopen van zorg door verzekeraars en toetsing door NZa;
- Het patiëntenperspectief nadrukkelijk mee te nemen;
- aan te sluiten bij internationale richtlijnen zoals Standards of Care uitgebracht door de World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (Coleman, 2012) en de Guidelines van de Endocrine Society (Hembree, 2017), met accent op de vertaling naar de Nederlandse situatie;
- Aanvullende vragen te verzamelen via een 'invitational conference';
- zoveel mogelijk te onderbouwen met bewijskracht zoals die in de literatuur is terug te vinden. Voor veel vragen is echter geen (goed) onderzoek in de literatuur gevonden. Voor het beantwoorden van deze vragen is bediscussieerde expert opinion de basis.

Deze kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de transgender). De in de kwaliteitsstandaard beschreven zorg is derhalve niet altijd verzekerde zorg. Verder is het belangrijk dat ook bij transgenderzorg in beginsel uitgegaan wordt van gezamenlijke besluitvorming.

Afbakening/knelpuntenanalyse

De werkgroep heeft getracht deze kwaliteitsstandaard zo goed mogelijk te laten aansluiten bij knelpunten in de praktijk. Daarom vond voorafgaand aan de eerste werkgroep vergadering een uitgebreide knelpunteninventarisatie plaats door de leden van de werkgroep. De geïnterviewde knelpunten werden ter commentaar gestuurd aan een brede groep met betrokken organisaties. Uiteindelijk is gekozen om de kwaliteitsstandaard aan de hand van de volgende modules uit te werken:



Actualiteit van de kwaliteitsstandaard

In deze standaard is geprobeerd met de kennis en ervaring van nu aan te geven wat onder goede zorg wordt verstaan. Transgenderzorg is relatief nieuwe zorg die sterk in ontwikkeling is. Dit betekent dat deze kwaliteitsstandaard van begin af aan een voorlopig karakter heeft en dat spreiding van zorg, toename van ervaring bij een bredere groep zorgverleners of nieuw onderzoek kan leiden tot andere inzichten. Het is dan ook van belang dat deze standaard frequent (jaarlijks) op actualiteit beoordeeld wordt. Uitgangspunt is, 2 jaar na autorisatie van deze standaard een evaluatie uit te voeren in hoeverre de aanbevelingen uit de standaard daadwerkelijk in de praktijk worden toegepast/opgevolgd. Deze evaluatie vormt dan tegelijkertijd de start van het onderhoudsproces.

Literatuur

- Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender- nonconforming people, version 7. 2012;13:165-232.
- Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2017;102:3869-3903.
- Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. J Sex Med. 2018;15:582-590

Module 1 Indicaties

Uitgangsvragen

- 1.1. Hoe gaan zorgverleners om met diagnose- en indicatiestelling bij de somatische behandeling van genderincongruentie?
- 1.2. Welke normen gelden er voor wachttijden?

1.1 Indicatiestelling

Inleiding

In de transgenderzorg spreekt men over indicatiestelling wanneer bij een transgenderpersoon tot geslachtsaanpassende behandeling (bijvoorbeeld hormoontherapie of chirurgie) wordt overgegaan. De inhoud van de gewenste (eerste) geslachtsaanpassende behandeling(en) verschilt echter per persoon. Daarnaast kan er na een initiële geslachtsaanpassende behandeling ook wens zijn voor verdere geslachtsaanpassende behandelingen. Na de initiële indicatiestelling kunnen daarom ook nog vervolgindicaties, vanwege latere wensen in de behandeling, worden gesteld. De indicatiestelling vindt plaats tijdens een multidisciplinair overleg (MDO) (zie ook module organisatie van zorg).

Voorwaarden voor indicatiestelling

Om over te kunnen gaan tot indicatiestelling voor somatische zorg is het belangrijk dat:

- genderincongruentie is gediagnosticeerd;
- de draagkracht van de transgender voldoende is;
- de transgender de voorgenomen behandeling wenst en de behandelaar die wenselijk acht;
- er geen medische of psychische contra-indicaties zijn (of dat daarvoor beheersende maatregelen opgenomen kunnen worden in het behandelplan);
- er sprake is van informed consent;
- de transgender voldoet aan aanvullende voorwaarden voor behandeling.

De beoordeling van de psychische aspecten wordt uitgevoerd door een psycholoog, psychiater of orthopedagoog die ervaring heeft met de beoordeling van psychische aspecten bij transgenders en deze expertise op peil houdt door onder meer regelmatig bij- en nascholing op dit gebied te volgen. Deze gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog participeert bij voorkeur in een netwerk van zorgverleners op het gebied van transgenderzorg. Indien de psychische aspecten naar aanleiding van een recente, vergelijkbare somatische behandeling al eerder beoordeeld zijn, dan gebruikt de behandelaar in principe deze beoordeling. Indien die beoordeling meer dan 2 à 3 jaar geleden heeft plaats gevonden, kan het wenselijk zijn deze te laten actualiseren.

Er is sprake van genderincongruentie

De diagnostiek wordt door een gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog uitgevoerd. Soms heeft de transgender de diagnose reeds van een gespecialiseerde psycholoog of psychiater verkregen voordat voor deze naar een somatisch behandelcentrum verwezen werd. In dat geval wordt die conclusie voor de indicatiestelling gebruikt. Binnen de diagnostische fase worden zowel de ervaringsdeskundigheid van de transgender als professionele deskundigheid van de diagnosticus beide in gelijkwaardigheid meegewogen in de conclusie.

De waarborgen die de specifieke context van de transgender geeft voor een doordachte beslissing, moeten in elk geval meegewogen worden. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de tijd dat

een transgender al volledig in het wensgeslacht leeft/de sociale transitie achter de rug heeft. Als de transgender een behandeling wenst, is een diagnose volgens een systematische classificatie noodzakelijk. Er is internationaal onderzoek naar de effecten van verschillende vormen van diagnostiek op de kwaliteit van de beslissing (Madeline B. Deutsch, 2012). Het is wenselijk een dergelijk onderzoek specifiek voor de Nederlandse context uit te voeren.

De draagkracht van de transgender is voldoende

Hierbij wordt ingeschat of er redenen zijn waardoor de transgender mogelijk de somatische behandeling psychisch en praktisch onvoldoende kan dragen. Sommige somatische behandelingen zijn ingrijpend (zoals bijvoorbeeld de genitale chirurgie) en dit kan een grote psychische, emotionele en/of praktische druk leggen op de transgender.

In eerste instantie wordt er van uitgegaan dat de transgender voldoende draagkracht heeft. Bij gereede twijfel over de draagkracht worden ondersteunende maatregelen opgenomen in het behandelplan. Denk daarbij bijvoorbeeld aan frequente monitoring en/of psychische ondersteuning gedurende de somatische behandeling door de inzet van een gespecialiseerde seksuoloog of psycholoog en lotgenotencontact).

Belangrijk is om de inschatting van draagkracht in context te plaatsen. Soms loopt somatische behandeling parallel aan de sociale transitie. Dan is de sociale transitie mogelijk meer van invloed op de draagkracht dan de voorgenomen somatische behandeling. Dan kan door de voorgenomen behandeling de dysforie afnemen, waardoor de draagkracht toeneemt. Het kan echter ook voorkomen dat er onvoldoende draagkracht bereikt wordt, waardoor een somatische behandeling vooralsnog niet zal plaatsvinden. Dit wordt dan besproken met de transgender.

De voorgenomen behandeling is voldoende passend

Hierbij staat de inschatting centraal of de voorgenomen behandeling een positieve en duurzame bijdrage zal leveren aan het verminderen van de genderincongruentie en of die bijdrage niet met een minder invasieve behandeling bereikt kan worden. De somatische behandelaar maakt deze beoordeling samen met de gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog en de transgender.

Er zijn geen medische en/of psychische contra-indicaties

Indien er medische of psychische contra-indicaties zijn (bijvoorbeeld co-morbiditeiten), moet ingeschat worden of er maatregelen genomen kunnen worden om de impact van deze contra-indicaties te verminderen. In hoeverre deze maatregelen een advies zijn of voorwaardelijk voor de somatische behandeling wordt bepaald door de betrokken gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog en medisch specialist.

Informed consent

Voordat kan worden overgegaan tot behandeling is het nodig dat de somatische behandelaar en de transgender voldoende informatie hebben uitgewisseld over de achtergronden van de zorgvraag en consequenties en risico's van behandeling. De transgender geeft informed consent voor de behandeling zoals in de Nederlandse zorg gebruikelijk is (Burgerlijk Wetboek artikelen 7:448 en 7:450).

Transgender voldoet aan de aanvullende voorwaarden voor behandeling

Voor verscheidene somatische behandelingen gelden aanvullende voorwaarden om de risico's en eventuele negatieve psychische en somatische gevolgen van behandelingen zo

klein mogelijk te houden. Zo is voor gonadectomie 12 maanden adequate hormoontherapie een voorwaarde.

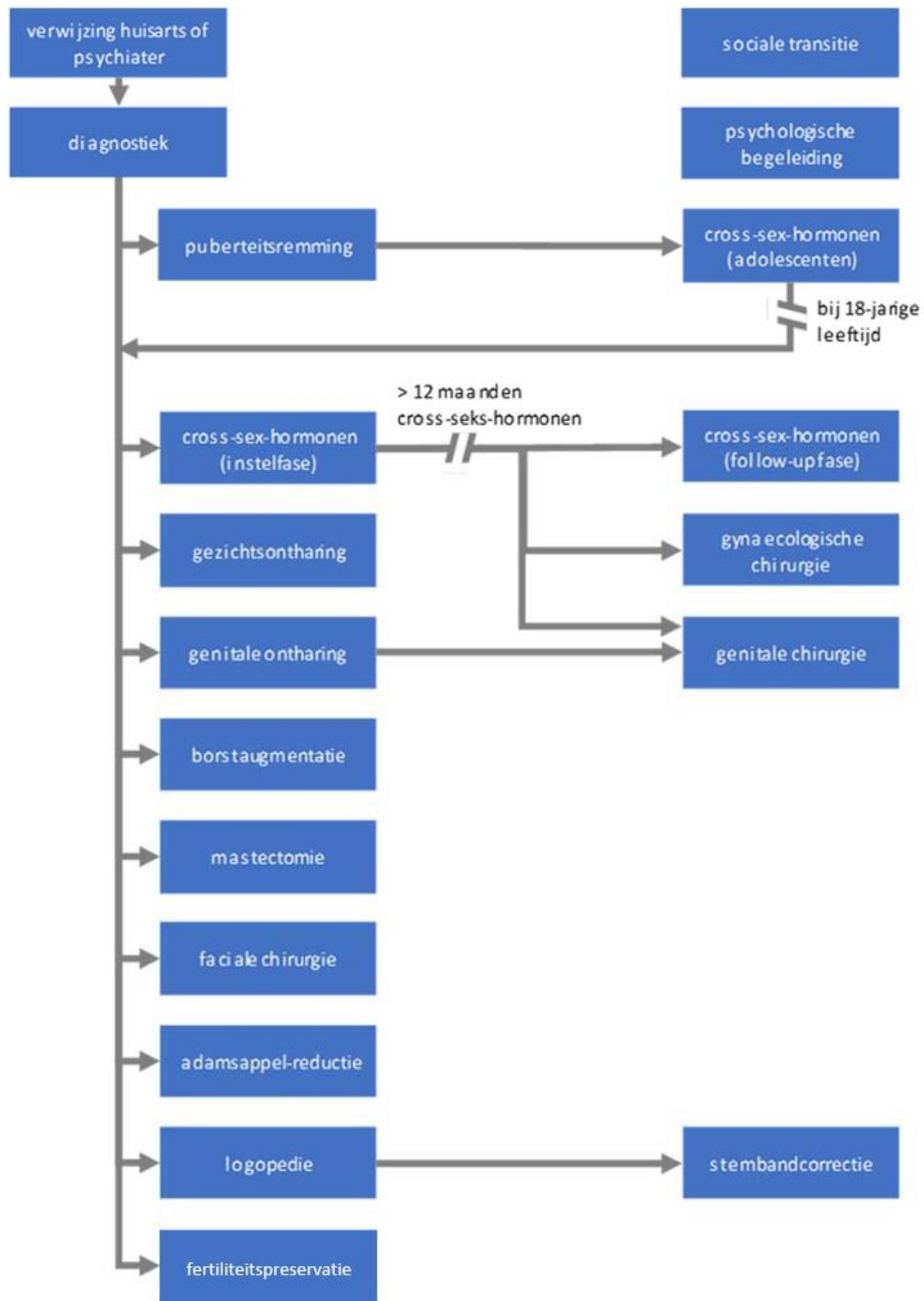
In afwezigheid van adequate hormoonsuppletie verhoogt gonadectomie het risico op (ernstige) botontkalking (Golds, 2017). Afhankelijk van de chirurgische ingreep kan deze voorwaarde vervallen als hormoontherapie niet mogelijk of wenselijk is.

Een andere voorwaarde is dat adolescenten na de diagnostiekfase (nog) niet in aanmerking komen voor chirurgische behandelingen; deze zijn pas mogelijk vanaf het 18e levensjaar. Wel kunnen adolescenten, wanneer zij voldoen aan eventueel benodigde aanvullende voorwaarden, in aanmerking komen voor puberteitsremming, behandeling met cross-sex hormonen, gezichtsontharing en logopedie. Zie voor alle aanvullende voorwaarden voor de verschillende behandelingen voor volwassenen en adolescenten Tabel 1.2.

In sommige gevallen kan de zorgaanbieder de transgender adviseren om behandelingen over de tijd uit te spreiden, omdat de impact van een behandeling groot kan zijn. Het is zinvol om dat resultaat mee te wegen bij beslissingen over andere behandelingen. Zo wordt natuurlijke borstgroei met name in het eerste ½ - 2 jaar van de hormoonbehandeling gezien en valt hierna nog weinig groei te verwachten. De keuze voor een mamma- augmentatie (borstvergroting) zou dan idealiter pas na deze periode plaatsvinden (de Blok, 2018; Dittrich, 2005; Hembree, 2017; Meyer, 1986).

De sociale transitie is geen voorwaarde voor hormoonbehandeling bij transvrouwen en transmannen, of voor een mastectomie bij transmannen. Deze transitie kan al gestart en/of voltooid zijn voordat er sprake is van een dergelijke behandeling, of pas starten op het moment van de behandeling.

