

Wpath-Zorgstandaard

voor de gezondheid van transseksuele, transgender
en gender-nietconforme mensen

Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-
Nonconforming People

The World Professional Association for Transgender Health

Wpath-Zorgstandaard

voor de gezondheid van transseksuele, transgender en gender-nietconforme mensen

(Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-nonconforming People)

Eli Coleman, Walter Bockting, Marsha Botzer, Peggy Cohen-Kettenis, Griet Decuypere, Jamie Feldman, Lin Fraser, Jamison Green, Gail Knudson, Walter J.Meyer, Stan Monstrey, Richard K.Adler, George A.Brown, Aaron H.Devor, Randall Ehrbar, Randi Ettner, Evan Eyler, Rob Garofalo, Dan H. Karasic, Arlene Istar Lev, Gal Mayer, Heino Meyer-Bahlburg, Blaine Paxton, Friedman Pfäfflin, Katherine Rachlin, Bean Robinson, Loren S. Schlechter, Vin Tangpricha, Mick van Trotsenburg, Anne Vitale, Sam Winter, Stephen Wittle, Kevan R. Wylie & Ken Zucker
Copyright 2012 World Professional Association for Transgender Health (WPATH). All rights reserved.

7^e Versie¹ | www.path.org

2015 Vertaling in opdracht van patiëntenorganisatie Transvisie
door G.F. Gildemacher

Woord vooraf van de vertaler

De Wpath-Zorgstandaard is geen gemakkelijk leesbare, voorlichtende brochure. Die zijn er genoeg, geschreven door transgenders zelf. De Standards of Care, en dus ook de vertaling in Wpath-Zorgstandaard, is een document met een positiebepaling van de meest getalenteerde en betrokken medische en psychologische wetenschappers en behandelaars in de zorg voor transseksuele, transgender en gender-nietconforme mensen. Om ieder die zorg verleent aan te sporen, om kwaliteit te leveren, respect en menselijkheid te tonen en niet op eigen houtje te handelen. De zorgstandaard geeft ook mogelijkheden om het handelen van behandelaars te toetsen (‘over de schouder meekijken’). Het is daardoor een dichtgetimmerd stuk met eisen, vereisten, leidraden en aanbevelingen, om zo volledig mogelijk te zijn en niets aan de aandacht te laten ontsnappen.

De Wpath-Zorgstandaard is zó opgesteld dat ieder hoofdstuk, óók op zichzelfstaand behoorlijk volledig is: een zorgverlener kan zijn eigen hoofdstuk eruit nemen en op de hoek van het bureau leggen, steeds bij de hand. Dit is de reden dat ook in de vertaling de ‘over’volledigheid is gebleven.

De medische termen zijn zoveel mogelijk in begrijpelijk Nederlands vertaald of van een korte uitleg voorzien.

Indien deze vertaling voor wetenschappelijke of medische doeleinden wordt gebruikt wordt verwezen naar de oorspronkelijke Engelse versie, omdat die versie door de schrijvers is gautoriseerd.

G.F. Gildemacher

¹ Dit is de zevende versie van Standards of Care sinds de eerste versie in 1979. Eerdere versies verschenen in 1980, 1981, 1990, 1998 en 2001. Versie 7 is gepubliceerd in het International Journal of Transgenderism, 13(4), 165–232. doi:10.1080/15532739.2011.700873

Inhoud

I.	Doel en toepassing van de Wpath-Zorgstandaard	4
II.	Wereldwijde toepasbaarheid van de Wpath-Zorgstandaard	6
III.	Het verschil tussen gender-nietconformiteit en genderdysforie	8
IV.	Beschouwingen over vóórkomen en frequentie (epidemiologie)	10
V.	Overzicht van behandelmogelijkheden bij genderdysforie	12
VI.	Herkenning, onderzoek en behandeling van kinderen en adolescenten met genderdysforie	15
VII.	Geestelijke gezondheid	25
VIII.	Hormoonbehandeling	35
IX.	Ouderschap en voortplanting	47
X.	Behandeling van de stem en de communicatie	49
XI.	Operatieve behandeling	51
XII.	Postoperatieve zorg en nazorg	59
XIII.	Levenslange preventieve en primaire zorg	60
XIV.	Toepassing van de Wpath-Zorgstandaard bij mensen in instellingen	62
XV.	Toepassing van de Wpath-Zorgstandaard bij mensen met afwijkende ontwikkeling van de voortplantingsorganen	64
	Literatuurverwijzingen	67
	Bijlagen	
A	Verklarende woordenlijst (niet vertaald, zie toelichting aldaar)	86
B	Overzicht van medische risico's van hormoonbehandeling	87
C	Criteria voor hormoonbehandeling en operatieve behandeling	92
D	Aantoonbare resultaten van de behandelwijzen	94
E	Ontwikkeling van de Wpath-Zorgstandaard, versie 7	97

Hoofdstuk I Doel en toepassing van de Wpath-Zorgstandaard

De World Professional Association for Transgender Health² (hierna te noemen 'WPATH') is een internationale, multidisciplinaire beroepsorganisatie die een zichzelf een opdracht heeft gegeven heeft met betrekking tot de gezondheid van transseksuele en transgender en gender-nietconforme mensen: het bevorderen van bewezen effectieve zorg, training en opleiding, onderzoek, belangenbehartiging, publiek beleid en respect voor deze doelgroepen. Het uiteindelijke doel van WPATH is een wereld waar transseksuelen, transgenders en gender-nietconforme mensen (mensen met ander gendergedrag) net als ieder ander, toegang hebben tot aantoonbare effectieve gezondheidszorg, publieke diensten, rechtspraak en gelijk behandeld worden.

Een van de hoofdtaken van WPATH is om de hoogste normen voor individuele gezondheidszorg te bevorderen door met nadruk te wijzen op de *Wpath-Zorgstandaard voor de gezondheid van Transseksuelen, Transgenders en Gender-nietconforme mensen*. De Wpath-Zorgstandaard is gebaseerd op de beste beschikbare professionele wetenschappelijke kennis en behandelervaring³. Het meeste onderzoek en de meeste ervaring komt uit Noord-Amerika en West-Europa. Vandaar dat aanpassing van de Wpath-Zorgstandaard in andere delen van de wereld noodzakelijk is. In deze versie van de Wpath-Zorgstandaard wordt gewezen op culturele betrekkelijkheid en het belang van kennis van de plaatselijke cultuur.

Het algemene doel van de Wpath-Zorgstandaard is te voorzien in een behandeltraject voor professionals in de gezondheidszorg om transseksuele mensen, transgenders en gender-nietconforme mensen veilig en effectief bij te staan bij het verbeteren van gezondheid, psychisch welbevinden en zelfontplooiing, zodat zij zich tenslotte blijvend op hun gemak voelen bij hun eigen gender. De Wpath-Zorgstandaard heeft betrekking op eerstelijnsgezondheidszorg, gynaecologische en urologische zorg, maar ook op keuzemogelijkheden bij voortplanting en ouderschap, stem- en communicatietherapie. De Wpath-Zorgstandaard gaat ook over geestelijke gezondheidszorg (bijv. psychologisch onderzoek, begeleidende gesprekken en psychotherapie), hormonale en operatieve behandeling.

Hoewel dit in de eerste plaats een document is voor professionals in de gezondheidszorg, kan de Wpath-Zorgstandaard ook worden gebruikt door individuele personen, hun families en maatschappelijke instellingen, zodat zij kunnen zien hoe zij een bijdrage kunnen leveren aan de optimale gezondheid van leden van deze diverse groep mensen.

WPATH onderkent dat gezondheid niet alleen afhangt van goede klinische zorg, maar ook van een sociaal en politiek klimaat dat sociale verdraagzaamheid en gelijke burgerrechten garandeert. Gezondheid wordt ook bevorderd door overheidsbeleid en wetgeving die tolerantie en gelijkheid voor seksuele en genderdiversiteit voorstaat en die vooroordeel,

² Voorheen de Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association

³ De Standards of Care, version 7, wijkt op belangrijke punten af van eerdere versies. Wijzigingen in deze versie zijn gebaseerd op opmerkelijke culturele verschuivingen, vooruitgang in klinische kennis en inschatting van de vele aandachtspunten voor de gezondheid van transseksuelen, transgenders en gender-nietconforme personen. De reikwijdte daarvan gaat verder gaan dan hormoonbehandeling en operatieve ingrepen.

discriminatie en stigmatisering uitbant. WPATH verplicht zich deze veranderingen in beleid en nieuwe wetgeving te bepleiten.