Onderstaand stroomschema weergeeft de route voor de verschillende behandelopties:



Figuur 1.1 Afhankelijkheden somatische behandelingen

Voorwaarde om aan gespecialiseerde logopedie te kunnen starten is een bezoek aan de KNO-arts om vast te kunnen stellen of het stemplooibeeld, en keel-neus-oor gebied gezond is.

Behandeling	Aanvullende voorwaarden	Advies[#]
Puberteitsremmers	Tanner M/G stadium 2	
Cross-sex-hormonen (adolescenten)	Vanaf 15 jaar, na minimaal 2 jaar puberteitsremming, of vanaf 16 jaar met minimaal een half jaar puberteitsremming.	
Cross-sex-hormonen (instelfase)	Geen fertiliteitspreservatie gewenst of deze is reeds uitgevoerd.	
Mamma-augmentatie *		6 maanden cross-sex-hormonen.**
Mastectomie	Vanaf 16 jaar	6 maanden cross-sex-hormonen bij transgenders die ook cross-sex hormoonbehandeling wensen.*** Direct na diagnostiek bij transgenders die alleen een mastectomie wensen.
Faciale chirurgie*	Vanaf 18 jaar	12 maanden cross-sex-hormonen.**
Gynaecologische chirurgie*	Vanaf 18 jaar. Geen fertiliteitspreservatie gewenst of deze is reeds uitgevoerd. 12 maanden cross-sex-hormonen** Na verwijdering van eierstokken is hormoonsuppletie noodzakelijk.	
Genitale chirurgie*	Vanaf 18 jaar, 12 maanden cross-sex-hormonen, genitale ontharing gereed****. Vanwege de complexiteit en grote operatierisico's wordt voor een phalloplastiek een nieuw beslismoment ingericht, bij het nemen van deze beslissing wordt de draagkracht opnieuw meegewogen. Na verwijdering van de testes is hormoonsuppletie noodzakelijk. BMI <35	Niet roken en BMI tussen 18 en 30. Preoperatieve gonadale onderdrukking kan transgender helpen om een weloverwogen keuze voor genitale chirurgie te maken. Bij plasbuisverlenging colpectomie.
Fonochirurgie*	Vanaf 18 jaar, na logopedische behandeling	1 jaar logopedie

Tabel 1.2 Aanvullende voorwaarden en adviezen uitgesplitst per behandeling

*bij deze behandeling geldt als voorwaarde 12 maanden leven in het wensgeslacht.

** de voorwaarde/het advies voor cross-sex-hormonen vervalt indien hormoonbehandeling niet mogelijk of wenselijk is.

*** vervroegde mastectomie (voor 6 maanden) mogelijk indien anders sociale transitie onredelijk verzwaard wordt.

**** genitale ontharing is soms niet nodig of zelfs onwenselijk bij buitenlandse genitale chirurgie.

Het stellen van aanvullende voorwaarden wordt door de transgender als zeer belemmerend ervaren en deze zijn daarom beperkt tot enkel medisch essentiële aspecten of aspecten voortvloeiend uit de internationale WPATH standaard. Daarom worden de in de kolom Advies genoemde aspecten niet uitgelegd als de facto voorwaarden."

Conclusies

Voordat kan worden gestart met een somatische behandeling moet worden vastgesteld dat er sprake is van genderincongruentie. Deze diagnose moet gesteld worden door een gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog of psychiater. De transgender moet uitgebreid geïnformeerd zijn over alle behandelingsmogelijkheden en gevolgen. Verder moet voor de start van de behandeling rekening gehouden worden met de draagkracht van de transgender. Als deze onvoldoende is, moet dit worden meegenomen in het behandelplan. Verder is het van belang dat bij elke somatische behandeling een indicatie dient te worden afgegeven.

Aanbevelingen

Het is belangrijk dat de psychische evaluatie binnen de indicatiestelling plaatsvindt door een gespecialiseerde psycholoog of psychiater, met voldoende professionele ervaring op het gebied van genderidentiteit en –ontwikkeling.

Stel alvorens over te gaan tot behandeling van genderincongruentie vast of:

- er sprake is van genderincongruentie;
- de draagkracht van de transgender voldoende is;
- de voorgenomen behandeling voldoende passend is;
- er geen medische of psychiatrische contra-indicaties zijn;
- de transgender voldoet aan aanvullende voorwaarden voor behandeling.

Indien de psychische aspecten naar aanleiding van een recente, vergelijkbare somatische behandeling al eerder beoordeeld zijn, dan gebruikt de behandelaar in principe deze beoordeling.

Zorg voordat wordt overgegaan tot behandeling dat de transgender informed consent voor de behandeling heeft gegeven.

Neem bij onvoldoende draagkracht bij de transgender ondersteuning mee in het behandelplan. Houdt hierbij rekening met de context, mogelijk wordt de draagkracht mede bepaald door de fase van sociale transitie.

Adviseer een transgender de behandelingen in de tijd uit te spreiden vanwege de impact van behandeling op diens leven en op eventuele volgende behandelingen.

Start op korte termijn onderzoek naar de effecten van verschillende vormen van diagnostiek op de kwaliteit van de beslissing tot behandeling, binnen de Nederlandse context.

Literatuur

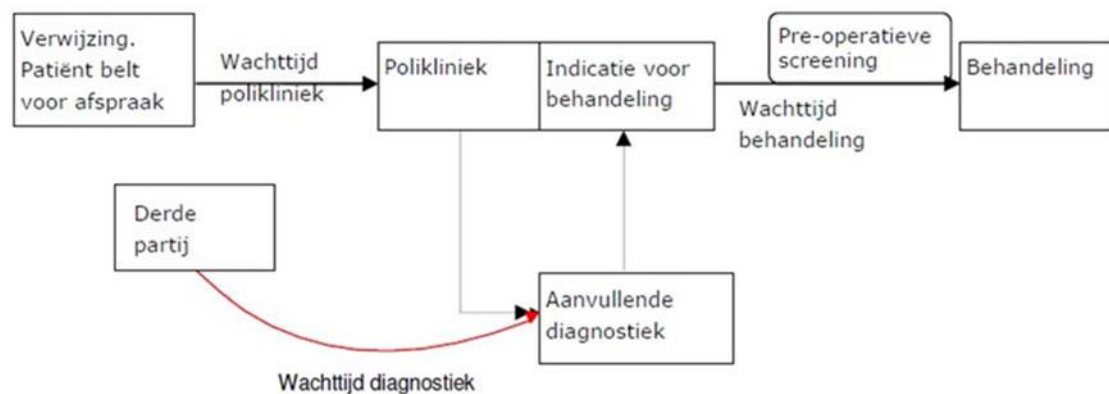
- De Blok CJM, Klaver M, Wiepjes CM, et al. Breast Development in Transwomen After 1 Year of Cross-Sex Hormone Therapy: Results of a Prospective Multicenter Study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2018;103:532-538.
- Dittrich R, Binder H, Cupisti S, et al. Endocrine treatment of male-to-female transsexuals using gonadotropin-releasing hormone agonist. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2005; 113:586–592.
- Golds G, Houdek D, Arnason T. Male Hypogonadism and Osteoporosis: The Effects, Clinical Consequences, and Treatment of Testosterone Deficiency in Bone Health. *Int J Endocrinol.* 2017;:4602129. doi: 10.1155/2017/4602129. Epub 2017 Mar 16.
- Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102:3869-3903.
- Madeline B. Deutsch (2012) Use of the Informed Consent Model in the Provision of Cross-Sex Hormone Therapy: A Survey of the Practices of Selected Clinics, *International Journal of Transgenderism*, 13:3, 140-146, DOI: 10.1080/15532739.2011.675233.
- Meyer 3rd WJ, Webb A, Stuart CA, et al. Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: a longitudinal study. *Arch Sex Behav.* 1986;15:121–138.

1.2 Wachttijden

Inleiding

Voor de beschrijving van wachttijden in de transgenderzorg wordt het NZa-model gebruikt. Dit model onderscheidt drie componenten van wachttijd (Nadere Regel CI/NR 100.110, regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg, https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_12340_22/):

- wachttijd polikliniek;
- wachttijd diagnostiek;
- wachttijd behandeling.



Figuur 1.3 NZA-model wachttijden

Er zijn verschillende oorzaken van wachttijd:

- capaciteit in relatie tot de zorgvraag;
- organisatie van zorg;
- medisch (noodzakelijk) herstel;
- besluitvorming.

Bij capaciteit gaat het om de tijd die een transgender moet wachten tot de hoofdbehandelaar in de gelegenheid is om de transgender te zien of te behandelen. De capaciteit wordt mede bepaald door hoe de zorg in een centrum georganiseerd is. Wanneer een chirurg bijvoorbeeld 70% van de tijd spreekuur doet en 30% opereert dan zal hij minder operaties kunnen uitvoeren dan een chirurg die 50% van de tijd spreekuur doet en 50% opereert.

Daarnaast is er de medisch noodzakelijke wachttijd. Dit is bijvoorbeeld wachttijd die voortvloeit uit afhankelijkheden tussen behandelingen of specifieke voorwaarden voor indicatiestelling.

Tot slot levert besluitvorming tot behandeling ook wachttijd voor de transgender op. Voor die besluitvorming is veelal overleg nodig tussen de hoofdbehandelaar(s) en de betrokken gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog of psychiater. Tijdens dit overleg wordt vastgesteld of de transgender voldoet aan de psychische en somatische voorwaarden voor behandeling.

Bij wachttijd diagnostiek is een verwijzing door derde partij opgenomen. Dit betreft een niet interne doorverwijzing binnen de instelling. Deze wachttijd is de wachttijd voor patiënten die elders binnen een zorgtraject een lange wachttijd voor diagnostiek oplopen en eventueel willen uitwijken naar een andere zorgaanbieder.

Wachttijd voor indicatiestelling

Binnen 6 weken wordt een afspraak gemaakt voor indicatiestelling; ook indien er sprake is van een second opinion.

Wachttijd voor hormoontherapie

Binnen 6 weken na indicatiestelling wordt een afspraak gemaakt voor de start van de hormoontherapie (Treknormen GGZ, december 2016).

Voordat men met hormoontherapie start, wordt nagedacht over fertiliteit. Besluitvorming hierover én over eventuele fertiliteitspreservatie kost tijd (vooral wanneer eicellen worden ingevroren, dit duurt een aantal maanden). Vanwege het negatieve effect (hormonen) en uiteindelijk irreversibele effect (gonadectomie) van de behandelingen wordt dit onderwerp reeds tijdens de indicatiestelling besproken. Dit is geen wachttijd, maar wordt wel meegenomen in de communicatie naar de transgender.

Om de wachttijd te beperken en de zorg dichterbij de transgender te brengen, is het wenselijk de huisarts een rol te geven bij de hormoontherapie. Daarbij valt te denken aan het onderdrukken of bereiken van amenorroe in transmannen en het uitvoeren van reguliere controles in de nazorgfase. Voorwaarde is wel dat de huisarts daartoe specifieke nascholing heeft gehad. Bij voorkeur wordt overlegd met het NHG of de zorg die de huisarts kan leveren kan worden vastgelegd in een NHG standaard transgenderzorg.

Wachttijd voor chirurgie

Wanneer is vastgesteld dat de transgender voldoet aan de voorwaarden voor chirurgie (waar wachttijd/bedenktijd een onderdeel van is) wordt deze binnen 6 weken pre-operatief gezien. Vanaf het pre-operatief consult, is de wachttijd voor de chirurgie maximaal 8 weken.

Conclusies

Ook voor transgenderzorg kan de structuur van het NZa-model aangehouden worden voor het definiëren van wachttijd. Er zijn verschillende oorzaken voor wachttijd: capaciteit in relatie tot de zorgvraag, organisatie van zorg, medisch (noodzakelijk) herstel en besluitvorming. Capaciteit is momenteel een probleem in Nederland en het is essentieel dat men zich maximaal inspant om te kunnen voldoen aan de zorgvraag.

Aanbevelingen

Houd rekening met de medisch noodzakelijke wachttijd die voortvloeit uit medisch inhoudelijke afhankelijkheden tussen behandelingen of specifieke voorwaarden voor indicatiestelling.

Zorg als zorgverlener voor duidelijkheid over het multidisciplinaire besluitvormingsproces en zorg dat de transgender hiervan op de hoogte is.

Module 2 Behandelingen

Uitgangsvraag

Waar dient bij de behandeling voor genderincongruentie rekening mee gehouden te worden?

Deze uitgangsvraag omvat de volgende submodules (met deelvragen):

2.1 Behandeling van kinderen en adolescenten

- Welke eisen kunnen worden gesteld aan het team of samenwerkingsverband rondom een kind met genderincongruentie?
- Welke behandelmogelijkheden zijn er bij kinderen en adolescenten?
- Wat moet er geregeld worden bij overgang naar volwassenzorg?

2.2 Hormoonbehandeling

2.2.1 Wat is de meest optimale vorm van behandeling met hormonen?

2.2.2 Hoe is het perioperatief beleid ten aanzien van het stoppen van hormonale therapie ter voorkoming van trombose?

2.2.3 Welke aanpassing in beleid is van toepassing op de behandeling van oudere transgenderpersonen?

2.3 Chirurgie

2.3.1 Waar moet aan worden voldaan voordat genderbevestigende operaties kunnen worden uitgevoerd?

-> Welke mogelijkheden zijn er voor feminiserende en masculiniserende chirurgie?

-> Aan welke eisen moet een zorgverlener voldoen om een genderbevestigende operatie te kunnen uitvoeren?

2.3.2 Wanneer komt iemand in aanmerking voor gynaecologische operaties?

2.3.3 Aan welke (somatische) voorwaarden moet worden voldaan om genderbevestigende gelaatsoperaties te kunnen ondergaan?

2.4 Fertiliteitspreservatie en zwangerschap

2.1 Behandeling van kinderen en adolescenten

Inleiding

Er zijn verschillen in presentatie en beloop van genderincongruentie tussen kinderen, adolescenten en volwassenen. Kinderen en adolescenten maken een lichamelijke, psychologische, sociale en seksuele ontwikkeling door die van invloed kan zijn op genderdysfore gevoelens. Daarom verschilt de diagnostiek en behandeling van genderincongruentie bij kinderen en adolescenten van die van volwassenen.

Samenvatting literatuur

In de Standards of Care van de WPATH (Coleman, 2012) en in de richtlijn van de Endocrine Society (Hembree, 2017) worden aanbevelingen gedaan over diagnostiek en begeleiding/behandeling van kinderen met genderincongruentie. Deze worden hieronder in het Nederlands samengevat.

Diagnostiek en behandeling van genderincongruentie bij adolescenten wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team of samenwerkingsverband met expertise op dit vlak. Het multidisciplinaire team of samenwerkingsverband komt wekelijkse / maandelijks bijeen in MDO's, waar uitkomsten van diagnostiek, voortgang van behandeling en vragen en zorgen over jongeren die in diagnostiek of behandeling zijn besproken worden (zie voor beschrijving volwassenen MDO pagina 48)

Bij kinderen is het MDO in beginsel:

- a. Tussen een gespecialiseerde psycholoog, psychiater en/of orthopedagoog.

Bij adolescenten is het MDO in beginsel:

- b. Tussen een gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog en kinderarts/kinderendocrinoloog.

In alle gevallen zijn er op indicatiebasis (dus met concrete aanleiding) extra disciplines aan het MDO toe te voegen.

Diagnostiek bij kinderen en adolescenten

Diagnostiek naar genderincongruentie wordt verricht door een gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog die voldoet aan de criteria in tabel 2.1.

Tabel 2.1 Criteria waaraan een psycholoog, of psychiater of orthopedagoog die diagnostiek doet naar genderincongruentie bij kinderen en adolescenten moet voldoen

- getraind in ontwikkelingspsychologie en psychopathologie van kinderen en adolescenten;
- competent in gebruik van de DSM en/of ICD voor diagnostische doeleinden;
- in staat om een onderscheid te maken tussen genderincongruentie en aandoeningen met vergelijkbare kenmerken (bijvoorbeeld body dysmorphic disorder);
- getraind in het vaststellen van psychische aandoeningen;
- in staat om gepaste behandeling in te stellen of daarvoor te verwijzen;
- in staat om een psychosociale beoordeling te doen, onder andere van begrip van het kind/de adolescent en van sociale omstandigheden die van invloed zouden kunnen zijn op de hormonale behandeling;
- woont regelmatig relevante professionele bijeenkomsten/nascholingen bij;
- is op de hoogte van de criteria voor puberteitsremming en genderbevestigende hormoonbehandeling in adolescenten.

Begeleiding van prepuberale kinderen

Er is onvoldoende literatuur over de uitkomsten van het al dan niet ondergaan van een sociale transitie door kinderen voordat de puberteit is begonnen. Er wordt geadviseerd om beslissingen over sociale transitie bij prepuberale kinderen met genderincongruentie met hulp van een gespecialiseerde (zie tabel 2.1.) psycholoog, psychiater of orthopedagoog te nemen. Deze kan het gezin helpen voor- en nadelen van sociale transitie tegen elkaar af te wegen en indien voor sociale transitie gekozen wordt, hen hierbij te ondersteunen. Prepuberale kinderen (Tanner stadium M1 of G1) worden behandeld met puberteitsremmers of cross-sex hormonen. Omdat er geen sprake is van een somatische behandeling wordt de begeleiding van prepuberale kinderen verder buiten beschouwing van deze kwaliteitsstandaard gelaten.

Puberteitsremming

Het advies is om adolescenten die aan de diagnostische criteria voor genderincongruentie voldoen, in de puberteit zijn, en om behandeling vragen, in eerste instantie een behandeling te geven om de puberteit/eigen hormonen te onderdrukken. Het middel van eerste keus is hierbij een GnRH analoog. Adolescenten komen in aanmerking voor behandeling met een GnRH analoog als wordt voldaan aan de criteria in tabel 2.2.

Tabel 2.2 Criteria waaraan moet worden voldaan om behandeling met GnRH analoog te kunnen starten

Een gekwalificeerde/gespecialiseerde psycholoog, orthopedagoog of psychiater (zie tabel X1) heeft bevestigd dat:

- a. er bij de adolescent sprake is van een langdurig en intens patroon van gender non-conformiteit of genderincongruentie en de adolescent daaronder lijdt;
- b. de genderincongruentie toenam of ontstond bij het begin van de puberteit;
- c. nevenproblemen op psychologisch, medisch of sociaal vlak die behandeling in de weg zouden kunnen staan (bijvoorbeeld doordat ze de therapietrouw negatief beïnvloeden of omdat de kans bestaat dat deze nevenproblemen verergeren onder GnRH behandeling) onder controle zijn zodat de situatie en het functioneren van de adolescent stabiel genoeg zijn om met behandeling te starten;
- d. de adolescent de mentale capaciteit heeft om informed consent te geven voor deze behandeling.

De adolescent:

- a. is geïnformeerd over de effecten en bijwerkingen van de behandeling (inclusief mogelijk verlies van vruchtbaarheid als de adolescent vervolgens hormonale behandeling en/of chirurgie ondergaat) en de mogelijkheden tot fertiliteitspreservatie;
- b. heeft informed consent gegeven (en indien voortvloeiend uit de WGBO), ook de ouders of andere gezaghebbenden hebben geïnformeerde toestemming gegeven) en ouders/verzorgers ondersteunen de adolescent gedurende de behandeling.

Een kinderendocrinoloog of andere arts met voldoende ervaring in het beoordelen van puberteit onder supervisie van/in samenwerking met een kinderendocrinoloog:

- a. is het eens met de indicatie voor behandeling met een GnRH analoog;
- b. heeft bevestigd dat de adolescent in de puberteit is (Tanner stadium M2 of G2 of verder);
- c. heeft vastgesteld dat er geen medische contra-indicaties zijn voor behandeling met een GnRH analoog.

Behandeling met cross-sex hormonen

Voordat met hormoontherapie wordt gestart beoordeelt een multidisciplinair team of samenwerkingsverband of bij adolescenten die om behandeling met cross-sex hormonen vragen de genderincongruentie persisteert, of de adolescent mentaal in staat is om informed consent te geven en of de adolescent aan de andere criteria voor behandeling met cross-sex hormonen voldoet. Doorgaans wordt een leeftijdsgrens van 16 jaar aangehouden voor het starten van behandeling met cross-sex hormonen. Dit is de leeftijd waarop de adolescent volgens de WGBO zelfstandig mag beslissen over een medische behandeling (Burgerlijk Wetboek artikel 7:447). Er kunnen echter redenen zijn op grond waarvan het multidisciplinaire team of samenwerkingsverband kan beslissen dat een jongere al voor de leeftijd 16 jaar in aanmerking komt voor behandeling met cross-sex hormonen. Daarbij moet men zich realiseren dat er weinig bekend is over de uitkomsten van behandeling bij jongeren met genderincongruentie die voor leeftijd 14 jaar zijn gestart met cross-sex hormonen. Momenteel wordt in Nederland aangehouden dat jongeren die al gedurende 2 jaar met een GnRH analoog zijn behandeld en aan de overige criteria in tabel 2.3 voldoen op hun 15e jaar al voor genderbevestigende hormoonbehandeling in aanmerking komen. Een optimale hormoonbehandeling is zo effectief mogelijk en afgestemd op het individu, binnen gangbare richtlijnen ten aanzien van beheersing van gezondheidsrisico's. Hiervoor gelden de richtlijnen van de Endocrine Society voor dosering en monitoring als uitgangspunt (Hembree, 2017). Tijdens de behandeling wordt de adolescent elke 3 tot 6 maanden ter controle gezien door een kinderendocrinoloog of andere arts met voldoende ervaring in puberteitsinductie onder supervisie van/in samenwerking met een kinderendocrinoloog.

Tevens is er regelmatig (om de 3 à 6 maanden) contact tussen adolescent en de behandelend gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog.

Adolescenten komen in aanmerking voor genderbevestigende hormoonbehandeling als wordt voldaan aan de criteria in tabel 2.3.

Tabel 2.3 Criteria waaraan moet worden voldaan om behandeling met cross-sex hormonen te kunnen starten bij een adolescent

Een gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog heeft bevestigd dat:

- a. er sprake is van persisterende genderincongruentie;
- b. nevenproblemen op psychologisch, medisch of sociaal vlak die behandeling in de weg zouden kunnen staan (bijvoorbeeld doordat ze de therapietrouw negatief beïnvloeden, of omdat de kans bestaat dat deze nevenproblemen verergeren onder hormoonbehandeling) onder controle zijn zodat de situatie en het functioneren van de adolescent stabiel genoeg zijn om met behandeling met cross-sex hormonen te starten;
- c. de adolescent de mentale capaciteit heeft om de gevolgen van deze (deels) irreversibele behandeling te overzien, de voordelen en risico's tegen elkaar af te wegen en informed consent te geven (de meeste adolescenten zijn hiertoe in staat als ze 16 jaar oud zijn).

De adolescent:

- a. is geïnformeerd over de (irreversibele) effecten en bijwerkingen van de behandeling (inclusief mogelijk verlies van vruchtbaarheid) en de mogelijkheden tot fertiliteitspreservatie. Indien gewenst wordt de adolescent verwezen voor counseling naar een gynaecoloog met kennis van genderproblematiek en fertiliteitspreservatie;
- b. heeft informed consent gegeven (en indien voortvloeiend uit de WGBO, de ouders of andere gezaghebbenden hebben geïnformeerde toestemming gegeven) en ouders/verzorgers ondersteunen de adolescent gedurende de behandeling.

Een kinderendocrinoloog of andere arts met voldoende ervaring in puberteitsinductie onder supervisie van/in samenwerking met een kinderendocrinoloog:

- a. is het eens met de indicatie voor behandeling met cross-sex hormonen;
- b. heeft vastgesteld dat er geen medische contra-indicaties zijn voor behandeling met cross-sex hormonen.

De behandelend arts geeft jongeren leefstijladviezen, over gezonde voeding, voldoende lichaamsbeweging en niet roken. Bij problemen op dit vlak (obesitas, niet kunnen stoppen met roken) wordt de jongere verwezen voor passende hulp/begeleiding. Het risico op cardiovasculaire complicaties bij overgewicht/obesitas en roken in combinatie met behandeling met cross-sex hormonen wordt besproken. Het hebben van overgewicht/obesitas of roken is geen absolute contra-indicatie voor behandeling met puberteitsremmers of cross-sex hormonen. Wel wordt ook al in dit stadium uitdrukkelijk besproken met de jongere dat een BMI > 30 kg/m² of roken contra-indicaties zijn voor bepaalde operaties.

Transitie

In aanloop naar het bereiken van de volwassen leeftijd wordt zorg gedragen voor een goede overdracht van de zorg vanuit het multidisciplinaire team of samenwerkingsverband voor kinderen/adolescenten naar het team of samenwerkingsverband voor volwassenen. Continuïteit van zowel medische als psychologische zorg wordt gewaarborgd. Voor de jongeren moet duidelijk zijn wie het nieuwe aanspreekpunt wordt.

Na de overdracht vindt terugkoppeling plaats naar het team of samenwerkingsverband voor kinderen/ jongeren zodat voor hen duidelijk is of de jongere ook daadwerkelijk is aangekomen bij de nieuwe zorgverlener. Er is onvoldoende bewijskracht om een specifiek follow-up schema te adviseren voor volwassenen die in de adolescentie puberteitsremming hebben gehad gevolgd door behandeling met cross-sex hormonen maar er dient in elk geval speciale aandacht te zijn voor monitoring van de botdichtheid.

Conclusies

Voor de behandeling van kinderen en adolescenten zijn goede afspraken gemaakt. Deze beschrijven de eisen aan zorgverleners, voor specifieke behandelingen. Aan de overdracht worden hieronder opgenomen in aanbevelingen.

Aanbevelingen

Diagnostiek naar genderincongruentie bij kinderen en jongeren wordt uitgevoerd door een psycholoog, psychiater of orthopedagoog die voldoet aan de criteria vermeld in tabel 2.1.

Zorg aan adolescenten met genderincongruentie dient te worden verleend door een multidisciplinair team of samenwerkingsverband, minimaal bestaande uit een psycholoog, een kinderpsychiater en een kinderendocrinoloog, dat structureel multidisciplinair overlegt.

Neem beslissingen over sociale transitie bij prepuberale kinderen met hulp van een gespecialiseerde psycholoog of psychiater.

Behandel prepuberale kinderen niet met puberteitsremmers of cross-sex hormonen.

Behandel adolescenten die aan de criteria in tabel 2.2 voldoen en behandeling wensen, in eerste instantie met puberteitsremmers, bij voorkeur met een GnRH analoog.

Behandel adolescenten die aan de criteria in tabel 2.3 voldoen en geslachtsbevestigende behandeling wensen met genderbevestigende hormoonbehandeling.

Zorg voor een goede overdracht van zorg vanuit het team of samenwerkingsverband voor kinderen en jongeren naar de zorgverleners voor volwassenen.

Literatuur

Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. 2012; 13:165-232.

Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender- Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2017;102:3869-3903.

2.2 Hormoonbehandeling

Algemene Inleiding

Hormoonbehandeling in het kader van genderincongruentie bij volwassenen bestaat uit het toedienen van endocriene stoffen (testosteron, oestrogenen en/of antiandrogenen) om het lichaam passend te maken bij de ervaren genderidentiteit. De te verwachten fysieke effecten van hormoonbehandeling zijn terug te vinden in Tabel 2.4 (Coleman, 2012). De wens voor hormoontherapie is niet altijd maar wel vaak aanwezig bij mensen die lijden aan genderincongruentie. Hormoontherapie leidt vaak tot een verbetering van psychische gesteldheid van transgenders en is thans een aanbevolen criterium voor de toelating voor verscheidene vormen van chirurgie (bijvoorbeeld vaginoplastiek bij transvrouwen en ovariectomie bij transmannen) (Coleman, 2012).

Criteria om in Nederland in aanmerking te kunnen komen voor de hormoonbehandeling voor volwassenen zijn (gebaseerd op The Standards of Care) benoemd in module 1. De hormoonbehandeling is in de literatuur uitgebreid beschreven (Hembree, 2017). De hormoonbehandeling kent typisch twee fasen, de instelfase en de follow-up. Tijdens de instelfase wordt in nauwgezette, frequente monitoring de optimale hormoon dosering bepaald totdat er een stabiele en passende hormoonsituatie is bereikt. Deze fase wordt door een endocrinoloog of gespecialiseerde gynaecoloog, in een geformaliseerd samenwerkingsverband met een psycholoog, opgestart. Follow-up op de hormoonbehandeling is op zijn plaats bij de huisarts met kennis van transgenderzorg in overleg met een endocrinoloog of bij een endocrinoloog in een perifeer ziekenhuis.