De Wpath-Zorgstandaard is een flexibele klinische leidraad

De Wpath-Zorgstandaard is niet bedoeld als een star document, omdat hij tegemoet dient te komen aan verschillende zorgbehoeften van transseksuele, transgender en gender-nietconforme mensen. Maar ook al is de Wpath-Zorgstandaard flexibel, hij is ook normatief in het voorstaan van optimale gezondheidszorg en behandeling van mensen die genderdysforie ervaren. Genderdysforie is in brede zin gedefinieerd als ongemak en lijden veroorzaakt doordat iemands genderidentiteit en de daaraan gekoppelde genderrol en zijn/haar bij de geboorte toegekende sekse (en de daaraan gekoppelde uiterlijke kenmerken en genderrol) uiteen lopen (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b).

Net als in de eerdere versies van de Wpath-Zorgstandaard, zijn de maatstaven die in dit document worden gesteld voor hormoonbehandeling en operatieve behandeling voor genderdysforie, klinische leidraden. Individuele gezondheidsprofessionals of behandelprogramma's kunnen afwijken van de maatstaven. Aanbrengen. De afwijkingen van de Wpath-Zorgstandaard kunnen plaatsvinden door:

- de unieke lichaamsbouw van een patiënt;
- de sociale of psychologische situatie van de patiënt;
- een methode van behandelen die in handen van een ervaren behandelaar aan het ontwikkelen is;
- een onderzoeksprotocol in een lopend wetenschappelijk onderzoek;
- gebrek aan middelen in bepaalde delen van de wereld;
- de noodzaak om bepaalde schade-beperkende maatregelen te nemen.

Deze afwijkingen moeten worden uitgelegd aan de patiënt en vastgelegd in een 'informed consent' (document met de instemming van de patiënt na voorlichting). Dit is nodig om de kwaliteit van zorg en de wettelijke bescherming te garanderen. Deze documentatie is ook waardevol omdat daarmee nieuwe gegevens worden verzameld waar later onderzoek op kan worden gedaan. Zo kunnen de gezondheidszorg en de Wpath-Zorgstandaard zich verder ontwikkelen.

De Wpath-Zorgstandaard legt de nadruk op maatstaven voor goede zorg, maar ook op goede voorlichting om de patiënt verantwoord te kunnen laten beslissen en het belang van schadebeperkende maatregelen.

In deze versie van de Wpath-Zorgstandaard is er erkenning van verschillende vormen van gender-expressie die niet vragen om psychologische, hormonale of operatieve behandeling. Sommige patiënten die komen met zorgvragen hebben zelf al belangrijke stappen gezet in genderrolwisseling of transitie, of hebben andere oplossingen gevonden met betrekking tot genderidentiteit en genderdysforie. Andere patiënten vragen intensievere zorg. De Wpath-Zorgstandaard kan van dienst om patient en behandelaar te helpen het hele scala van behandelingen te overzien, passend bij de behoeften en gewenste genderexpressie van de patiënt.

Hoofdstuk II Wereldwijde toepassing van de Wpath-Zorgstandaard

Ook al is de Wpath-Zorgstandaard bedoeld voor wereldwijde toepassing, toch erkent WPATH dat veel van de opgetekende ervaring en kennis op dit specifieke gebied van gezondheidszorg is verkregen uit Noord-Amerikaanse en West-Europese bronnen. Van plaats tot plaats binnen landen en tussen landen zijn er verschillen op onderscheiden gebieden:

- maatschappelijke opvattingen t.o.v. transseksuele, transgender en gender-nietconforme personen;
- verschillen in samenhang van genderrollen en genderidentiteiten;
- taal die gebruikt wordt om verschillende genderidentiteiten te beschrijven;
- vóórkomen en aard van de genderdysforie (epidemiologie);
- toegang tot en kosten van behandeling;
- aangeboden en beschikbare behandelingen;
- aantal en soort professionals die de zorg verlenen, hun deskundigheid;
- wettelijke en beleidszaken die betrekking hebben op dit gebied van gezondheidszorg (Winter, 2009).

Het is onmogelijk voor de Wpath-Zorgstandaard om een weergave te zijn van al deze verschillen. Bij het toepassen van deze leidraad, moeten professionals gevoelig zijn voor deze verschillen en de Wpath-Zorgstandaard aanpassen aan de realiteit ter plaatse. In een aantal culturen zijn gender-nietconforme mensen overduidelijk aanwezig, in aantal, in leefwijze en als groep (Peletz, 2006). In situaties als deze is het vrij gewoon voor mensen om in hun tienerjaren of zelfs eerder hun genderexpressie en uiterlijk te veranderen. Velen groeien op in een sociale, culturele omgeving die nogal verschilt van de westerse culturen. Toch ervaart bijna iedereen vooroordeel (Peletz, 2006, Winter, 2009). In veel andere culturen is sociaal stigma ten aanzien van gender-nietconform gedrag wijdverspreid en zijn genderrollen strikt voorgeschreven (Winter e.a., 2009). In deze situaties zijn gender-nietconforme mensen gedwongen zich te verbergen en missen daardoor de kans op adequate gezondheidszorg (Winter, 2009).

De Wpath-Zorgstandaard is bedoeld om beperkingen in de toegang tot de best beschikbare zorg weg te nemen. Professionals in de gezondheidszorg overal in de wereld –zelfs in gebieden met beperkte middelen en opleidingsmogelijkheden- kunnen de uitgangspunten waarop de Wpath-Zorgstandaard is gebaseerd, toepassen. Deze uitgangspunten zijn :

- Toon respect voor patiënten met genderidentiteiten die niet conform de gewoonten zijn (maak van de verschillen in genderidentiteit of genderexpressie geen aandoening of ziekte).
- Verleen zorg die de genderidentiteit van de patiënt bevestigt en die het mogelijke lijden onder de genderdysforie vermindert, of verwijs door naar collega's met meer kennis op dit gebied.
- Vergaar kennis over de behoefte aan gezondheidszorg van transseksuele, transgender en gender-nietconforme mensen, inclusief de voordelen en de risico's van behandelopties bij genderdysforie.

- Stem de behandelwijze af op de specifieke behoeften van patiënten, vooral op hun streven om tot hun persoonlijke genderexpressie te komen en verlicht te worden in hun genderdysforie.
- Vergemakkelijk de toegang tot passende zorg .
- Werk met de patient naar een ‘informed consent’ (instemming van de patiënt na voorlichting) over de behandeling.
- Bied continuïteit in de zorg.
- Wees bereid tot ondersteuning en belangenbehartiging voor patiënten binnen hun gezin, familie en omgeving (school, werk en dergelijke).

Woordkeuze en woordgebruik is cultuur- en tijdbepaald en is aan snelle verandering onderhevig. Het is belangrijk respectvolle taal te gebruiken, aangepast aan plaats, tijd en soort toehoorders. Bij de vertaling van de Wpath-Zorgstandaard in andere talen, moet ervoor gezorgd worden, dat de betekenis van bepaalde termen zo goed mogelijk blijft behouden. Terminologie in het Engels kan soms moeilijk worden vertaald in ander talen en omgekeerd. Sommige talen zullen niet de juiste woorden bezitten om de verschillende termen uit dit document te beschrijven. Vandaar dat vertalers zich bewust moeten zijn van de onderliggende doelen van behandeling om daar vervolgens de beste woorden voor te vinden. Zij dienen de cultureel wél toepasbare leidraden te benadrukken om deze doelen te bereiken.

Hoofdstuk III Het verschil tussen gender-nietconformiteit en genderdysforie

Transseksueel, transgender of gender-nietconform-zijn is een kwestie van diversiteit, niet van pathologie

WPATH gaf in mei 2010 een verklaring uit, waarin er op werd aangedrongen om gender-nietconform gedrag wereldwijd uit de sfeer van de psychiatrische stoornissen te halen (WPATH, Board of directors, 2010). Deze verklaring stelde dat 'het vertonen van genderkarakteristieken, inclusief genderidentiteiten, die niet standaard worden geassocieerd met iemands bij de geboorte toegekende sekse, een algemeen menselijk verschijnsel van culturele diversiteit is en dus niet als negatief of getuigend-van-ziekte beoordeeld dient te worden'.

Helaas ligt er in veel samenlevingen een stigma, een negatief stempel, op gender-nietconform gedrag. Zo'n stigma kan leiden tot vooroordeel en discriminatie, met als resultaat 'minderheidsstress' (I.H. Meyer 2003). Minderheidsstress is een unieke, chronische en sociaal verankerde vorm van stress, bovenop de algemene stresssituaties zoals die door alle mensen worden ervaren. Daardoor staan transseksuele, transgender en gender-nietconforme mensen vaker geestelijk onder druk en zijn gevoeliger voor het ontwikkelen van psychische problemen als angsten en depressies (Institute of Medicine, 2011). Naast vooroordeel en discriminatie in de maatschappij in het algemeen, kan het stigma bijdragen aan mishandeling, misbruik en verwaarlozing door leeftijdgenoten en familieleden. Dat kan ook weer leiden tot psychisch lijden. Toch zijn deze symptomen sociaal veroorzaakt en niet gekoppeld aan transseksueel-, transgender-, of gender-nietconform-zijn.