Transmannen Effect	Verwachte aanvang	Verwacht maximaal effect
Vette huid/acné	1 tot 6 maanden	1 tot 2 jaar
Gezichts/lichaamsbehaaring	3 tot 6 maanden	3 tot 5 jaar
Verlies van hoofdhaar	>12 maanden	Variabel
Toename van spiermassa/kracht	6 tot 12 maanden	2 tot 5 jaar
Vetredistributie	3 tot 6 maanden	2 tot 5 jaar
Stoppen van menstruaties	2 tot 6 maanden	niet van toepassing
Vergroting van de clitoris	3 tot 6 maanden	1 tot 2 jaar
Vaginale atrofie	3 tot 6 maanden	1 tot 2 jaar
Zwaardere stem	3 tot 12 maanden	1 tot 2 jaar
Transvrouwen Effect	Verwachte aanvang	Verwacht maximaal effect
Vetredistributie	3 tot 6 maanden	2 tot 5 jaar
Afname spiermassa/kracht	3 tot 6 maanden	1 tot 2 jaar
Zachtere/minder vette huid	3 tot 6 maanden	Onbekend
Verminderd libido	1 tot 3 maanden	1 tot 2 jaar
Afname van spontane erecties	1 tot 3 maanden	3 tot 6 maanden
Seksuele dysfunctie	variabel	Variabel
Borstgroei	3 tot 6 maanden	6 maanden tot 2 jaar
Verminderd testisvolume	3 tot 6 maanden	2 tot 3 jaar
Verminderde spermaproductie	variabel	Variabel
Afname van lichaams- en gezichtsbehaaring	6 tot 12 maanden	>3 jaar
Mannelijke kaalheid	Geen teruggroei van haar, verlies stopt na 1 tot 3 maanden	1 tot 2 jaar

Tabel 2.4

2.2.1 Optimale hormoonbehandeling

Inleiding

Voor de hormonale behandeling van transvrouwen en transmannen zijn meerdere soorten hormoonpreparaten beschikbaar. Voor de oestrogeenbehandeling van transvrouwen zijn in Nederland transdermale en orale vormen beschikbaar. Voor testosteronbehandeling van transmannen zijn in Nederland orale, transdermale en intramusculaire vormen beschikbaar. Idealiter wordt een middel/dosering voorgeschreven dat de voorkeur heeft van de transgender (de transgender zal immers in principe levenslang de medicatie moeten gebruiken), dat veilig is en niet gecontraïndiceerd is bij eventuele somatische en/of psychologische comorbiditeit. Echter op dit moment worden niet alle beschikbare hormoonpreparaten (volledig) vergoed binnen het vergoedingssysteem wat maakt dat soms wordt afgeweken van de meest optimale behandelkeuze. Deze module zal ingaan op afweging voor de meest optimale hormoonpreparaten.

Samenvatting literatuur

De somatische en/of psychologische toestand van een transgender leidt regelmatig tot voorkeur voor een bepaalde behandeling. Zo zal bij transvrouwen die een hoger risico hebben op trombo-embolische aandoeningen (bijvoorbeeld diegenen met een leeftijd van >40 jaar) de voorkeur uitgaan naar transdermale toediening van estradiol (Coleman, 2012; Hembree, 2017; Tangpricha, 2017). Bij transmannen worden kortwerkende testosteroninjecties die, in tegenstelling tot langwerkende injecties en transdermaal testosteron, testosteronschommelingen met suprafysiologische spiegels kunnen induceren, regelmatig geassocieerd met agressief gedrag en polycythaemia (Batrinos, 2012; O'Connor, 2004; Ohlander, 2017). Daarnaast zijn (kortwerkende) testosteroninjecties geassocieerd met een hoger cardiovasculair risico (Layton, 2018; Layton, 2015).

Applicatie van transdermaal testosteron kan daarentegen weer gepaard gaan met huidirritatie (Wang, 2000). Bij transmannen die gevoelig zijn voor testosteronschommelingen maar bij wie transdermale testosteronvormen tot huidirritatie leiden, zouden langwerkende testosteroninjecties de meest geschikte keuze kunnen zijn.

De langwerkende testosteroninjecties kennen op dit moment een zeer beperkte vergoeding omdat op dit moment de lang- en kortwerkende testosteroninjecties in één groep vallen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

Conclusies

Bij transmannen die kiezen voor injecties hebben langwerkende testosteroninjecties de voorkeur.

Aanbevelingen

Kies bij transvrouwen die een verhoogd risico hebben op trombo-embolische aandoeningen voor transdermale oestrogenen.

Gebruik bij transmannen die kiezen voor injecties als toedieningsvorm bij voorkeur langwerkende testosteroninjecties.

Literatuur

- Batrinis ML. Testosterone and aggressive behavior in man. *Int J Endocrinol Metab.* 2012;10:563-568.
- Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender- nonconforming people, version 7. *Int J Transgenderism.* 2012;13:165-232.
- O'Connor DB, Archer J, Wu FC. Effects of testosterone on mood, aggression, and sexual behavior in young men: a double-blind, placebo-controlled, cross-over study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004;89:2837-2845.
- Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102:3869-3903.
- Layton JB, Meier CR, Sharpless JL, et al. Comparative Safety of Testosterone Dosage Forms. *JAMA Intern Med.* 2015;175:1187-1196.
- Layton JB, Li D, Meier CR, et al. Injection testosterone and adverse cardiovascular events: A case-crossover analysis. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2018 Feb 15 (Epub ahead of print).
- Ohlander SJ, Varghese B, Pastuszak AW. Erythrocytosis Following Testosterone Therapy. *Sex Med Rev.* 2017. pii: S2050-0521(17)30041-0. (Epub Ahead of Print).
- Tangpricha V, den Heijer M. Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women. *Lancet Diabetes. Endocrinol.* 2017;5:291-300.
- Wang C, Swerdloff RS, Iranmanesh A, et al. Transdermal testosterone gel improves sexual function, mood, muscle strength, and body composition parameters in hypogonadal men. *J Clin Endocrinol Metab.* 2000;85:2839- 53.

2.2.2. Perioperatief beleid met betrekking tot hormoonbehandeling

Inleiding

De guideline van de Endocrine Society vermeldt dat er zorgen zijn dat behandeling met oestrogenen een verhoogd risico geeft op trombose na een operatie (Hembree, 2017). De guideline adviseert dat de endocrinoloog en de chirurg samen een besluit nemen over het al dan niet stoppen van hormonen voorafgaande aan de operatie. In Nederland is het jarenlang gangbaar geweest om hormoonbehandeling enkele weken voorafgaande aan een operatie te stoppen (Asscheman 2014; Asscheman 1989).

Het tijdelijk staken van de hormoontherapie wordt echter door veel transgenders als zeer belastend ervaren en veel transgenders vragen zich dan ook af of het stoppen van de hormonale medicatie wel echt noodzakelijk is. Deze module zal ingaan op het risico van trombo-embolische complicaties gedurende hormonale therapie.

Samenvatting literatuur (deels gebaseerd op de Richtlijn Antitrombotisch beleid)

Transvrouwen

In observationeel onderzoek vonden Lidegaard e.a. een tromboserisico van 3,7 per 10.000 persoonsjaren bij vrouwen met een leeftijd van 15 tot 49 jaar die geen anticonceptiepil gebruikten en, afhankelijk van de leeftijd, van 4,2 tot 20,8 per 10.000 persoonsjaren bij vrouwen die dat wel deden (Lidegaard, 2011, Lidegaard 2012). Progestagenen beïnvloeden het trombogene effect van oestrogenen, waarbij cyproteronacetaat (het in Nederland meest gebruikte antiandrogeen) een relatief hoog risico geeft (relatief risico van 4,1) (Lidegaard, 2011, Lidegaard 2012). Er zijn geen studies verricht waarin naar het risico van cyproteronacetaat alleen op trombose in vrouwen is gekeken. Ondanks een verhoogd risico op trombose onder het gebruik van orale anticonceptie wordt in Nederland niet standaard het advies aan vrouwen gegeven om de anticonceptiepil te staken perioperatief, mede door het risico op ongewenste zwangerschappen (Richtlijn Antitrombotisch beleid, 2015). Een van de eerste studies gedaan naar het optreden van trombo-embolische ziekten in transvrouwen vond een 45 keer hoger risico en een life-time prevalentie van ongeveer 5% in de transvrouwen behandeld met ethinylestradiol in combinatie met cyproteronacetaat, waarbij degenen boven de 40 jaar een aanzienlijk hoger risico hadden dan degenen onder de 40 jaar (life-time prevalentie van 12% versus 2.1%) (Asscheman, 1989). In een vervolgstudie van dezelfde onderzoeksgroep werd een risico gevonden dat 20 maal hoger was in transvrouwen onder oestrogeen/cyproteronacetaat therapie dan in een onbehandelde populatie (van Kesteren, 1997). Sommige onderzoekers menen dat het verhoogde risico op trombo-embolische ziekten in voorgaande studies met name veroorzaakt is door het gebruik van ethinylestradiol (in hoge doseringen) (Gooren, 2008), een vorm van oestrogeen die sinds 2001 niet meer in Nederland wordt gebruikt voor de hormonale behandeling van transgender personen. Hierover bestaat geen eenstemmigheid. Ot e.a vonden geen verhoogd risico op veneuze trombose in transvrouwen die behandeld werden met transdermale 17-beta-estradiol en cyproteronacetaat (Ot, 2010). Arnold e.a vonden eveneens geen verhoogd risico op trombo-embolische aandoeningen bij transvrouwen die orale behandeling met estradiol (estradiolvaleraat) kregen (in combinatie met het antiandrogeen spironolacton) (Arnold, 2016). Echter, uit de meest betrouwbare en recente studie uit 2018 komt naar voren dat ook transvrouwen die andere oestrogeenpreparaten dan ethinylestradiol gebruiken een hoger risico hebben op veneuze trombose (Getahun, 2018).

Onderzoek naar effecten van hormoonbehandeling op stollingsfactoren bij transgenderpersonen laat een effect zien van gecombineerde oestrogeen en cyproteronacetaat behandeling dat vergelijkbaar is met de effecten die beschreven worden bij gebruik van orale anticonceptie bij vrouwen (Toorians, 2003).

Dit suggereert dat het risico op trombose bij transvrouwen die hormonen gebruiken mogelijk vergelijkbaar is met dat van cisgender vrouwen die de orale anticonceptiepil gebruiken.

Transmannen

Tot nu toe is er weinig onderzoek gedaan naar de relatie tussen testosterontherapie en het optreden van veneuze trombose. In een recente case-control studie en twee cohortstudies werd geen relatie gevonden tussen testosteron en het optreden van veneuze trombo-embolieën in mannen (Sharma, 2015; Baillargeon, 2015). Daarentegen kwam uit een andere recente case-control studie en een (kleine) meta-analyse wel naar voren dat het risico op veneuze trombose in (hypogonadale) mannen tot maximaal vijfmaal hoger is (gedurende de eerste maanden) na start van testosteronsuppletie (Xu, 2015; Martinez, 2016). Er zijn tot op heden geen studies gepubliceerd waaruit blijkt dat transmannen een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van veneuze trombo-embolieën na het starten van testosterontherapie (Wierckx, 2013; Ot, 2010; Getahun, 2018). Er zijn zelfs aanwijzingen dat testosterontherapie in transmannen antitrombotische effecten zou hebben (Toorians, 2003).

Conclusies

Hormoontherapie bij transvrouwen heeft een vergelijkbaar effect op stollingsfactoren als de anticonceptiepil bij cisgender vrouwen. Testosterontherapie in transmannen geeft waarschijnlijk geen hoger risico op veneuze trombose.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande informatie is het niet raadzaam om te stoppen met behandeling met oestrogeen of testosteron voorafgaand aan de operatie.

Literatuur

- Arnold JD, Sarkodie EP, Coleman ME, et al. Incidence of Venous Thromboembolism in Transgender Women Receiving Oral Estradiol. *J Sex Med.* 2016;13:1773-1777.
- Asscheman H, Gooren LJ, Eklund PL. Mortality and morbidity in transsexual patients with cross-gender hormone treatment. *Metabolism.* 1989;38:869-673.
- Asscheman H, T'Sjoen G, Lemaire A, et al. Venous thrombo-embolism as a complication of cross-sex hormone treatment of male-to-female transsexual subjects: a review. *Andrologia.* 2014;46:791-795.
- Baillargeon J, Urban RJ, Morgentaler A, et al. Risk of Venous Thromboembolism in Men Receiving Testosterone Therapy. *Mayo Clin Proc.* 2015;90:1038-1045.
- Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *Int J Transgenderism.* 2012;13:165-232.
- Getahun D, Nash R, Flanders WD, et al. Cross-sex Hormones and Acute Cardiovascular Events in Transgender Persons: A Cohort Study. *Ann Intern Med.* 2018 Jul 10. doi: 10.7326/M17-2785. (Epub ahead of print).
- Gooren LJ, Giltay EJ, Bunck MC. Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: extensive personal experience. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008;93:19–25.
- Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102:3869-3903. doi: 10.1210/jc.2017-01658.
- van Kesteren PJ, Asscheman H, Megens JA, et al. Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross- sex hormones. *Clin Endocrinol (Oxf).* 1997;47:337-342.
- Lidegaard Ø, Nielsen LH, Skovlund CW, et al. Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives 5 containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001-BMJ 2011;343:d6423.

- Lidegaard Ø, Nielsen LH, Skovlund CW, et al. Venous thrombosis in users of non-oral hormonal contraception: follow-up study, Denmark 2001-10. *BMJ* 2012;344:e2990.
- Martinez C, Suissa S, Rietbrock S, et al. Testosterone treatment and risk of venous thromboembolism: population based case-control study. *BMJ*. 2016;30:355:i5968.
- Ot J, Kaufmann U, Bentz EK, et al. Incidence of thrombophilia and venous thrombosis in transsexuals under cross-sex hormone therapy. *Fertil Steril*. 2010;93:1267-1272.
- Richtlijn antitrombotisch beleid, 2015.
- Sharma R, Oni OA, Chen G, et al. Association Between Testosterone Replacement Therapy and the Incidence of DVT and Pulmonary Embolism: A Retrospective Cohort Study of the Veterans Administration Database. *Chest*. 2016;150:563-71.
- Toorians AW, Thomassen MC, Zweegman S, et al. Venous thrombosis and changes of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in transsexual people. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003;88:5723-5729.
- Wierckx K, Elaut E, Declercq E, et al. Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: a case-control study. *Eur J Endocrinol*. 2013;169:471-478.
- Xu L, Schooling CM. Differential risks in men and women for first and recurrent venous thrombosis: the role of genes and environment: comment(comment) *J Thromb Haemost*. 2015;13:884-886.

2.2.3 *Aanpassingen in beleid op de behandeling van oudere transgenderpersonen*

Inleiding

Hoewel de risico's van hormonale therapie mogelijk niet alleen afhankelijk zijn van de toedieningsvorm van het hormonale medicament maar ook van de leeftijd van de transgender is op dit moment niet volledig duidelijk of er onderscheid moet worden gemaakt in de hormonale behandeling van oudere en jongere transgender personen. Moeten de dosering, toedieningsvorm en aangehouden referentiewaarden bijvoorbeeld worden aangepast bij het toenemen van de leeftijd, om de risico's op onder andere hart- en vaatziekten zo laag mogelijk te houden? Daarnaast speelt regelmatig de vraag of in oudere transvrouwen die al langere tijd hormonale therapie hebben gehad, de hormoonbehandeling niet helemaal gestopt zou kunnen worden. Postmenopauzale cisgender vrouwen hebben immers ook geen oestrogeenproductie vanuit de ovaria meer. Deze module zal ingaan op de vraag of er onderscheid moet/kan worden gemaakt in de hormonale behandeling van jongere en oudere transgender personen.

Samenvatting literatuur

Het is (nog) niet duidelijk of het risico op bepaalde gezondheidsproblemen in transvrouwen en transmannen die jarenlang hormoontherapie hebben gebruikt vergelijkbaar is met dat van respectievelijk cisgender vrouwen en cisgender mannen. Grote gecontroleerde studies die hiernaar hebben gekeken ontbreken. Er zijn echter studies die aanwijzingen vinden dat lichamelijke verschillen tussen mannen en vrouwen niet louter berusten op cross-sex hormonen maar waarschijnlijk ook op genetisch profiel (XY-chromosomen versus XX-chromosomen). Zo zou bijvoorbeeld borstkanker in transvrouwen meer overeenkomsten laten zien met borstkanker in cisgender mannen dan borstkanker in cisgender vrouwen. Ook zijn er androgeenarme transvrouwen die toch prostaatkanker ontwikkelen. Daarnaast is het belangrijk om bij een besluit over het al dan niet staken van de hormoonbehandeling rekening te houden met het psychische aspect van de hormoontherapie. Transgender personen zijn vaak onzeker over hun passabiliteit en hormoontherapie is voor veel van hen belangrijk om deze gevoelens te onderdrukken.

Transvrouwen

Gemiddeld raken cisgender vrouwen in de menopauze tussen de leeftijd van 40 en 60 jaar. Hoewel de oestrogeenproductie door de ovaria aanzienlijk daalt blijft er toch enige oestrogeenproductie bestaan door de ovaria, met name door de aromatisatie van testosteron naar oestrogeen. Transvrouwen die een orchidectomie hebben ondergaan kunnen daarom wellicht vergeleken worden met cisgender vrouwen die chirurgisch in de menopauze (door ovariëctomie) zijn gekomen. Deze groep heeft dus geen enkele oestrogeenproductie door de ovaria meer wat leidt tot een snellere ontkalking van de botten. Voor behoud van de botdichtheid lijkt volledige onthouding van oestrogenen in oudere transvrouwen dan ook onwenselijk (Gooren, 2014). In postmenopauzale vrouwen is oestrogeentherapie geassocieerd met een lager risico op borstkanker terwijl oestrogeen plus progesteron is geassocieerd met een hoger risico op borstkanker (Santen, 2014). Hoewel in transvrouwen die hormoontherapie krijgen (oestrogenen met of zonder antiandrogenen, veelal cyproteronacetaat) een hoger risico op borstkanker wordt gezien in vergelijking met cisgendermannen (maar niet cisgendervrouwen), is niet duidelijk of dit alleen voor de jongere of ook de oudere transvrouwen geldt. Echter oestrogeentherapie in transvrouwen is ook geassocieerd met een hogere cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit, waarbij het risico mogelijk hoger ligt voor orale dan transdermale oestrogenen. In tegenstelling tot het cardiovasculaire risico, wordt er in postmenopauzale cisgender vrouwen geen verschil gevonden in borstkanker- of fractuurrisico tussen de transdermale en orale oestrogeenpreparaten (Liu, 2013).

Transmannen

In cismannen worden vaak dalende testosteronspiegels gezien met de leeftijd. Dit lijkt echter niet direct aan leeftijd gerelateerd te zijn, maar eerder aan de achteruitgang van de algehele gezondheid en het metabole profiel die zich op oudere leeftijd voordoet. Complete onderdrukking van testosteron in cismannen is geassocieerd met een achteruitgang van de botdichtheid, metabool syndroom en toegenomen morbiditeit en mortaliteit (Saylor, 2013; Tajar, 2012; Yeap, 2012). Testosteronsuppletie bij oudere mannen zorgt voor een verlaging van hun gewicht en taille-omtrek en een verbetering van hun lipiden- en glucosemetabolisme (Saad, 2010). Als er geen contra-indicaties zijn (zoals instabiele diabetes) wordt daarom nu aangenomen dat er geen reden is om testosterontherapie te staken. Ook zijn er geen harde aanwijzingen voor het verlagen van de dosering van testosteron (Gooren, 2014).

Conclusies

Voor behoud van de botdichtheid lijkt volledige onthouding van oestrogenen in oudere transvrouwen onwenselijk. Oestrogeentherapie in transvrouwen is wel geassocieerd met een hogere cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit, waarbij het risico mogelijk hoger ligt voor orale dan transdermale oestrogenen. Voor behoud van de botdichtheid en het voorkomen een ongunstig metabool profiel, lijkt het stoppen van testosteron in transmannen onwenselijk.

Aanbevelingen

Monitor oudere transvrouwen met oestrogeentherapie op cardiovasculaire aandoeningen.

Verminder de dosering van oestrogeentherapie op oudere leeftijd (>60 jaar) maar stop niet helemaal.

Er zijn geen redenen om bij oudere transmannen de testosterontherapie te staken of te verlagen.

Literatuur

- Gooren L, Lips P. Conjectures concerning cross-sex hormone treatment of aging transsexual persons. *J Sex Med.* 2014;11:2012-2019.
- Liu, B. Is transdermal menopausal hormone therapy a safer option than oral therapy? *CMAJ.* 2013;185: 549–550.
- Santen RJ. Menopausal hormone therapy and breast cancer. *J Steroid Biochem Mol Biol.* 2014;142:52-61. Saylor PJ, Smith MR. Metabolic complications of androgen deprivation therapy for prostate cancer. *J Urol* 2013;189:S34–42, discussion S43–4.
- Tajar A, Huhtaniemi IT, O'Neill TW, et al. Characteristics of androgen deficiency in late-onset hypogonadism: Results from the European Male Aging Study (EMAS). *J Clin Endocrinol Metab* 2012;97:1508–1516.
- Saad F, Gooren LJ. The role of testosterone in the etiology and treatment of obesity, the metabolic syndrome, and diabetes mellitus type 2. *J Obes* 2011. doi: 10.1155/2011/471584. Epub 2010 Aug 10.
- Yeap BB, Araujo AB, Wittert GA. Do low testosterone levels contribute to ill-health during male ageing? *Crit Rev Clin Lab Sci* 2012;49:168–182.

2.3 Chirurgie

Inleiding

Omdat er tijdens de transitie verschillende mogelijke chirurgische ingrepen zijn is besloten om in deze standaard de indeling feminiserende en masculiniserende geslachtsbevestigende operaties aan te houden.

Geslachtsbevestigende operaties kunnen door verschillende medisch specialisten worden aangeboden, mist deze daartoe bevoegd en bekwaam zijn binnen hun eigen specialisatie en lid zijn van de daartoe behorende wetenschappelijke vereniging. Tevens dienen zij zich in de genderzorg gespecialiseerd te hebben en hun expertise te onderhouden door regelmatige na- en bijscholing en participatie in een netwerk van zorgverleners met betrekking tot transgenderzorg.

Medisch specialisten die geslachtsbevestigende operaties kunnen aanbieden zijn:

- Platisch chirurgen.
- Gynaecologen.
- Urologen.
- Gastro-enterologisch chirurgen.
- KNO artsen.
- Kaakchirurgen.

Ondersteunende specialismen:

- Physician assistants;
- Bekkenfysiotherapeuten;
- Gespecialiseerde logopedie;
- Seksuologen.

Voor alle chirurgische ingrepen gelden de volgende somatische eisen:

Somatische eisen voor de transgender

Roken

Het is beter als de transgender niet rookt, omdat roken rondom de operatie meer kans geeft op wondinfecties, het vertraagt de wondgenezing en geeft een verhoogde kans op het afsterven van (een deel) van het weefsel. Uiteindelijk worden de littekens minder mooi en kan het zijn dat het functioneren wordt beïnvloed. De pathofysiologische effecten van roken zijn multidimensionaal, waaronder arteriële vasoconstrictie, cellulaire hypoxie, demineralisatie van botten en vertraagde revascularisatie. Als microchirurgie moet worden uitgevoerd, verhoogt persistent roken de mate van postoperatieve complicaties aanzienlijk; wondinfectie, gedeeltelijke flapnecrose en huidtransplantaatverlies komen vaker voor (Hoogendoorn, 2002).

Roken is een contra-indicatie voor genitale chirurgie. Andere medische contra-indicaties worden beoordeeld door de verantwoordelijke die ook de indicatie stelt.

BMI

Een BMI-waarde van groter dan 18 en kleiner dan 30kg/m² wordt geadviseerd. Bij mensen met een duidelijk ondergewicht of overgewicht is aangetoond dat zij tijdens en na een operatie meer risico lopen op het krijgen van een trombose, wondinfectie en vertraagde wondgenezing. Obese patiënten hebben een significant hoger risico op een postoperatief myocardinfarct, wondinfectie, zenuwbeschadiging en urineweginfectie.

Obesitas is een onafhankelijke risicofactor voor peri-operatieve morbiditeit en morbide obesitas is een risicofactor voor mortaliteit (Olumuyiwa, 2007).

Bij blanke volwassenen zijn overgewicht en obesitas (en mogelijk ondergewicht) geassocieerd met verhoogde sterfte door alle oorzaken. Sterfte door alle oorzaken is in het algemeen het laagst met een BMI van 20,0 tot 24,9 (de Gonzalez, 2010).

Een BMI onder de 18 of boven de 30 zijn een contra-indicatie voor genitale chirurgie. Bij een BMI boven de 35 wordt geen enkele geslachtsbevestigende operatie uitgevoerd. Andere medische contra-indicaties worden beoordeeld door de verantwoordelijke chirurg die ook de indicatie stelt.

Ontharen voor een vaginaplastiek

Bij een vaginaplastiek wordt geadviseerd om bepaalde delen van de huid, welke gebruikt worden voor het inwendige deel van de vagina, definitief te laten ontharen. Dit kan het beste worden gedaan door een huidtherapeut. Omdat haren zich in verschillende groeistadia bevinden en soms meerder keren behandeld dienen te worden wordt geadviseerd om tenminste 9 maanden voor de operatie al te starten met ontharen. Mocht definitief ontharen niet gelukt zijn, kan de operatie toch door gaan, met als mogelijk gevolg haren rond de clitoris en in de vagina holte. Evident dat in dit geval dit met de betreffende transgender besproken dient te zijn. Bij buitenlandse chirurgie kan ontharen juist afgeraden worden.

Ontharen voor een phalloplastiek

Wanneer wordt gekozen voor phalloplastiek met plasbuisverlenging, dan wordt de plasbuis gemaakt van een deel van de huid uit de onderarm. Om te voorkomen dat aan de binnenkant van de plasbuis haren gaan groeien, moet dit deel van de huid haarvrij zijn. Er wordt geadviseerd om te starten met ontharen tenminste 9 maanden voor de genderbevestigende operatie. Bij buitenlandse operaties geldt een ander (of geen) ontharingsbeleid.

ASA-classificatie

Alleen cliënten met ASA-klasse 1 of 2 worden behandeld in de particuliere kliniek. Er dient daarnaast ook rekening gehouden te worden met leeftijdsafhankelijke gezondheidsaspecten.

Leeftijd

Conform de WGBO kunnen jongeren vanaf 16 jaar een behandelovereenkomst aangaan zonder dat zij daartoe toestemming nodig hebben van hun wettelijk vertegenwoordiger. Zij beslissen vanaf 16 jaar zelfstandig en hebben een zelfstandig recht op informatie. Het kan zijn dat er fysiologische redenen zijn waarom een ingreep pas later uitgevoerd kan worden. Zo is het bijvoorbeeld wat betreft de orthognatische chirurgie wenselijk dat het skelet uitgegroeid is om tot een stabiele eindsituatie te komen en te voorkomen dat later opnieuw chirurgie dient plaats te vinden (Proffit; Thomas). Een maximumleeftijd is niet vastgelegd in die zin maar leeftijdsgebonden complicerende factoren kunnen in overweging worden genomen in het besluit tot chirurgie.

2.3.1 *Feminiserende en masculiniserende geslachtsaanpassende chirurgie*

Feminiserende geslachtsbevestigende operaties

Mogelijke chirurgische behandelingen: orchidectomie, vaginoplastiek, mamma-augmentatie, stem operatie, feminisatie van het gelaat en feminiserende body-contouring (liposuctie/lipofilling). Naar gelang de transgender dit wenst kunnen de vaginoplastiek en borstvergroting tegelijk worden uitgevoerd. Voor de eisen waar de transgender aan moet voldoen voor een chirurgische ingreep wordt verwezen naar module 1.

Orchidectomie: Bij deze ingreep worden via een kleine snede in de raphe (donkere lijn die over het scrotum loopt) de testikels verwijderd. Dit heeft geen gevolgen voor een eventuele vaginoplastiek in de toekomst. Indicaties: als het de transgender niet lukt om aan de somatische eisen te voldoen voor vaginoplastiek, als er sprake is van hoge psychische of somatische comorbiditeit of als er de wens bestaat om geen testosteronblokkers meer te gebruiken

Vaginoplastiek: Bij deze ingreep vindt er feminisatie plaats van het mannelijk genitaal door een vagina en vulva te creëren. Bij onvoldoende penishuid kan de binnenzijde van de vaginaholte ook (gedeeltelijk) door huidtransplantaat worden bedekt vanuit het scrotum, de liezen of de onderbuik. Indien er sprake is van een onderontwikkeld mannelijk genitaal door bijvoorbeeld puberteitsremming kan een darmvagina geïndiceerd zijn. Medische contra-indicaties worden bepaald door de verantwoordelijke chirurg die ook de indicatie stelt. Ook kan er gekozen worden voor een vaginoplastiek zonder vaginaholte.