Gender-nietconformiteit is niet hetzelfde als genderdysforie

Gender-conformiteit heeft betrekking op hoezeer iemands genderidentiteit, genderrol, of -gedrag afwijkt van de cultureel vastgelegde normen voor een bepaalde sekse (Institute of Medicine, 2011). *Genderdysforie* is het ongemak en lijden dat veroorzaakt wordt door het verschil tussen iemands genderidentiteit en de bij de geboorte toegekende sekse, inclusief de daarmee geassocieerde genderrol en primaire en secundaire geslachtskenmerken (Fisk, 1974, De Cuypere & Bockting, 2010b). Een gedeelte van de gender-nietconforme mensen ervaart genderdysforie op een aantal momenten in hun leven.

Om mensen te ondersteunen bij de omgang met dit lijden, is begeleiding en behandeling beschikbaar om hun genderidentiteit nader te onderzoeken en een genderrol te vinden die hen past en die als aangenaam wordt ervaren (Bockting & Goldberg, 2006). Behandeling dient te zijn afgestemd op de persoon. Wat de een helpt om de genderdysforie te verlichten, kan erg verschillen van wat een ander helpt. De behandeling hoeft niet te betekenen dat gendergedrag en genderexpressie veranderen of lichamelijke veranderingen optreden. Maar evengoed kan dat wél het geval zijn. Medische behandelingsmogelijkheden omvatten bijvoorbeeld het meer vrouwelijk of juist meer mannelijk maken van het lichaam door hormoonbehandeling en/of operaties. Die behandelingen kunnen de genderdysforie effectief verlichten en zijn medisch gezien voor velen nodig. Genderidentiteiten en genderexpressies zijn heel divers; hormoonbehandeling en operatieve behandelingen zijn

slechts twee van de vele mogelijkheden om mensen te helpen vrede te krijgen met zichzelf en hun identiteit.

Genderdysforie kan voor een groot deel worden verlicht door behandeling (Murad et al, 2010). Veel transseksuelen, transgenders en gender-nietconforme mensen die genderdysforie in hun leven ervaren, slagen er toch in door behandeling een genderrol en genderexpressie te vinden die als aangenaam wordt ervaren, ook al verschilt die vaak van de bij de geboorte toegekende sekse, of van de overheersende gendernormen en verwachtingen.

Diagnoses die een verband hebben met genderdysforie

Er zijn mensen die zo'n intense genderdysforie ervaren, dat het forse lijden in de buurt komt van een diagnose 'geestelijke stoornis'. Zo'n diagnose is geen vrijbrief voor stigmatisering of voor het onthouden van burgerrechten en mensenrechten. Bestaande classificatiesystemen zoals het *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* (American Psychiatric Association 2000) en de *International Classification of Diseases (ICD)* (World Health Organization, 2007) definiëren honderden geestelijke stoornissen die variëren in aanvang, duur, ontstaan, beperkingen in het functioneren en behandelbaarheid. Deze classificatiesystemen proberen groepen symptomen en toestandsbeelden te ordenen en beschrijven, niet de mensen zelf. Een stoornis is een beschrijving van iets waar de persoon mee worstelt en niet een beschrijving van de persoon zelf of zijn/haar identiteit. Transgenders, transseksuelen en gender-nietconforme mensen zijn dus niet gestoord door wie of wat ze zijn. Het is belangrijk dat bepaald wordt of er lijdensdruk van de genderdysforie is en welke behandelingen voor verlichting hiervan beschikbaar zijn. Het bestaan van de diagnose genderdysforie vergemakkelijkt vaak de toegang tot gezondheidszorg en kan leiden tot verder onderzoek naar effectieve behandelingen.

Onderzoek leidt tot nieuwe diagnostische namen en de benamingen in *DSM* (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010; Knudson, De Cuypere & Bockting, 2010b; Meyer- Bahlburg, 2010; Zucker, 2010) en *ICD*. Om die reden worden er in de Wpath-Zorgstandaard bekende termen gebruikt en worden er definities gegeven van termen die gangbaar lijken te worden. Professionals in de gezondheidszorg dienen de meest gangbare diagnostische criteria te gebruiken of vermelden en de passende codes toe te passen in hun praktijk.

Hoofdstuk IV Beschouwingen over vóórkomen en frequentie (Epidemiologie)

Strikt genomen zijn epidemiologische studies naar het vóórkomen en de frequentie van specifiek transseksualiteit of transgender of gender-niet-conforme identiteiten in meer bredere zin nog niet uitgevoerd. Pogingen om tot realistische schattingen te komen zijn lastig (Institute of Medicine, 2011; Zucker & Lawrence, 2009). Zelfs als epidemiologische onderzoeken zouden vaststellen dat transseksuelen, transgenders en gender-nietconforme mensen gelijk zouden zijn verdeeld over de wereld, dan is het nóg waarschijnlijk dat culturele verschillen tussen de landen zorgen voor verschillen in gedragsexpressie van verschillende genderidentiteiten en genderdysforie. In de meeste landen wordt het oversteken van de normatief vastliggende gendergrenzen moreel gecensureerd en roept weinig meeleven op. Toch zijn er voorbeelden in bepaalde culturen van gender-nietconform gedrag, bijvoorbeeld bij geestelijke leiders, die minder gestigmatiseerd worden of zelfs met eerbied worden bekeken (Besnier, 1994; Bolin, 1988; Chinas, 1995; Coleman, Colgan & Gooren, 1992; Costa & Matzner, 2007; Jackson & Sullivan, 1999; Nanda, 1998; Taywaditep, Coleman & Dumronggittigule, 1997).

Om verschillende redenen hebben onderzoekers die vóórkomen en frequentie bestudeerden zich vooral gericht op de gemakkelijkst te tellen subgroep van de gender-nietconforme personen: transseksuele individuen die genderdysforie ervaren en zich aanmelden bij specialistische genderklinieken voor hulp bij gendertransitie (Zucker & Lawrence, 2009). De meeste studies zijn gedaan in Europese landen: Zweden (Walinder 1968, 1971), Groot Britannië (Hoenig & Kenna, 1974), Nederland (Bakker, van Kesteren, Gooren, & Bezemer, 1993; Eklund, Gooren & Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren & Megens, 1996), Duitsland (Weitze & Osburg, 1996), België (De Cuypere et al., 2007). Eén onderzoek is uitgevoerd in Singapore (Tsoi, 1988).

De Cuypere en collega's (2007) hebben zowel deze onderzoeken vergeleken als hun eigen onderzoek uitgevoerd. Tezamen beslaan deze onderzoeken 39 jaar. Tien onderzoeken in 8 landen zijn met elkaar vergeleken. Twee studies die erg afwijken van de rest zijn buiten beschouwing gelaten. (Pauly, 1965 en Tsoi, 1988). De vóórkomstcijfers variëren van 1 op 11.900 tot 1 op 45.000 voor man-naar-vrouwen-personen (MtF, in het vervolg 'transvrouwen' genoemd) en van 1 op 30.400 tot 1 op 200.000 voor vrouw-naar-man-personen (FtM, in het vervolg 'transmannen' genoemd). Enkele onderzoekers hebben gesuggereerd dat het vóórkomstcijfer veel hoger is als andere methodes worden gebruikt (bijv. Olyslager & Conway, 2007).

Directe vergelijking van de studies is onmogelijk, omdat er teveel verschillen zijn in de methode van gegevensverzameling en de methodes om iemand als transseksueel te definiëren. Dit kan variëren van 'heeft genitale reconstructie ondergaan' tot 'is hormoonbehandeling gestart' tot 'heeft zich gemeld voor medische begeleiding bij transitie'. De trend lijkt te zijn dat de cijfers hoger zijn bij recentere onderzoeken. Dat kan er op wijzen dat meer mensen medische hulp zoeken. Deze interpretatie wordt ondersteund door onderzoek van Reed en collega's (2009). Zij rapporteren dat het aantal mensen dat zich meldt bij genderteams in Groot Brittannië elke vijf of zes jaar verdubbelt. Op dezelfde wijze

rapporteren Zucker en collega's een vier- of vijfvoudig aantal aanmeldingen van kinderen en adolescenten bij hun kliniek in Toronto, Canada over een periode van 30 jaar.

De uitkomsten van deze onderzoeken kunnen op zijn best als minimum-schattingen worden bekeken. De gepubliceerde cijfers komen van de klinieken waar personen met de heftigste genderdysforie zich melden. In deze cijfers zijn niet die behandelingen meegenomen die worden uitgevoerd in voorzieningen die niet zijn gespecialiseerd (zoals bijv. algemene ziekenhuizen). Door alleen de mensen te tellen die zich voor een specifieke behandeling melden, wordt een onbekend aantal genderdysfore mensen over het hoofd gezien.