Mamma-augmentatie: Bij deze ingreep worden borsten vergroot door het plaatsen van een prothese voor of achter de borstspier onder de borstklier. De keuze hangt af van de hoeveelheid klier en vetweefsel. Een andere methode voor mamma-augmentatie is lipofilling. Hierbij wordt eigen vetweefsel elders weggezogen en ingespoten op de gewenste plaats. Lipofilling komt niet voor vergoeding in aanmerking en is kostbaar, hierbij zijn vaak ook meerdere behandelingen nodig.

Stem operatie: Voorafgaand aan deze ingreep wordt gespecialiseerde logopedie geadviseerd. Indien dit onvoldoende resultaat geeft, kan een stemoperatie geïndiceerd zijn. Vanuit de logopedie is het verzoek om voorafgaand aan de logopedische behandeling een onderzoek door de KNO-arts te laten verrichten om afwijkingen aan het stemapparaat uit te sluiten.

Feminisatie van het gelaat: ook wel “Facial Feminization Surgery” (FFS) genoemd, heeft als doel het gelaat vrouwelijker te maken. Deze vorm van chirurgie bestaat zowel uit benige als ook wekedelen correcties. Afhankelijk van de gelaatsconfiguratie en wensen van de transgender wordt een behandelplan vervaardigd op de persoon gericht. Afhankelijk van het behandelplan kan de FFS in verschillende fasen worden uitgevoerd.

Feminisatie:

Tijdens een vaginoplastiek worden de testes verwijderd, voorafgaand hieraan wordt transgender voorgelicht over de fertiliteitsopties (zie ook hoofdstuk fertiliteit).

Masculiniserende genderbevestigende operaties

Mogelijke chirurgische behandelingen: verwijderen van vrouwelijke geslachtsorganen, metaidoioplastiek en phalloplastiek. Een metaidoioplastiek en phalloplastiek kunnen met of zonder plasbuisverlenging worden verricht. Indien een plasbuisverlenging gewenst is dan gaat er een colpectomie (vaginaverwijdering) aan vooraf. Voor de eisen waar de transgender aan moet voldoen voor een chirurgische ingreep wordt verwezen naar module 1.

Mastectomie: Deze kan bij een leeftijd vanaf 16 jaar en cross-seks hormoon gebruik van minimaal 0,5 jaar plaatsvinden. Bij deze ingreep wordt borstweefsel en overtollige huid verwijderd om de borst te vermannelijken. Hiervoor zijn verschillende technieken. De techniek is afhankelijk van de vorm, grootte en positie van de borst. De tepel kan gesteeld of als vrij huidtransplantaat verplaatst worden. De transgender wordt zorgvuldig geïnformeerd over de verschillende technieken.

Verwijderen vrouwelijke geslachtsorganen: hysterectomie (met tubectomie), ovariëctomie en colpectomie (vaginectomie). Laparoscopie is de methode van keus bij een hysterectomie en/of ovariëctomie. Dit kan eventueel robotgeassisteerd zijn als dit in combinatie met een colpectomie gedaan wordt. De robotgeassisteerde colpectomie heeft een lager complicatierisico dan de vaginale colpectomie.

Indicaties voor een hysterectomie kunnen zijn:

- aanhoudend bloedverlies ondanks hormonale suppletie;
- verstoring van het zelfbeeld;
- een plasbuisverlenging. Hiervoor is een colpectomie noodzakelijk en als er een colpectomie verricht wordt, moet er ook een hysterectomie verricht worden/zijn. De ovaria kunnen eventueel wel in situ blijven.

Indicaties voor colpectomie kunnen zijn:

- voorbereiding voor een plasbuisverlenging (vereist vanwege complicatie reductie bij plasbuisverlenging);
- verstoring van het zelfbeeld;
- hinderlijke lubricatie;
- hinderlijke afscheiding.

Metaidoioplastiek: Bij deze ingreep wordt een kleine penis met balzak gemaakt van het vrouwelijk genitaal. De onder testosteron gegroeide clitoris wordt opgestrekt. De lengte van de penis is afhankelijk van deze groei. Een metaidoioplastiek kan met of zonder plasbuisverlenging worden verricht. Een plasbuisverlenging brengt een hoger complicatierisico met zich mee en wordt voorafgegaan door een colpectomie (vaginaverwijdering). Voor verdere uitleg en argumenten zie: <https://keuzehulp-operaties-transmannen.nl>.

Phalloplastiek: Bij deze operatie wordt een grote penis met balzak gemaakt van weefsel elders uit het eigen lichaam. De keuze van welk weefsel de penis wordt gemaakt hangt af van de vetverdeling over het lichaam. De lengte van de penis is afhankelijk van de hoeveelheid weefsel die beschikbaar is op de donorplaats. Een plasbuisverlenging brengt een hoger complicatierisico met zich mee en wordt voorafgegaan door een colpectomie (vaginaverwijdering). Voor verdere uitleg en argumenten zie: <https://keuzehulp-operaties-transmannen.nl>.

Plasproblemen: in verband met de kans op plasproblemen wordt geadviseerd om nauw samen te werken met een uroloog. De uroloog kan zowel voor, tijdens of na de operatie betrokken zijn bij zorg voor transgender individuen. Bij plasbuisverlenging bij zowel de metaidoioplastiek als de phalloplastiek kan de uroloog dit deel van de operatie op zich nemen, ook omdat deze na de operatie problemen omtrent plassen kan evalueren en behandelen.

Bekkenfysiotherapeut: bij elke genitale geslachtsbevestigende operatie kunnen er plasproblemen ontstaan; de reeds bestaande plasproblemen kunnen voor de operatie geïnventariseerd en indien nodig behandeld worden. Na een vaginaplastiek kunnen er tevens na de operatie problemen zijn met de toegankelijkheid van de vagina, tijdens dilateren of seksueel contact. Het advies is om daarom een samenwerking te hebben met bekkenfysiotherapeuten. Genderzorg wordt inmiddels opgenomen in het curriculum van hun opleiding.

Masculinisatie van het gelaat: ook wel “Facial Masculinization Surgery” (FMS) genoemd, heeft als doel het gelaat mannelijker te maken van een vrouw-naar-man transgender persoon. Deze vorm van chirurgie bestaat uit zowel benige als ook wekedelen correcties. Afhankelijk van de gelaatsconfiguratie en wensen van de transgender wordt een behandelplan vervaardigd op de persoon gericht. Afhankelijk van het behandelplan kan de FMS in verschillende fasen worden uitgevoerd.

Masculinisatie en fertiliteit: Voorafgaand aan het verwijderen van de uterus en/of ovaria wordt de transgender geïnformeerd over de fertiliteitsopties (zie ook module fertiliteit) Aandachtspunt daarbij is het potentiële risico van het ter plaatse laten van de gonaden en uterus. Het effect van langdurig testosterongebruik op ovaria en uterus is tot op heden onvoldoende bekend in de literatuur. Screening op endometriumcarcinoom wordt aanbevolen, screenen op ovariumcarcinoom niet (4). Bij het ter plaatse blijven van de uterus moet de transgender op de hoogte zijn van de screening op baarmoederhalskanker. Transgender krijgt vaak geen automatische oproep via het bevolkingsonderzoek meer vanwege de wijziging van geslacht in de GBA. In plaats van cervixcytologie kan eventueel met een zelftest voor HPV verricht worden. Bij bloedverlies dient de transgender contact op te nemen met een (gespecialiseerde) gynaecoloog.

Overwegingen

Het kan voorkomen dat een operatie niet uitgevoerd wordt vanwege een hoog risico op ernstige complicaties of vanwege een hoog risico dat een transgender komt te overlijden tijdens of vlak na de operatie. Dit wordt altijd met de transgender besproken en is voor transgenderzorg niet anders dan wanneer operaties buiten transgenderzorg worden overwogen.

Conclusies

- Er zijn verschillende chirurgische behandelingen mogelijk, voor zowel feminisering als voor masculinisering.
- De mogelijkheden en onmogelijkheden moeten worden besproken met de medisch specialist, de gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog en de transgender. Naar aanleiding van dit gesprek kan een indicatie voor behandeling worden afgegeven.
- Voor genderbevestigende operaties (m.u.v. mastectomie) geldt een leeftijd boven de 18 jaar.
- Roken en een BMI-waarde lager dan 18 of hoger dan 30 verhogen het complicatierisico aanzienlijk en vormen een contra-indicatie voor genitale chirurgie. Bij een BMI boven de 35 wordt geen enkele geslachtsbevestigende operatie uitgevoerd. Dit wordt zo vroeg mogelijk tijdens het indicatietraject besproken.
- Bij een vaginaplastiek wordt geadviseerd om bepaalde delen van de huid, die gebruikt worden voor het inwendige deel van de vagina, definitief te laten ontharen.

- Wanneer wordt gekozen voor phalloplastiek met plasbuisverlenging, wordt de plasbuis vaak gemaakt van een deel van de huid uit de onderarm. Om te voorkomen dat aan de binnenkant van de plasbuis haren gaan groeien, moet dit deel van de huid haarvrij zijn.
- Het kan voorkomen dat een operatie geweigerd wordt omdat de kans op ernstige complicaties of op overlijden tijdens of vlak na de operatie te groot is. Dit is voor transgenderzorg niet anders dan wanneer operaties anders dan transgenderzorg worden overwogen.
- Bij het verwijderen van de uterus en/of ovaria of testes wordt de transgender ingelicht over de gevolgen voor fertiliteit en indien gewent ingelicht over fertiliteitspreservatie (zie ook hoofdstuk fertiliteit).
- Operaties kunnen worden uitgevoerd door een plastisch chirurg, uroloog, gynaecoloog, GE chirurg, KNO-arts of kaakchirurg die zich, binnen haar/zijn vakgebied, heeft bekwaamd in genderzorg verlening.

Aanbevelingen

Stem de mogelijke behandelingen af tussen de hoofdbehandelaar, de medisch specialist, de psycholoog of psychiater en de transgender. Tijdens deze gesprekken moeten de mogelijkheden en onmogelijkheden en de eventuele gevolgen van de keus voor een specifieke behandeling aan bod komen.

Zorg dat de transgender op tijd op de hoogte is van de mogelijke gevolgen van roken en te hoge of te lage BMI op de complicatierisico's van de behandeling en van het feit dat de chirurg de gevraagde behandeling mag weigeren.

Zorg dat de transgender op de hoogte is van de gevolgen van onvolledige ontharing.

Zorg bij weigering van het uitvoeren van een operatie dat de transgender goed op de hoogte is van de aanleiding en de risico's.

De transgender komt in aanmerking voor chirurgie als de transgender een jaar na de sociale transitie is; er toestemming is van het behandelteam; er wordt voldaan aan de aanvullende criteria; er voldoende uitleg over de operatie is gegeven.

Bij het ter plaatse laten van ovaria bij testosteron gebruik wordt screening op ovariumcarcinoom niet aanbevolen.

Bij het ter plaatse laten van de uterus bij testosterongebruik wordt aanbevolen na 5 jaar een gynaecologische echo te verrichten met eventueel endometriumsampling. De transgender dient bij bloedverlies onderzocht te worden door een gynaecoloog om endometriumcarcinoom uit te sluiten.

Bij het ter plaatse laten van de uterus dient de transgender gewezen te worden op de HPV zelftest.

Literatuur

- de Gonzalez N. Body-Mass Index and Mortality among 1.46 Million White Adults Engl J Med. 2010;363:2211-2219.
- Hoogendoorn M, Simmermacher RKJ, Schellekens PPA, et al. Rauchen ist nachteilig für die Heilung von Knochen und Weichteilen J. Der Unfallchirurg. 2002;105(1):pp:76–81.
- Olumuyiwa A, Rutter TW, Olubukola O, et al. Postoperative Complications in Obese and Nonobese Patients. World Journal of Surgery. 2007;31(3):pp 556–560.

- Groenman F, Nikkels, C, Huirne J, et al. Robot-assisted laparoscopic colpectomy in female-to-male transgender patients; technique and outcomes of a prospective cohort study. *Surg endosc*. 2017;3363-3369.
- Nikkels C, Huirne J, van Mello N, et al. Vaginal colpectomy in female-to-male transgender patients; technique and outcomes of a retrospective cohort study. submitted for publication.
- Proefschrift R. Olivier: The role of genetics in the clinical management of ovarian cancer. Universiteit van Amsterdam, 2006.
https://pure.uva.nl/ws/files/3839683/41418_0135872752_012.pdf.
- Ainsworth T. Quality of life of individuals with and without facial feminization.
- Altman. Facial feminization surgery: current state of the art. *Int. J. Oral*.
- Capitan L. Facial feminization Surgery: The forehead. *Surgical techniques and analysis of results. Plastic and Reconstructive Surgery*. 2014;134(4).
- Deschamps-Braly J. First Female-to-Male Facial Confirmation Surgery with Description of a New Procedure for Masculinization of the Thyroid Cartilage (Adam's Apple). *Plast and Recon Surg*. 2017;139(4):883e-887e.
- de Gonzalez N. Body-Mass Index and Mortality among 1.46 Million White Adults. *Engl J Med*. 2010;363:2211-2219.
- Greenberg M. Craniomaxillofacial Reconstructive and Corrective Bone Surgery: Principles of Internal Fixation using the AO/ASIF Technique.
- Hoogendoorn M, Simmermacher RKJ, Schellekens PPA, et al. Rauchen ist nachteilig für die Heilung von Knochen und Weichteilen J. *Der Unfallchirurg*. 2002;105(1):76–81.
- Maxillofac. *Surg*. 2012;41:885–894.
- Olumuyiwa A, Bamgbade , Rutter TW, et al. Postoperative Complications in Obese and Nonobese Patients. *World Journal of Surgery*. 2007;31(3):556–560.
- Ousterhout D, Tessier P. Dr Paul Tessier and facial skeletal masculinization. *Ann Plast Surg*. 2011;67:S10-S15.
- Radlanski R. Sexual dimorphism in teeth? Clinical relevance. *Clin Oral Invest*. 2012;6:395–399.
- Raffaini M. Full Facial Feminization Surgery: Transgender Satisfaction Assessment Based on 180. Procedures Involving 33 Consecutive Patients. *Plast. Reconstr. Surg*. 137:438, 2016.
- Spiegel J. Rhinoplasty as a Significant Component of Facial Feminization and Beautification. *JAMA Facial Plastic Surgery* Published online December 15, 2016.
- Surgery or gender reassignment surgery. *Qual Life Res*. 2010;19:1019–1024.