Andere klinische observaties, die nog niet door systematisch onderzoek worden bevestigd, wijzen naar een hoger getal van vóórkomen:

1. Genderdysforie is soms later herkend bij personen die eerst een andere diagnose kregen, zoals angst, depressie, gedragsstoornis, middelenmisbruik, dissociatieve identiteitsstoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis, seksuele stoornis of stoornissen in de seksuele ontwikkeling (Cole, O'Boyle, Emory & Meyer III, 1997).
2. Mogelijk ervaren travestieten/crossdressers, drag queens/kings, female en male impersonators, homoseksuele en lesbische personen ook genderdysforie (Bullough & Bullough, 1993).
3. Er zijn mensen bij wie de genderdysforie varieert: soms wel en soms niet boven de 'pijngrens'.
4. Gender-nietconformiteit kan bij transmannen, in veel culturen betrekkelijk slecht zichtbaar zijn, vooral voor westerse zorgprofessionals en onderzoekers, die de meeste studies hebben verricht waar de cijfers op gebaseerd zijn (Winter, 2009).

Algemeen gezegd kunnen de huidige gegevens een beginpunt zijn en kan de gezondheidszorg voordeel hebben van diepgaander onderzoek naar vóórkomen en frequentie op verschillende plaatsen verspreid over de wereld.

Hoofdstuk V Overzicht van behandelmogelijkheden bij genderdysforie

Vooruitgang in kennis over en behandeling van genderdysforie

In de tweede helft van de 20^e eeuw is, het bewustzijn van het verschijnsel genderdysforie gegroeid. Dit begon toen de professionele gezondheidszorg mensen ging bijstaan bij hun genderdysforie, door begeleiding bij veranderingen van primaire en secundaire geslachtskenmerken en door hormoon- en operatieve behandeling, die samen opgingen met een verandering in genderrol. Hoewel Harry Benjamin al een heel spectrum aan gender-nietconforme uitingsvormen onderkende (Benjamin, 1966), was de aanvankelijke klinische benadering toegespitst op het vaststellen wie een geschikte kandidaat was voor geslachtsaanpassing, om vervolgens een zo optimaal mogelijke fysieke verandering van man naar vrouw of van vrouw naar man te ondergaan (bijv. Green & Fleming 1990; Hastings, 1974). Deze benadering was uitgebreid beoordeeld en effectief gebleken. De tevredenheidspercentages over verschillende onderzoeken varieerden van 87 % bij transvrouwen tot 97% bij transmannen (Green & Fleming, 1990) en spijtoptanten waren zeldzaam. 1 tot 1,5 % bij transvrouwen en <1% bij transmannen (Pfäfflin, 1993). Hormoonbehandeling en operatieve behandeling werden inderdaad medisch noodzakelijk bevonden bij veel mensen om de genderdysforie draaglijk te maken (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; World Professional Health Association for Transgender Health, 2008).

Toen het werkgebied zich verder ontwikkelde, werd het duidelijk datvoor veel personen zowel hormoon- als operatieve behandeling nodig was om hun genderdysforie draaglijk te maken, terwijl anderen slechts één van deze behandelmogelijkheden nodig hadden en sommigen zelfs géén van deze behandelingen (Bockting & Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004). Vaak bleek dat personen, met de hulp van psychotherapie, in staat waren om hun transgender of crosseks gevoelens te integreren in de bij de geboorte toegekende genderrol en dat ze geen behoefte voelden om hun lichaam te vervrouwelijken of te vermannelijken. Voor anderen bleken veranderingen in genderrol of genderexpressie voldoende om de genderdysforie draaglijk te maken. Weer anderen hadden hormonen nodig en genderrolwisseling, maar geen operatieve ingrepen. Nog weer anderen behoefden rolwisseling en operaties, maar geen hormonen. Met ander woorden, behandeling van genderdysforie is veel individueler geworden.

Nu een generatie transseksuele, transgender en gender-nietconforme mensen op leeftijd is gekomen, waarvan een groot deel heeft geprofiteerd van verschillende behandelingswijzen, is deze generatie als groep meer zichtbaar geworden en heeft laten zien dat er aanzienlijke diversiteit is in genderidentiteiten, genderrollen en -expressies. Sommigen beschrijven zich als onomstotelijk behorend tot de andere sekse dan aanvankelijk toegeschreven (Bockting, 2008). Anderen stellen hun unieke genderidentiteit voorop en beschouwen zichzelf niet als man of vrouw (Bornstein, 1994; Kimberly, 1997; Stone, 1991; Warren, 1993). In plaats daarvan beschrijven ze hun genderidentiteit als transgender, bigender, genderqueer of androgyn. Daarmee benadrukken ze hun uniekheid en dat er méér is dan de (te) simpele man-of vrouw-tweedeling (Bockting, 2008; Ekins & King, 2006; Nestlé, Wilchins & Howell, 2002). Het is goed mogelijk dat ze het vinden van hun identiteit niet beschouwen als een 'transitie', omdat ze nooit de hen toegeschreven genderrol hebben omarmd, of omdat ze

hun genderidentiteit, genderrol en genderexpressie zó vorm gegeven hebben dat ze genderrolwisseling niet nodig hebben. Sommige jongeren hebben zich altijd als genderqueer of androgyn beschouwd en hebben hun rol ook steeds als zodanig uitgedragen. Grotere zichtbaarheid en groter besef van genderdiversiteit (Feinberg, 1996) hebben de mogelijkheden voor mensen met genderdysforie vergroot om een bij hen passende genderrol en genderidentiteit te vinden.

Door hun genderidentiteit te bevestigen kunnen gezondheidsprofessionals genderdysfore mensen bijstaan bij het onderzoeken van verschillende mogelijkheden om hun identiteit vorm te geven en te beslissen over verschillende medische behandelmogelijkheden om hun genderdysforie te verminderen.

Psychologische en medische behandelmogelijkheden van genderdysforie

Voor mensen die zich tot de zorg wenden vanwege genderdysforie liggen verschillende behandelmogelijkheden open. Welke en hoeveel behandelingen worden toegepast en de volgorde waarin dat gebeurt, verschilt van persoon tot persoon (bijv: Bockting, Knudson & Goldberg, 2006; Bolin, 1994; Rachlin, 1999; Rachlin, Green & Lombardi, 2008; Rachlin, Hansbuy & Pardo, 2010). Behandel­mogelijkheden kunnen zijn:

- veranderingen in genderrol en -expressie: parttime of fulltime leven in de andere genderrol, passend bij iemands genderidentiteit;
- hormoontherapie om het lichaam vrouwelijker of mannelijker te maken;
- operaties om primaire en/of secundaire geslachtskenmerken te veranderen, zoals aan operaties aan borsten, uitwendige en/of inwendige geslachtsorganen, gelaatskenmerken, andere aanpassing van lichaamsvormen;
- psychotherapie, individueel, voor paren, voor gezinnen, of in groepen, om bijvoorbeeld:
 - genderidentiteit, rol en expressie te verkennen;
 - de negatieve invloed van genderdysforie en stigmatisering op de geestelijke gezondheid teniet te doen;
 - geïnternaliseerde angst voor transgender personen bij henzelf of verwanten te verzachten;
 - sociale steun en steun van lotgenoten te vergroten;
 - het lichaamsbeeld te verbeteren;
 - in algemene zin de veer- en spankracht te vergroten om het hele proces aan te kunnen.

Mogelijkheden voor sociale ondersteuning

Naast of als alternatief voor de psychologische en medische behandelingen kunnen er nog andere mogelijkheden overwogen worden om genderdysforie te verzachten. Te denken valt aan:

- persoonlijke en online ondersteuning door: leeftijd- en lotgenoten, ondersteuningsgroepen, eigen maatschappelijke organisaties die wegen kunnen wijzen voor sociale ondersteuning en belangenbehartiging;
- persoonlijke en online ondersteuning voor familie en vrienden;

- stem- logopedische en communicatietherapie om verbale en niet-verbale mogelijkheden te ontwikkelen voor een gemakkelijker omgang met de genderidentiteit;
- electrolyse, laserbehandeling of waxen om overtollige beharing te verwijderen;
- afbinden of juist opvullen van de borsten, gebruik van penisprothese of juist wegdrukken van geslachtsorganen, opvulling van heupen en bilpartijen;
- naamsverandering en wijziging van de sekse-aanduiding op identiteitsbewijzen.

Hoofdstuk VI Herkenning, onderzoek en behandeling van kinderen en adolescenten met genderdysforie

Er zijn een aantal verschillen in de verschijningsvormen, ontwikkeling en behandel mogelijkheden van genderdysforie van kinderen en adolescenten in vergelijking met volwassenen. Bij kinderen en adolescenten is sprake van een snel en ingrijpend ontwikkelingsproces (lichamelijk, psychisch en seksueel) en er is een grotere variatie en wisselvalligheid in de uitkomsten, vooral bij prepubers. Daarom geeft dit hoofdstuk van de Wpath-Zorgstandaard speciale klinische richtlijnen voor het onderzoek, de herkenning en de behandeling van genderdysforie bij kinderen en adolescenten.

Verschillen tussen kinderen en adolescenten met genderdysforie

Een belangrijk verschil tussen genderdysforie bij kinderen in vergelijking met adolescenten is het aantal dat genderdysforie blijft tot in de volwassenheid. Genderdysforie bij een kind leidt niet altijd tot genderdysforie in de volwassenheid⁴. In volgstudies blijkt bij prepubers (hoofdzakelijk jongens) die doorverwezen werden naar instanties die genderdysforie onderzoeken nog maar 6 tot 23 % genderdysforie te ervaren als ze volwassen zijn (Cohen-Kettenis, 2001; Zucker & Bradley, 1995). Jongens blijken zich in deze onderzoeken later vaker als homoseksueel dan als transgender te beschouwen (Green, 1987; Money & Russo, 1979; Zucker & Bradley, 1995; Zuger, 1984). Nieuwere onderzoeken waarbij ook meisjes worden meegenomen, laten 12 tot 27% blijvende genderdysforie zien in de volwassenheid (Drummond, Bradley, Peterson-Badali & Zucker, 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

Daartegenover is het voortduren van de genderdysforie bij adolescenten tot in de volwassenleeftijd veel hoger. Er is geen echt voorspellend onderzoek. Maar in een vervolgstudie van 70 adolescenten bij wie genderdysforie werd gezien en die puberteitsonderdrukkende hormonen kregen, ging 100% verder met genderbevestigende behandeling, te beginnen met mannelijke of vrouwelijke hormoonbehandeling (De Vries, Steensma, Doreleijers & Cohen-Kettenis, 2010).

Een ander verschil tussen kinderen en adolescenten met genderdysforie is de sekseverhouding bij iedere leeftijdsgroep. Bij de doorverwezen genderdysforie kinderen onder de 12 jaar, loopt de man-vrouwverhouding (van de bij geboorte toegekende sekse) van 6 op 1 tot 3 op 1 (Zucker, 2004). Bij adolescenten boven 12 jaar ligt de man-vrouwverhouding ongeveer 1 op 1 (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003).

Zoals al gezegd in hoofdstuk IV en door Zucker & Lawrence (2009) zijn er geen echte epidemiologische onderzoeken (naar vóórkomen en frequentie) bij kinderen, adolescenten en volwassenen. Nader onderzoek om een goede schatting te maken van vóórkomen en standhouden van genderdysforie, is nodig.

⁴ Gender-nietconform gedrag bij kinderen kan tot de volwassenheid blijven, maar is niet persé een aanwijzing voor genderdysforie of behandeling. Zoals al gezegd in hoofdstuk III staat genderdysforie niet gelijk aan variatie in genderexpressie.

Verschijningsvormen bij kinderen

Kinderen vanaf 2 jaar kunnen tekenen van genderdysforie laten zien. Zij kunnen zich uiten als horend bij de andere sekse of ongelukkig zijn met hun lichamelijke seksekenmerken of lichamelijke functies. Daarnaast kunnen ze kiezen voor kleren, speelgoed en spelletjes die bij de andere sekse gangbaar zijn of liever met kinderen van de andere sekse spelen. Er blijkt variatie te zijn in deze kenmerken. Sommige kinderen vertonen extreme gender-nietconforme wensen en gedragingen, samen met heftige en aanhoudende uitingen van ongemak met hun primaire seksekenmerken. Bij anderen zijn deze kenmerken minder intens aanwezig of maar gedeeltelijk (Cohen-Kettenis et.al, 2006; Knudson, De Cuypere & Bockting, 2010a).

Vrij vaak komen er bij genderdysfore kinderen ook andere internaliserende problemen voor zoals angst en depressie (Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley & Zucker, 2003; Wallien, Swaab & Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley & Ameeriar, 2002). Stoornissen in het autismespectrum schijnen iets vaker voor te komen bij doorverwezen genderdysfore kinderen dan in de hele populatie van kinderen (De Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes & Doreleijers, 2010).

Verschijningsvormen bij adolescenten

Bij de meeste kinderen verdwijnt de genderdysforie vóór of vroeg in de puberteit. Maar bij sommige kinderen worden de gevoelens sterker. Zodra ze gaan puberen en hun secundaire geslachtskenmerken vorm krijgen, ontstaat een afkeer van het eigen lichaam, of de bestaande afkeer neemt toe (Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker & Bradley, 1995). Gegevens uit één onderzoek suggereren dat er een verband bestaat bij kinderen tussen meer extreme gender-nietconforme uitingen en het doorzetten van genderdysforie in adolescentie en volwassenheid (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Toch zijn er ook veel adolescenten en volwassenen met genderdysforie die niet vertellen over een geschiedenis met gender-nietconform gedrag (Docter, 1988; Landén, Wallinder & Lundström, 1998). Daarom kan het ook zo als een verrassing komen voor anderen (ouders, andere familieleden, vrienden en anderen uit de omgeving) als de genderdysforie van een jongere pas in de adolescentie aan het licht komt.

Adolescenten die hun primaire en secundaire geslachtskenmerken en de hen toebedeelde sekse niet vinden passen bij hun genderidentiteit kunnen hier intens onder lijden. Veel, maar niet alle genderdysfore adolescenten hebben een sterke wens om hormonen te gaan gebruiken of geopereerd te worden. Groeiende aantallen adolescenten zijn al gaan leven in de gewenste genderrol als ze naar de middelbare school gaan (Cohen-Kettenis, 2003).

Bij de naar genderklinieken doorverwezen adolescenten is er een verschil per land en kliniek in het aantal adolescenten dat in aanmerking komt voor vroege medische behandeling. Vroege medische behandeling start met het remmen van de puberteitsontwikkeling in de eerste Tannerstadia (dit zijn de in schema gezette stadia van lichamelijke geslachtsrijping). Die behandeling vindt plaats met stoffen die analoog werken aan Gonadotrope Releasing Hormone ('GnRH') (GnRH is een natuurlijk hormoon dat het afgeven van geslachtshormonen regelt). Niet alle klinieken bieden remming van de puberteit als behandelingsmogelijkheid aan. Als deze behandelvorm wordt aangeboden, varieert het Tannerstadium waarop

begonnen mag worden met deze middelen van stadium 2 tot 4 (Delamarre-van der Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Zucker et al., 2012). Het percentage behandelde adolescenten wordt waarschijnlijk beïnvloed door factoren als organisatie van de gezondheidszorg, ziektekostenverzekering, culturele verschillen, meningen van professionals in de gezondheidszorg en verschillen in onderzoeksprocedures.

Onervaren professionals kunnen tekenen van genderdysforie gemakkelijk aanzien voor waangedachten. Maar er is een kwalitatief verschil tussen hoe genderdysforie eruitziet en waanvoorstellingen of andere psychotische symptomen eruitzien. De overgrote meerderheid van kinderen en adolescenten met genderdysforie lijdt niet aan onderliggende psychiatrische ziekten zoals psychotische stoornissen (Steensma, Biemond, de Boer & Cohen-Kettenis, 2011).

Het komt vaker voor dat adolescenten bijkomende internaliserende stoornissen hebben als angst en depressie en/of externaliserende stoornissen als opstandige oppositionele stoornis (De Vries et al., 2010).

Net als bij kinderen komen stoornissen in het autismespectrum vaker voor bij genderdysforie adolescenten dan in de doorsnee-adolescentengroep (De Vries et al., 2010).

Vaardigheden van professionals in de Geestelijke Gezondheidszorg bij genderkinderen

Voor onderzoek en behandeling van kinderen en adolescenten met genderdysforie in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) worden de volgende minimumeisen aanbevolen:

1. voldoen aan de vereisten voor medewerker in de geestelijke gezondheidszorg (hierna te noemen 'ggz-er') voor volwassenen, zoals gesteld in hoofdstuk VII;
2. geschoold in de afwijkende ontwikkeling van kind en adolescent;
3. vaardig in diagnose en behandeling van de doorsnee-problemen van kinderen en adolescenten.