2.4 Fertilitateitspreservatie en zwangerschap

Fertilitateitspreservatie

Bij de behandeling van genderincongruentie is er toenemende aandacht voor fertilitateit, vooral sinds de wetwijziging in 2014 die sterilisatie van transgender personen voorafgaand aan genderverandering in de Basisregistratie Personen (BRP) niet langer noodzakelijk maakt. De WPATH adviseert counseling over fertilitateitspreservatie als standaard zorg op meerdere momenten van het transitieproces: na diagnostiek alvorens te starten met hormoonbehandeling en voorafgaand aan verwijdering van de gonaden/uterus (Coleman, 2012).

De opties voor fertilitateitspreservatie voor transmannen zijn:

- het behoud van de ovaria met of zonder de uterus en te zijner tijd onderbreken van hormonale therapie;
- cryopreservatie van eicellen en/of embryo's;
- invriezen van ovariumweefsel (experimenteel).

De opties voor fertilitateitspreservatie voor transvrouwen zijn:

- het behoud van genitalia/gonaden en te zijner tijd onderbreken van hormonale therapie;
- cryopreservatie van semen;
- testiculaire sperma-extractie (TESE);
- invriezen van testisweefsel (experimenteel).

Het is belangrijk dat transgenders goede en up-to-date informatie krijgen over fertilitateitspreservatie, zodat zij hierin een weloverwogen keus kunnen maken. De voorlichting gebeurt door een gynaecoloog of andere arts met als specialiteit voortplantingsgeneeskunde. De informatie voor de transgender bevat onder andere: de bestaande medische technieken (bijvoorbeeld semencryopreservatie en oocytpreservatie), de belasting voor de transgender (bijvoorbeeld vaginale echo's en puncties bij transmannen), de ethische aspecten (wel of geen bereidheid tot terugplaatsen in de toekomst), de juridische aspecten (wie mag het weefsel gebruiken nu en in de toekomst), de maatschappelijke aspecten (hoe kijkt de maatschappij tegen een zwangere transman aan) en de financiële aspecten (welke kosten zijn er verbonden aan de preservatie). Voor de voorlichting van transmannen kan gebruikt worden gemaakt van de website <https://keuzehulp-vruchtbaarheidsbehoud-transmannen.nl>.

Men moet zich wel realiseren dat de keuze voor een behandeling voor fertilitateitpreservatie een optie is, het is geen medische noodzaak. Het hangt af van de individuele voorkeur, medische conditie en situatie of hiervoor wordt gekozen.

De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) heeft een hoofdstuk transgender wensouders opgenomen in het standpunt "Geassisteerde voortplanting met gedoneerde gameten en gedoneerde embryo's en draagmoederschap". Onderstaande behandel mogelijkheden bij het ontstaan van een kinderwens worden daarin beschreven:

Behandelingen bij transgender personen met kinderwens, bij wie gameten zijn gecryopreserveerd, afhankelijk van transitiebehandeling en partner, en zonder rekening te houden met andere factoren die de fertiliteit belemmeren			
<i>transgender persoon</i>	<i>partner</i>	<i>nodig</i>	<i>Behandeling</i>
transman	vrouw	donor-semen	KID bij vrouwelijke partner
transman zonder uterus, met of zonder (cryo-) eicellen of -ovariumweefsel	man	Uterus en eventueel eicellen	(IVF-)draagmoederschap
Transman met uterus en eicellen of -ovariumweefsel	man	niets	geen behandeling nodig
transgendervrouw met of zonder cryosemen	man	eicellen en uterus	IUI-of IVF-draagmoederschap, behandeling met semen van transgendervrouw of van mannelijke partner
Transgendervrouw zonder cryosemen	vrouw	zaadcellen	KID

Tabel 2.5

Zwangerschap

Als een transman een draagwens heeft (dat wil zeggen zelf een zwangerschap wil dragen) dient de transman gecounseld te worden over de fysieke veranderingen die dit met zich meebrengt, de kans op toename van de genderincongruentie en postpartum depressie en maatschappelijke consequenties.

Vanwege het feit dat de meeste transmannen een mastectomie hebben ondergaan zal borstvoeding in de meeste gevallen ook niet mogelijk zijn. Het valt te overwegen om toch cabergoline postpartum te geven om te voorkomen dat het klierweefsel dat nog is achtergebleven gaat groeien.

Door de complexe situatie is het verstandig om bij een actieve draagwens van een transman, contact op te nemen met de gynaecoloog van het behandelend genderteam of samenwerkingsverband. Zorg in ieder geval voor een intake en advies consult bij het regionale ziekenhuis, indien de keuze op een 1ste lijn verloskundige valt, want 50% van de primigravida patiënten komt uiteindelijk in de 2de/3de lijn terecht. Daarnaast dient er naast de nodige voortplantingsgeneeskundige en obstetrische ondersteuning, ook psychologische ondersteuning geboden te worden. Stel een duidelijk bevalplan op.

Conclusies

Voordat bepaalde stappen in de behandeling worden gezet, worden fertiliteit en zwangerschapswens besproken met de transgender. Er zijn verschillende mogelijkheden om dit te doen en er zijn verschillende onderwerpen die aan bod dienen te komen.

Aanbevelingen

Fertiliteit

Bespreek altijd de reversibele en irreversibele effecten van de medische behandeling op fertiliteit (tijdens diagnostisch proces, voorafgaand aan medicamenteuze behandeling, conform WGBO voorafgaand aan chirurgische interventie).

Bied elke transgender een counselingsgesprek aan over kinderwens en fertiliteitspreservatie.

De counseling gebeurt door gynaecoloog of andere arts met aandachtsgebied voortplantingsgeneeskunde.

Het counselingsgesprek bevat de volgende onderwerpen:

- (nieuwste) medische technieken met voor- en nadelen (onder andere belasting voor transgender bespreken);
- ethische aspecten;
- juridische aspecten;
- maatschappelijke aspecten;
- financiële aspecten.

Verwijs naar het centrum met de betreffende expertise, als de techniek niet in het centrum van counseling wordt aangeboden.

Zwangerschap

Vanwege het feit dat er nog weinig ervaring is met zwangere transmannen is het verstandig om bij een actieve draagwens contact op te nemen met een gespecialiseerde gynaecoloog.

Stel een duidelijk bevalplan op waarbij de begeleidend psycholoog betrokken kan worden.

Biedt psychische begeleiding aan en heb aandacht voor kraamperiode en signalen van een postpartum depressie.

Overweeg het geven van cabergoline postpartum, ter voorkoming van groei van achtergebleven klierweefsel.

Literatuur

- Bastings L, Baysal O, Beerendonk CCM, et al. Referral for fertility preservation counseling in female cancer patients. *Hum Reprod.* 2014;29:2228-2237.
- Baysal O, Bastings L, Beerendonk CCM, et al. Decision-making in female fertility preservation is balancing the expected burden of fertility preservation treatment and the wish to conceive. *Hum Reprod.* 2015;30:1625-1634.
- Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender- nonconforming people, version 7. *Int J Transgenderism.* 2012;13:165-232.
- Donnez J, Dolmans MM. Ovarian cortex transplantation: 60 reported live births brings the success and worldwide expansion of the technique towards routine clinical practice. *J Assist Reprod Genet.* 2015;32:1167-1170.
- Hoffkling A, Obedin-Maliver J, Sevelius J. From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2017;17(Suppl 2):332.
- Obedin-Maliver J, Sevelius JM, Kerns JL. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Light AD1. Obstet Gynecol.* 2014;124(6):1120-7. doi: 10.1097/AOG.0000000000000540.
- Obedin-Maliver J, Makadon HJ. Transgender men and pregnancy. *Obstet Med.* 2016;9:4-8. Epub 2015 Oct 28. <http://www.nvog-documenten.nl/uploaded/docs/standpunt%20geassisteerde%20voortplanting%20met%20gedoneerde%20gameten,%20gedoneerde%20embryos%20en%20draagmoederschap%20ws.pdf>.

Module 3 Organisatie van zorg

Uitgangsvragen

- 3.1 Hoe kunnen behandelaars kwalitatief goede genderzorg leveren?
- 3.2 Hoe kunnen zorgverleners de multidisciplinaire samenwerking in transgenderzorg zo optimaal mogelijk organiseren?

Uitgangsvraag 3.2 omvat de volgende deelvragen:

- Hoe zorgen zorgverleners voor een goede integratie van psychologische zorg en somatische zorg?
- Hoe zorgen zorgverleners voor goede implementatie van multidisciplinaire samenwerking?

3.1 Het leveren van transgenderzorg door behandelaars

Inleiding

Transgenderzorg is een multidisciplinaire behandeling, omdat vrijwel altijd meerdere medische specialismen betrokken zijn bij de begeleiding van personen met genderincongruentie, die hun zorg met elkaar afstemmen en gezamenlijk zorg bieden. Een gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog voert de diagnostiek uit, voert de psychische evaluatie uit tijdens indicatiestelling en ondersteunt/begeleidt de transgender tijdens eventuele somatische behandelingen. De intensiteit van de psychologische begeleiding wordt afgestemd op de individuele transgender. Afhankelijk van de behandelwens van de transgender kunnen naast de gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog de volgende specialismen betrokken zijn:

- Huisarts.
- Kinderarts.
- Mental health professionals:
 - o maatschappelijk werk;
 - o seksuoloog.
- Hormoonbehandeling:
 - o (kinder-) endocrinoloog;
 - o gynaecoloog.
- Chirurgie:
 - o plastisch chirurg;
 - o KNO-arts;
 - o MKA-chirurg;
 - o gynaecoloog;
 - o uroloog.
- Ondersteunende disciplines onder andere:
 - o logopedie;
 - o fysiotherapie;
 - o huidtherapie.

Deze zorgverleners werken in verschillende combinaties samen (zowel binnen als buiten een zorginstelling), waarbij de gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog bijdraagt aan de indicatiestelling voor somatische zorg, zoals beschreven in module 1. Het is belangrijk dat de gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog goed op de hoogte is van de somatische behandelmogelijkheden en de bijdrage die die kunnen leveren aan het verminderen van de genderincongruentie, zodat zij de transgender hierin goed kunnen ondersteunen.

Anderzijds is het belangrijk dat ook de somatische behandelaars goed op de hoogte zijn van wat het betekent voor de transgender om gevoelens van genderincongruentie te ervaren en om in transitie te zijn waarbij het zelfbeeld en de transgender in ontwikkeling zijn.

Overwegingen

Over de behandelingen wordt structureel multidisciplinair overlegd (MDO), zie hiervoor ook pagina 45, *'Het organiseren van multidisciplinaire samenwerking in de transgenderzorg'*. Soms zal genderzorg starten bij of gecontinueerd worden door de huisarts. Momenteel zijn echter niet alle huisartsen voldoende deskundig. Overleg met NHG over de mogelijke ontwikkeling van een NHG standaard op het gebied van transgenderzorg is nodig. In dit overleg is het van belang om ook het aanbieden van nascholingen aan huisartsen ter vergroting van deskundigheid mee te nemen. Naast het vergroten van deskundigheid moet voor de huisarts bekend zijn naar wie kan worden doorverwezen. Daarom is er behoefte aan een compleet overzicht van genderzorgverleners.

Omdat er momenteel nog geen opleiding of training bestaat specifiek gericht op transgenderzorg, zouden ervaren professionals deze moeten gaan aanbieden, als na- of bijscholing en als onderdeel van de reguliere zorgopleidingen. Accreditatie van de na- of bijscholing door beroepsverenigingen is daarbij aanbevolen. Daarnaast is het belangrijk dat een zorgverlener zonder ervaring in transgenderzorg eerst werkt onder supervisie van een ervaren transgenderzorgprofessional. Voor de chirurg geldt bijvoorbeeld dat deze een fellowship transgenderzorg of wel vergelijkbare ervaring heeft in een centrum waar genderoperaties worden uitgevoerd alvorens deze zelf gaat opereren. Voor disciplines als huidtherapeut geldt dit niet, wel is gendersensitiviteit dan van belang, een cursus op het gebied van bejegening is dan voldoende.

Vanuit respect en het gevoel van veiligheid voor de transgender is het essentieel dat de zorgverlener gendersensitief is, dat wil zeggen dat deze een respectvolle woordkeus heeft, de transgender op de gewenste manier aanspreekt en de individuele zorgvraag ziet en respecteert.

De transgenderzorg is een domein dat zowel op wetenschappelijk als op maatschappelijk niveau in beweging is. Zorgverleners voor transgenderzorg dienen daarom nadrukkelijk deze specialisatie actueel te houden door de (wetenschappelijke) ontwikkelingen actief te volgen en ervaringen uit te wisselen middels intervisie overleg, na- en bijscholing. Tot slot is het van belang dat er afspraken worden gemaakt over de gewenste kwaliteit van zorg en hoe dit te beoordelen.

Conclusies

Het is belangrijk om rond een transgender een dynamische samenwerking van professionals te hebben. Deze professionals zijn competent in de behandeling van genderincongruentie en in de gelegenheid zijn om multidisciplinair te overleggen. Verder is het van belang dat zorgverleners gendersensitief en competent zijn in het verlenen van genderzorg. Deze competenties kunnen worden ontwikkeld door mee te draaien in instellingen waar genderzorg wordt geboden.

Aanbevelingen

Zorg voor een flexibel aanbod van onder andere de volgende disciplines: mental health, hormoonbehandeling, chirurgie en ondersteunende disciplines passend bij de behoefte van de patiënt.

Laat een zorgverlener die nog geen of onvoldoende ervaring heeft met transgenderzorg, onder supervisie van een ervaren transgenderzorgprofessional werken.

Laat een chirurg alleen genderoperaties uitvoeren als deze een fellowship transgenderchirurgie of vergelijkbare ervaring heeft in een centrum waar genderoperaties worden uitgevoerd.

Ontwikkel opleidingen transgenderzorg in de vorm van na- of bijscholingen en als onderdeel van de reguliere zorgopleidingen.