Wat mag er worden verwacht van de professional die werkt met genderkinderen

Van ggz-ers die werken met kinderen en adolescenten met genderdysforie mag het volgende worden verwacht:

1. Voortvarend overgaan tot onderzoek en vaststelling van genderdysforie bij kind en adolescent (volgens hierna volgende richtlijnen).
2. Zorgen voor gezintherapie en ondersteunende psychotherapie om kind of adolescent te ondersteunen bij de verkenning van hun genderidentiteit, om het lijden dat door de genderdysforie teweeg gebracht wordt dragelijk te maken en psychosociale knelpunten te versoepelen.
3. Vaststellen en behandelen van naast de genderdysforie bestaande (coëxisterende) zorgpunten op GGZ-gebied, of verwijzen naar collega's voor behandeling. Dit dient te gebeuren in één alomvattend behandelplan.
4. Doorverwijzen van adolescenten voor aanvullende lichamelijke interventies zoals puberteitremmende hormoonbehandeling om genderdysforie te verminderen. De verwijzing bevat dan de gegevens over de vaststelling van de genderdysforie en de geestelijke gezondheid, de wenselijkheid van lichamelijke interventies (zoals hierna

aangegeven), de ervaring van de ggz-er, alle informatie over de gezondheid van de jongere en de gewenste behandelingen.

5. Psycho-educatie en pleitbezorging voor het betreffende genderkind en zijn gezin aan de directe omgeving (creches, speelzalen, scholen, buitenschoolse opvang, jeugdgroepen/clubs, vakantiekampen en andere organisaties). Dit is extra belangrijk, omdat kinderen en adolescenten die zich niet conformeren aan de sociaal voorgeschreven gendergedrags-normen geplaagd en lastig gevallen kunnen worden (Grossman, d'Augelli, & Salter, 2006; Grossman, d'Augelli, Howell & Hubbard, 2006; Sausa, 2005). Daarmee lopen ze risico op sociale uitsluiting, depressie en andere negatieve gevolgen (Nuttbrock et al., 2010).
6. Kinderen, jongeren en gezinnen voorzien van informatie over en verwijzingen naar lotgenotengroepen met genderconforme problematiek, of naar oudergespreks- en ondersteuningsgroepen (Gold & MacNish, 2011; Pleak, 1999; Rosenber, 2002).

Onderzoek en psychosociale interventies voor kinderen en adolescenten worden vaak aangeboden binnen een speciaal multidisciplinair genderteam. Als zo'n multidisciplinaire voorziening niet aanwezig is, dient de ggz-er een kinderendocrinoloog te raadplegen en daarmee afspraken te maken voor aanvullend onderzoek, voorlichting en psycho-educatie en betrokkenheid bij de beslissingen over lichamelijke ingrepen.

Psychologisch onderzoek van kinderen en adolescenten

Bij het onderzoek van genderkinderen die zich aanmelden, dient de ggz-er zich globaal te conformeren aan de volgende richtlijnen:

1. De ggz-ers onthouden zich van negatieve uitlatingen ten opzichte van niet-doorsnee genderidentiteiten of aanwijzingen van genderdysforie. Veeleer drukken ze erkenning uit voor de zorgen van kind, adolescent en hun gezin; ze bieden onderzoek aan van de genderdysforie en ernaast –gelegen gebieden; ze geven voorlichting aan de cliënten en hun gezinnen over behandelmogelijkheden, indien al gewenst. Acceptatie van het gegeven en verlichting van de eenzaamheid rond het geheim kunnen al aanzienlijke opluchting teweeg brengen bij kind, adolescent en gezin.
2. Onderzoek van genderdysforie en geestelijke gezondheid moet de aard en kenmerken van de genderidentiteit van kind of adolescent verkennen. Een psychologisch en psychiatrisch onderzoek hoort daarbij, waarin emotioneel functioneren, relaties met leeftijdgenoten en andere sociale contacten, verstandelijk functioneren en schoolprestaties bepaald worden. Ook sterkte-zwakte-analyse van het gezinsfunctioneren hoort er bij. Gedrags- en emotionele problemen komen vrij veel voor. Er kunnen ook onopgeloste thema's in de omgeving van kind en adolescent spelen (De Vries, Dorelijers, Steensma & Cohen-kettenis, 2011; Di Ceglie & Thümmel, 2006; Wallien et al., 2007).
3. Voor adolescenten dient de onderzoeksfase ook gebruikt te worden om jongeren en hun gezin voor te lichten over de mogelijkheden en beperkingen van de verschillende behandelopties. Dit is belangrijk om op voorlichting gebaseerde instemming (informed consent) te verkrijgen, maar is ook belangrijk in het onderzoek zelf. De manier waarop adolescenten reageren op realistische voorlichting over genderbevestigende behandelingen kan belangrijke informatie opleveren. Correcte,

realistische informatie kan het verlangen van de jongere naar bepaalde behandelingen beïnvloeden, als dat verlangen gebaseerd was op onrealistische verwachtingen omtrent de mogelijkheden.

Psychologische en sociale behandelingen voor kinderen en adolescenten

Bij de begeleiding en behandeling van kinderen en adolescenten met genderdysforie worden ggz-ers geacht zich te houden aan de volgende richtlijnen:

1. Ggz-ers helpen gezinnen bij het verkrijgen van een accepterende en stimulerende houding ten opzichte van hun kind met genderdysforie. Gezinnen spelen een belangrijke rol in gezondheid en welzijn van jongeren (Brill & Pepper, 2008); Lev, 2004). Dit geldt ook voor leeftijdgenoten en belangrijke volwassenen in de directe omgeving, die ook een bron van sociale steun kunnen zijn.
2. Psychotherapie moet zich richten op de vermindering van het lijden van kind of adolescent dat voortkomt uit de genderdysforie en op verbetering van elk ander psychosociaal knelpunt. Voor jongeren die genderbevestigende behandeling nastreven, kan de psychotherapie hen de noodzakelijke steun en aanmoediging geven gedurende en na de geslachtsaanpassing. Strikt genomen zijn vergelijkingen van vormen van psychotherapie niet gepubliceerd, maar er zijn wel verschillende benaderingen beschreven (Cohen-Kettenis, 2006; De Vries, Cohen-Kettenis & Delamarre-van de Waal, 2006; Di Ceglie & Thümmel, 2006; Hill, Menvielle, Sica & Johnson, 2010; Malapass, in druk; Menvielle & Tuerk, 2002; Rosenberg, 2002; Vanderburgh, 2009; Zucker, 2006).
Behandeling gericht op het veranderen van iemands genderidentiteit en genderexpressie in de richting van de bij de geboorte toegekende sekse is in het verleden geprobeerd. Zonder succes (Gelder & Marks, 1969; Greenson 1964), zeker op de langere termijn (Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965). Deze behandelingen worden niet meer als ethisch verantwoord beschouwd.
3. Gezinnen horen aangemoedigd te worden om om te gaan met de onzekerheid en angst, over wat er van hun kind gaat worden, en de jongere te helpen met een ontwikkelen van een positief zelfbeeld.
4. Ggz-ers vermijden de binaire kijk op gender: ze proberen een ruimere kijk te geven dan dat er alleen mannen en vrouwen zijn. Ze doen er goed aan hun cliënten de ruimte te geven om verschillende vormen van genderexpressie uit te proberen en niet alleen te koersen op hormoonbehandeling of operaties. Die zijn goed voor sommige adolescenten, maar niet voor alle.
5. Cliënten en hun gezinnen worden aangezet tot het nemen van de beslissingen over de mate waarin de cliënt de genderrol mag tonen die bij zijn/haar genderidentiteit lijkt te passen, het tijdpad waarop stappen plaatsvinden en de mogelijke transitie in de bredere sociale context. Om een voorbeeld te noemen: een cliënt kan naar school gaan in een gedeeltelijke transitie, met kleding en haarstijl passend bij de genderidentiteit, maar ook volledig, met nieuwe naam en aanspreekvorm (hij of zij)

erbij. Moeilijke punten blijven hoe en wanneer anderen in de omgeving van de cliënt worden ingelicht, omdat niet te voorspellen is hoe anderen gaan reageren.

6. Cliënten en hun gezinnen behoeven ondersteuning van de ggz-er in hun nieuwe rol als voorlichters en pleitbezorgers in hun contacten met leerkrachten, schoolleiders, schoolbesturen en gerechtelijke instanties.
7. De ggz-er streeft ernaar een therapeutisch contact aan te houden met kind of adolescent en het gezin gedurende alle sociale en lichamelijke veranderingen in het proces. Om ervan verzekerd te zijn dat besluiten over genderexpressie en de behandeling van de genderdysforie steeds weloverwogen worden genomen. Dit geldt ook voor het kind en de adolescent die al sociaal in transitie is gegaan vóórdat hij/zij gezien is door een ggz-er.

Sociale transitie in de vroege jeugd

Er zijn kinderen die, lang vóór de puberteit, erop staan een sociale overgang naar een andere genderrol te maken. Bij sommigen is dat een uitdrukking van hun genderidentiteit. Bij anderen spelen er andere krachten. Er is een variatie in de mate waarin gezinnen hun jonge kinderen toestaan om een andere genderrol te laten zien. Er zijn gezinnen waar vroege sociale transities succesvol zijn verlopen. Dit onderwerp is vol controverses waarover professionals uiteenlopende meningen hebben. Tot nu toe is er onvoldoende duidelijk te voorspellen wat de langetermijn-gevolgen zijn van een genderrolwisseling op jonge leeftijd. Onderzoek dat gedaan moet gaan worden met deze kinderen zal de toekomstige aanbevelingen sterk beïnvloeden.

De ggz-er kan de gezinnen helpen besluiten te nemen over de tijdstippen en de wijze van genderrolwisseling bij hun jonge kind. Zij zouden de informatie moeten verschaffen waarmee ouders de voor- en nadelen van de besluiten kunnen afwegen. Van belang zijn hier de lage cijfers over blijvendheid van genderdysforie in de jeugd (Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Een verandering terug naar het oorspronkelijk toegewezen gender kan veel spanning teweeg brengen en er zelfs toe leiden dat het kind zo'n tweede sociale transitie niet meer aandurft (Steensma & Cohen-Kettenis, 2011). Dit zijn redenen voor ouders om de rolverandering naar het kind te benoemen als een verkenning van de andere genderrol en niet als een onomkeerbare situatie. De ggz-er kan ouders bijstaan in het bedenken en bekijken van mogelijke tussenoplossingen en compromissen (bijv: alleen tijdens vakanties). Belangrijk is dat ouders hun kind uitdrukkelijk laten weten dat er altijd een weg terug is.

Wat de besluiten van een gezin ook zijn m.b.t. transitie (mate waarin, timing), de ggz-er blijft adviseren en ondersteunen bij de mogelijkheden en de knelpunten ervan. Als ouders besluiten hun jonge kind geen transitie toe te staan, kunnen zij steun nodig hebben om toch op een voldoende gevoelige en pedagogische manier aan de behoeften van het kind tegemoet te komen. Zodat het kind voldoende ruimte houdt gendergevoelens en gendergedrag in een veilige omgeving te blijven verkennen. Als ouders wel een rolwisseling toestaan, kunnen ze steun gebruiken om er voor het kind een positieve ervaring van te maken. Bijvoorbeeld kunnen ze ondersteuning gebruiken bij het gebruik van de juiste naam en aanspreekvorm voor hun kind, om een veilige en steunende omgeving voor hun kind-in-

transitie te verzekeren (op school en bij leeftijdgenoten) en in het contact met andere belangrijke mensen in het kinderleven.

Bij nadering van de puberteit is in elk geval nader onderzoek nodig, omdat dan besluiten voor lichamelijke interventies belangrijk worden.

Lichamelijke behandelingen bij adolescenten

Voordat ook maar enige lichamelijke behandeling bij adolescenten wordt overwogen, is, zoals al eerder aangegeven, uitgebreid psychologisch, gezins- en sociaal onderzoek gewenst. De duur van dit onderzoeksproces kan behoorlijk variëren, afhankelijk van de complexiteit van de situatie.

Ingrijpen op lichamen gebied moet worden afgezet tegen de puberteitsontwikkeling. Meningingen over identiteit kunnen bij adolescenten goedgeworteld en sterk uitgedrukt lijken en toch een valse indruk geven dat het voor hen vaststaat. Een adolescent die opschuift naar genderconforme rol en identiteit kan dit in de eerste plaats doen om zorgen bij de ouders weg te nemen en tegemoet te komen aan hun verwachtingen. Het hoeft geen blijvende verandering in de genderdysforie te weerspiegelen (Hembree et al., 2009; Steensma et al., online publicatie, januari 2011).

Lichamelijke ingrepen vallen voor adolescenten uiteen in drie categorieën of stadia (Hembree et al., 2009):

1. Volledig omkeerbare maatregelen. Het gebruik van GnRH-analogen om de productie van oestrogeen en testosteron te onderdrukken en daarmee de lichamelijke veranderingen van de geslachtsrijping uit te stellen. Alternatieven zijn het gebruik van progestagenen (ook wel progestativa genoemd, meest gebruikt is medroxyprogesteron). Of andere medicamenten zoals spironolacton. Die verminderen de effecten van de androgenen (de hormonen die door de testikels worden afgescheiden). Dit bij adolescenten die geen GnRH-analogen ontvangen. Continu gebruik van orale anticonceptiemiddelen ('de pil' of het inbrengen van een depot met medroxyprogesteron, 'prikpil') kan gebruikt worden om de menstruatie te onderdrukken.
2. Gedeeltelijk omkeerbare maatregelen. Hier gaat het om hormoonbehandeling om het lichaam mannelijker of vrouwelijker te maken. Sommige veranderingen door hormonen vragen reconstructie-operaties om de effecten terug te draaien. Zoals de borstontwikkeling door oestrogenen (gynaecomastie). Andere zijn niet omkeerbaar, zoals de verzwaring van de stem door testosteron.
3. Onomkeerbare maatregelen. Dit zijn de operatieve ingrepen.

Een gefaseerd proces wordt aanbevolen, om zolang mogelijk, gedurende de eerste stadia, terugkeermogelijkheden open te houden. Het ingaan van een volgend stadium zou pas moeten gebeuren als de adolescent en de ouders voldoende tijd hebben gehad om zich aan de effecten van de eerdere stappen aan te passen.

Volledig omkeerbare maatregelen

Adolescenten kunnen in aanmerking komen voor puberteitremmende hormonen zodra de lichamelijke puberteitsveranderingen beginnen. Om adolescenten en ouders een 'informed consent' (instemming na voorlichting) te laten geven over puberteitremming wordt aanbevolen dat de adolescent de rijping 'aan den lijve ondervindt' tot in elk geval Tannerstadium 2. Sommige kinderen bereiken dit stadium al erg jong (bijv. met 9 jaar). Onderzoeken die deze benadering bekeken hebben, zijn alleen gegaan over kinderen die op zijn minst 12 jaar oud waren (Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, De Vries, & Delamarre-van de Waal, 2011; De Vries, Steensma et al., 2010; Delamarre-van de Waal, van Weissenbruch & Cohen-Kettenis, 2004; Delamarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006).

Twee doelen rechtvaardigen de puberteitremming door hormonen:

1. Puberteitremming geeft de adolescenten meer tijd om hun gender-nietconform-zijn en andere thema's van hun ontwikkeling te onderzoeken.
2. De remmende hormonen vergemakkelijken een latere transitie of genderrolwisseling, omdat niet- of moeilijk terug te draaien geslachtskenmerken zich niet ontwikkelen en dus later niet in de weg zitten.

Puberteitremming kan enkele jaren worden volgehouden, zodat dan een beslissing genomen kan worden om de hele hormoonbehandeling te staken of over te gaan naar de fase van mannelijke of vrouwelijke hormonen. Puberteitremming leidt dus niet onvermijdelijk tot sociale transitie of geslachtsaanpassing.

Criteria voor gebruik van puberteitremmende hormonen

Om in aanmerking te komen voor het gebruik van puberteitremmende hormonen moet aan de volgende punten worden voldaan:

1. De adolescent heeft een langdurig en intens patroon van gender-nietconform gedrag of genderdysforie (openlijk, heimelijk of onderdrukt) laten zien.
2. De genderdysforie kwam naar voren of verergerde bij de start van de puberteit.
3. Aan psychologische, medische of sociale problemen die de behandeling zouden kunnen verstoren (zoals bijvoorbeeld de therapietrouw) is aandacht besteed, zodat de situatie en het functioneren van de adolescent stabiel genoeg is om de behandeling te starten.
4. De adolescent heeft ingestemd met de behandeling (informed consent) en als de adolescent nog niet de leeftijd voor een informed consent heeft bereikt, hebben de ouders of andere verzorgers of voogden ingestemd met de behandeling en zijn zij betrokken bij de steun aan de adolescent gedurende het behandelproces.

Schema's, volproces en risico's van puberteitremming

Puberteitremming bij adolescenten met mannelijke genitalia dient te gebeuren met GnRH-analogue middelen die de hormoonafscheiding van luteïniserend hormoon stoppen en daarmee ook de testosteronproductie. Als alternatief kan ook behandeld worden met progestagenen (zoals medroxyprogesteron) of met andere middelen die de testosteronafscheiding blokkeren en/of de invloed van testosteron neutraliseren. Adolescenten met vrouwelijke genitalia dienen behandeld te worden met GnRH-analogen die de productie van oestrogeen en progesteron stoppen. Als alternatief kan behandeld worden met progestagenen (zoals medroxyprogesteron). Continu slikken van orale

anticonceptiemiddelen (de pil) of toedienen van een depot medroxyprogesteron (prikpil) kan worden gebruikt om de menstruatie te onderdrukken.

Bij beide groepen adolescenten krijgt het gebruik van GnRH-analoga middelen de voorkeur (Hembree et al., 2009), maar de hoge kosten kunnen voor sommige patiënten een belemmering zijn.