Accrediteer de na- of bijscholing vanuit de beroepsverenigingen.

Hou als zorgverleners de transgenderspecialisatie op peil door ontwikkelingen te volgen en ervaringen uit te wisselen via intervisie en/of visitatie..

Maak afspraken over de kwaliteit van zorg en hoe deze beoordeling plaatsvindt.

3.2 Het organiseren van multidisciplinaire samenwerking in de transgenderzorg

Inleiding

Het is de ambitie om de zorg rondom de transgender te creëren, met name omdat elke transgender andere wensen heeft. Deze wensen kunnen uiteenlopen van alleen een geslachtswijziging in het geboorteregister tot een medisch proces met hormoonbehandeling en/of genderbevestigende operatie(s). Een behandelwens die niet volledig aansluit bij het binaire cisgender lichaam is een valide behandelwens. Deze kan niet alleen voorkomen bij non-binaire transgenders, maar ook bij transgenders die in hun genderexpressie juist wel zoveel mogelijk willen aansluiten bij de traditionele gendertweedeling.

Integratie van psychologische en somatische zorg

Transgenderzorg is multidisciplinaire zorg, dit betekent niet alleen dat er voortdurende samenwerking en afstemming tussen de psychologische en de somatische behandelaar plaatsvindt, maar, waar nodig ook tussen somatische behandelaars onderling. Indicatiestelling binnen dit proces vindt gezamenlijk plaats. Gezien de multidisciplinariteit van de zorg voor transgenders en het veelal toch langdurige transitietraject is het belangrijk dat er een zorgprofessional is, die overzicht heeft over het zorgproces dat de transgender doorloopt. Deze regievoerder (casemanager of regiebehandelaar) is aanspreekpunt voor de transgender en de betrokken zorgverleners en ziet toe op de overdracht van informatie tussen de verschillende betrokken zorgverleners en de organisatie van het MDO. De regiebehandelaar/-voerder kan in principe elke zorgverlener zijn die betrokken is bij de zorg voor de betreffende transgender, mits gespecialiseerd in transgenderzorg en deze expertise ook onderhoudt. Wie de regiebehandelaar is wordt tussen de verschillende zorgverleners gezamenlijk afgesproken.

De regiebehandelaar is ervoor verantwoordelijk dat voor het volgende wordt zorg gedragen:

- stellen van de diagnose;
- opstellen van een behandelplan en -doel (en zo nodig tussentijds bijstellen), inclusief exploratie van de kindervens, samen met de transgender;
- adviseren over leefstijlverbetering aan de transgender;
- delen en verspreiden van kennis aan zorgprofessionals en de transgender en naasten;
- casemanagement en triage en afstemming met (andere) medisch specialisten en/of zorgverleners;
- coördineren van genderzorg in de keten;
- toezien op bevoegdheid en bekwaamheid van zorgverleners in het expertteam;
- toezien op adequate dossiervoering in het elektronisch patiëntendossier;
- toetsen of activiteiten van andere zorgverleners bijdragen aan de behandeling;
- organiseren van multidisciplinair overleg;
- toezien op invulling van eigen verantwoordelijkheid van de transgender.

De regiebehandelaar kan taken delegeren aan andere zorgverleners mits passende bij bevoegdheid, bekwaamheid en deskundigheid.

Bij doorstroom is het essentieel dat eerdere bevindingen en formele diagnoses zorgvuldig en compleet overgedragen worden en dat de ontvangende zorgverlener erop mag vertrouwen dat die informatie zorgvuldig en juist is als een zorgprofessional is opgeleid zoals beschreven in module 2. De transgender wordt omringd door een multidisciplinair en dynamisch team of samenwerkingsverband, passend bij de zorgvraag. Elke betrokken behandelaar blijft na uitvoering van zijn behandeling beschikbaar voor afstemming over beloop en eventuele complicaties.

Op het moment dat de transgender geen behandelingen meer wenst naast de follow-up van de eventuele hormoonbehandeling, is er geen sprake meer van dynamische zorg en vervalt ook het multidisciplinaire karakter. Follow-up op de hormoonbehandeling is dan het meest op zijn plaats bij de huisarts in overleg met een endocrinoloog of door een endocrinoloog in een perifeer ziekenhuis.

Implementatie van multidisciplinaire samenwerking

De multidisciplinaire samenwerking kan op verschillende manieren georganiseerd worden. De samenwerking kan plaatsvinden in de vorm van ketenzorg of binnen een algemeen of academisch ziekenhuis. Een hormoonbehandeling of operatie kan niet worden uitgevoerd zonder ondersteuning van een psycholoog of psychiater. Deze participeert dan ook in het samenwerkingsverband. Daarnaast is het belangrijk dat duidelijk is welke zorgverlener de regiebehandelaar is en het zorgproces rondom een transgender coördineert. Naast een gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog bestaat een samenwerkingsverband uit endocrinologische zorgverleners en chirurgische zorgverleners. Allen dienen ervaring te hebben in de begeleiding/behandeling van personen met genderincongruentie. Onderlinge afstemming tussen de zorgverleners vindt plaats in structurele MDO's. De voordelen van ketenzorg zijn dat het dichterbij huis georganiseerd kan worden. De voordelen van de zorg vanuit de academie zijn dat er hoog specialistische expertise is en de zorg dus erg geschikt is voor zorgvragen met een hoog complex karakter. Dit is ook een van de plekken waar wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt. Voor dat onderzoek is het ook belangrijk dat aanbieders in de keten bereid zijn tot samenwerking met de academische centra. Hiermee wordt een zo breed mogelijke populatie in het onderzoek betrokken.

Multidisciplinaire teams of samenwerkingsverbanden die de transgender geen keuze aanbieden in de behandeling, zullen beducht moeten zijn voor de impliciete en onterechte boodschap dat deze combinatie van behandelingen voorgeschreven of aanbevolen wordt. De informatieverstrekking aan de transgender is erop gericht dat deze een eigen afweging kan maken in gewenste somatische behandelingen. Over de behandelingen wordt structureel multidisciplinair overlegd (MDO).

Bij volwassenen is het MDO in beginsel:

- c. als het om hormoonbehandeling gaat:
 - i. bij transmannen: tussen endocrinoloog, gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog en op indicatiebasis de gynaecoloog;
 - ii. bij transvrouwen: tussen endocrinoloog en gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog;
 - iii. in overleg kan in beide gevallen de endocrinoloog ook de huisarts, die is nageschoold in genderzorg, in samenwerking met de endocrinoloog zijn.
- d. als het om genitale chirurgie gaat:
 - i. bij transmannen: tussen plastisch chirurg, endocrinoloog, gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog en gynaecoloog en op indicatiebasis de uroloog;
 - ii. bij transvrouwen: tussen plastisch chirurg, endocrinoloog en gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog.
- e. als het om alle andere vormen van chirurgie gaat: MDO op indicatiebasis tussen plastisch chirurg of MKA chirurg of KNO chirurg en de gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog;

- f. als het om nacontroles van hormoonbehandeling gaat: MDO op indicatiebasis tussen endocrinoloog of huisarts en de gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog. Als de huisarts de nacontroles doet, dan ook nog MDO op indicatiebasis met een endocrinoloog;
- g. als het om fertiliteitspreservatie bij transmannen gaat: gynaecoloog en gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog;
- h. als het om huidtherapie gaat: geen MDO;
- i. als het om logopedie gaat: MDO op indicatiebasis (dus met concrete aanleiding) tussen logopedist en KNO arts.

Netwerkvorming

Om in de toekomst kwalitatief hoogwaardige transgenderzorg te kunnen blijven garanderen en aan de toenemende zorgvraag op dit gebied te kunnen voldoen is het van belang dat er (regionale) netwerken van instellingen, huisartsen en ook individuele zorgverleners ontstaan die gezamenlijk transgenderzorg aanbieden. De huidige twee grote centra voor transgenderzorg zouden het voortouw kunnen (moeten) nemen voor het ontstaan en verder vormen van deze netwerken en in deze netwerken de rol van expertisecentrum vervullen. Deze (regionale) netwerken karakteriseren zich door het vastleggen van afspraken over gezamenlijke zorgverlening, uitwisseling van kennis en expertise en regelmatige bij- en nascholingsbijeenkomsten. Ook het gezamenlijk uitvoeren van wetenschappelijke onderzoek en evaluatie van de uitkomsten van geleverde zorg is een belangrijk onderdeel van de beoogde netwerken.

Bij de evaluatie van de toepassing van de aanbevelingen uit deze standaard in de praktijk (te plannen 2 jaar na de autorisatie van de standaard; zie module 1) zou expliciet aandacht besteed moeten worden aan de stand van zaken ten aanzien van de ontwikkeling en groei van bovengenoemde netwerken.

Conclusies

- Het is de taak van de academische centra om hoog complexe zorg te bieden.
- Voor een goede kennisontwikkeling en innovatie is samenwerking tussen academische centra, perifere zorgaanbieders en huisartsen belangrijk bij het opzetten van opleidingsprogramma's en onderzoeksagenda's.
- Voor een goede kennisontwikkeling en innovatie is het van belang dat de klinische ervaringen en visies van perifere zorgaanbieders en huisartsen wordt betrokken bij het opzetten van opleidingsprogramma's en de onderzoeksagenda.
- Transgenderzorg is uitgesproken multidisciplinaire zorg waarbinnen de somatische behandeling sterk verworven is met psychologische zorg en evaluatie.
- Het is belangrijk dat er een zorgprofessional (regiebehandelaar) is die overzicht heeft over het zorgproces dat de transgender doorloopt.

Aanbevelingen

Zorg bij een somatische behandeling altijd voor psychologische ondersteuning, door een expert die multidisciplinair werkt, om tot een gezamenlijke afgewogen keuze voor die behandeling te komen.

Richt een regionaal expertteam met een regiebehandelaar op.

De regiebehandelaar is ervoor verantwoordelijk dat het volgende gebeurt:

- stellen van de diagnose;

- opstellen van een behandelplan en -doel (en zo nodig tussentijds bijstellen) samen met de transgender;
- adviseren over leefstijlverbetering aan de transgender;
- delen en verspreiden van kennis aan zorgprofessionals en de transgender en naasten;
- casemanagement en triage en afstemming met (andere) medisch specialisten en/of zorgverleners;
- coördineren van genderzorg in de keten;
- toezien op bevoegdheid en bekwaamheid van zorgverleners in het expertteam;
- toezien op adequate dossiervoering in het elektronisch patiëntendossier;
- toetsen of activiteiten van andere zorgverleners bijdragen aan de behandeling;
- organiseren van multidisciplinair overleg;
- toezien op invulling van eigen verantwoordelijkheid van de transgender.

Bied medisch minder complexe transgenderzorg perifeer of in de keten aan, mits behandelbesluiten aantoonbaar multidisciplinair worden genomen.

Follow-up op de hormoonbehandeling is op zijn plaats bij de huisarts met kennis van transgenderzorg in overleg met een endocrinoloog of bij een endocrinoloog in een perifeer ziekenhuis

Bied medisch complexe transgenderzorg binnen de academische centra.

De academische centra zijn leidend in wetenschappelijk onderzoek en het delen van deze kennis.

Zorg voor samenwerking tussen de keten, periferie en academische centra voor wetenschappelijk onderzoek.

Zorg voor een professional die het overzicht heeft over het proces (regiebehandelaar).

Bijlage 1 Definities en begrippen

- Diagnose -> ziekte of aandoening die na diagnostiek wordt vastgesteld. Diagnostiek bij transgenderzorg wordt gedaan door een gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog.
- Indicatiestelling -> In de transgenderzorg spreekt men van indicatiestelling wanneer bij een transgenderpersoon tot geslachtsaanpassende behandeling (bijvoorbeeld hormoontherapie of chirurgie) wordt overgegaan. De inhoud van de gewenste (eerste) geslachtsaanpassende behandeling(en) verschilt echter per persoon. Daarnaast kan er na een initiële geslachtsaanpassende behandeling ook een wens zijn voor verdere geslachtsaanpassende behandelingen. Na de initiële indicatiestelling kunnen daarom ook nog vervolginindicaties, vanwege latere wensen in de behandeling, worden gesteld.
- Gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog -> Dit is een psycholoog, psychiater of orthopedagoog die ervaring heeft met de beoordeling van psychische aspecten bij transgenders en deze expertise op peil houdt door onder meer regelmatig bij- en nascholing op dit gebied te volgen. Deze gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog/psychiater participeert bij voorkeur in een “nog op te zetten” netwerk van zorgverleners op het gebied van transgenderzorg.
- Hoofdbehandelaar-> zorgverlener die verantwoordelijk is voor de specifieke behandeling.
- Draagkracht -> de mogelijkheid van de transgender om de behandeling emotioneel te kunnen dragen.
- Fertiliteitspreservatie -> behoud van vruchtbaarheid.
- Oudere transgender -> boven de 60.
- Beheersende maatregelen -> maatregelen om er voor te zorgen dat medische of psychische contra-indicaties voldoende beheerst kunnen worden.
- WPATH -> World Professional Association for Transgender Health.
- SOC -> Standards of Care.
- Genderincongruentie -> verschil tussen geboortegeslacht en genderidentiteit. Er is bewust niet gekozen voor genderdysfoor om niet te pathologiseren.
- Geslachtsaanpassende of genderbevestigende behandeling -> medische behandeling, die het lichaam zo veel mogelijk in overeenstemming moet brengen met de genderidentiteit, bestaande uit het gebruik van hormonen en/of genderbevestigende operaties.
- Genderidentiteit -> diepgevoelde, persoonlijke overtuiging al dan niet behoren tot een bepaald geslacht: man of vrouw, beide of geen van beide/anders.
- Transgender -> term voor iemand wiens genderidentiteit niet overeenkomt met het geboortegeslacht.

- Transman -> persoon met overwegend mannelijke genderidentiteit, ondanks het feit dat deze bij de geboorte vrouwelijk is geregistreerd.
- Transvrouw -> persoon met overwegend vrouwelijke genderidentiteit, ondanks het feit dat deze bij de geboorte mannelijk is geregistreerd.
- Cisgender -> term voor mensen van wie het geboortegeslacht overeenkomt met de genderidentiteit.
- Informed consent -> Toestemming voor een behandeling verleend door de patient nadat deze een gedegen voorlichting heeft gehad over de mogelijke gevolgen van de behandeling waarbij is nagegaan of de patiënt alles goed heeft begrepen.