Vroege inzet van puberteitremming kan negatieve sociale en emotionele gevolgen van genderdysforie effectiever afwenden dan als het later gebeurt. Bij toepassing in de vroege adolescentie wordt bij voorkeur een kinder-endocrinoloog ingeschakeld. Adolescenten met mannelijke genitalia die vroeg aan de GnRH-behandeling beginnen, horen te weten dat het resultaat kan zijn dat ze te weinig penisweefsel hebben voor (eventuele) vaginoplastiek-operaties waarbij de penishuid binnenstebuiten wordt gekeerd. Alternatieve mogelijkheden zoals het gebruik van huid van een ander lichaamsdeel of van weefsel van de dikke darm zijn wel voorhanden.

Noch puberteitremming, noch het laten komen van de puberteit zijn zonder consequenties. Aan de ene kant kan het functioneren later in het leven belast worden door onomkeerbare ongewenste secundaire geslachtskenmerken en door jaren van intense genderdysforie met alle leed van dien. Aan de andere kant zijn er de zorgen over de ongewenste negatieve bijeffecten van GnRH-gebruik, bijvoorbeeld op de botontwikkeling en de lengtegroei. Hoewel de eerste resultaten van de keuze voor puberteitremming (na het volgen van adolescenten over een periode van 10 jaar) veelbelovend zijn (Cohen-Kettenis et al., 2011; Delamarre- van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006), kunnen de langetermijn-effecten toch pas bepaald worden als de eerste groep, die met puberteitsremmers is behandeld een bepaalde leeftijd heeft bereikt.

Gedeeltelijk omkeerbare maatregelen

Adolescenten kunnen in aanmerking komen voor vrouwelijke of mannelijke hormoonbehandeling, bij voorkeur als de ouders hebben ingestemd. In veel landen zijn 16-jarigen volwassen voor de wet inzake medische beslissingen en hebben geen ouderlijke instemming meer nodig. Ideaal gezien worden beslissingen genomen door adolescent, gezin (vanwege de steunfunctie) en behandelteam.

Het medicatiebeleid voor genderdysforie adolescenten verschilt in belangrijke opzichten van dat voor volwassenen. De hormoontoepassing voor jeugdigen is aangepast aan de lichamelijke, emotionele en geestelijke ontwikkeling die gedurende de adolescentie plaatsvindt (Hembree et al., 2009).

Operatieve ingrepen aan de geslachtsorganen dienen niet plaats te vinden voordat:

1. de patiënt de wettelijke meerderjarigheid in het betreffende land heeft bereikt om in te stemmen met medische procedures; en
2. de patiënt minstens 12 maanden achtereenvolgend geleefd heeft in de nieuwe genderrol. Het bereiken van de wettelijke volwassenheid moet beschouwd worden als een minimummaatstaf. Het bereiken van een bepaalde leeftijd betekent niet automatisch toestemming voor de operatieve behandeling.

Operaties aan de borsten bij transmannen kunnen eerder worden uitgevoerd, bij voorkeur na voldoende tijd in de gewenste genderrol geleefd te hebben en na één jaar behandeling met testosteron. De bedoeling hiervan is toch de adolescent voldoende gelegenheid te geven voor sociale aanpassing in een meer mannelijke rol, voordat er onomkeerbare operaties plaatsvinden. Maar er blijven meerdere mogelijkheden, afhankelijk van de specifieke situatie van en de wijze waarop de adolescent de genderidentiteit wil vorm geven.

Risico's bij onthouding van medische behandeling bij adolescenten

Wanneer medische behandelingen bij adolescenten niet worden toegestaan, duurt de genderdysforie langer en draagt de weigering ook bij aan een uiterlijke verschijning die stigmatisering, krenking en mishandeling uitlokt. Er is een sterk verband tussen de mate van gendergerelateerd mishandeling, misbruik en krenking en psychiatrisch lijden gedurende de adolescentie (Nuttbrock et al., 2010). Daardoor is nalaten van puberteitremming en daaropvolgende hormoonbehandeling ter vervrouwelijking of vermannelijking een besluit dat niet zonder schade voor de adolescent genomen kan worden.

Hoofdstuk VII Geestelijke gezondheid

Transseksuele, transgender en gender-nietconforme mensen zoeken hulp bij de GGZ om meerdere redenen. Wat de reden tot aanmelding ook mag zijn, de ggz-ers horen vertrouwd te zijn met gender-nietconformiteit, moeten zich in hun handelen kunnen aanpassen aan deze cultuur en met gepaste gevoeligheid zorg verlenen.

Dit hoofdstuk van de Wpath-Zorgstandaard gaat over de rol van de GGZ-professional in de zorg voor mensen met genderdysforie en aanverwante problemen die hulp zoeken. Gaat het over kinderen, adolescenten en hun gezinnen, dan dient hoofdstuk VI geraadpleegd te worden.

Vaardigheden die men mag verwachten bij ggz-ers bij volwassenen met genderdysforie

De opleidingseisen voor ggz-ers om met genderdysfore volwassenen te werken, bestaat in de basis uit opleiding in onderzoek, diagnose en behandeling van problemen in de geestelijke gezondheid. Dat kan dus zijn: psychologie, psychiatrie, maatschappelijk werk, sociaal-psychiatrische verpleegkunde, relatie-, systeem- en gezinstherapie, verpleegkunde en huisartsgeneeskunde met bijscholing in gedragswetenschappen en counseling.

Minimumvereisten zijn:

1. Een masters degree of vergelijkbaar in klinische gedragswetenschappen. De mastersgraad en mogelijk hogere graad moet zijn toegekend door een instituut dat door de nationale of regionale overheid daarvoor erkend is. De medewerker moet dit kunnen aantonen.
2. Vaardigheid in het gebruik van het *Diagnostic Manual of Mental Disorders (DSM)* en/of de *International Classification of Diseases* ten behoeve van diagnoses.
3. Vaardigheden om genderdysforie te onderscheiden van problemen in de geestelijke gezondheid die vaak naast en met elkaar bestaan.
4. Aantoonbare opleiding en vaardigheden in psychotherapie en begeleiding, onder supervisie opgedaan.
5. Kennis van verschillende genderidentiteiten en genderexpressies, gender-nietconform gedrag en het onderzoek en de behandeling van genderdysforie.
6. Permanente bijscholing in onderzoek en behandeling van genderdysforie. Dit omvat ook bezoek aan professionele bijeenkomsten, workshops of seminars; zoeken van supervisie van collega's met relevante ervaring; of deelname aan wetenschappelijk onderzoek op gebied van gender-nietconforme verschijnselen en genderdysforie.

Naast deze minimumvereisten is het aanbevolen om zich bij te scholen. Dit kan betekenen op de hoogte blijven van de positie van transgenders in de samenleving, de stand van de belangenbehartiging en de beleidsthema's (ziektelkostenverzekering) die voor deze cliënten en hun gezinnen een rol spelen. Daarnaast wordt kennis van seksualiteit, thema's in de sexuologie en onderzoek en behandeling van seksuele stoornissen aanbevolen.

Medewerkers die weinig ervaring hebben op transgendergebied, met welke opleiding en ervaring dan ook, wordt geadviseerd te werken onder supervisie van een professional met ervaring in genderdysforie.

Taken voor ggz-ers werkend met volwassenen die zich melden met genderdysforie

Ggz-ers kunnen op veel manieren de transseksuele, transgender en gender-nietconforme personen ondersteunen, e.e.a. afhankelijk van de behoeften van de cliënt. Ze kunnen fungeren als psychotherapeut, begeleider, gezinstherapeut, of als onderzoeker/diagnosticus, belangenbehartiger of voorlichter. Zij moeten onderzoeken wat de beweegredenen zijn van de cliënt om professionele hulp te zoeken. Een cliënt zou zich bijvoorbeeld kunnen aanmelden voor een combinatie van het volgende: psychotherapeutische hulp bij het verkennen van de genderidentiteit en genderexpressie, om het proces van uit de kast komen te vergemakkelijken, dan wel voor verwijzing voor hormoonbehandeling, psychologische bijstand voor partner, kinderen en familie in bredere zin. Maar ook voor psychotherapie buiten de transgenderproblematiek om of voor andere professionele dienstverlening.

Taken verwant aan onderzoek en verwijzing

1. Onderzoeken en vaststellen van genderdysforie

De ggz-er onderzoekt de genderdysforie bij de cliënt tezamen met zijn/haar psychosociale situatie (Bockting et al., 2006; Lev, 2004, 2009). Dit onderzoek omvat minimaal de vaststelling van de genderidentiteit en genderdysforie, geschiedenis en ontwikkeling van de dysfore gevoelens, de invloed van eraan verbonden stigmatisering op de geestelijke gezondheid, beschikbaarheid van een steunend netwerk van familie, vrienden en lotgenoten. Bij het laatste of deze contacten persoonlijk of online zijn, met individuen of groepen lotgenoten. De conclusie van het onderzoek kan zijn: geen diagnose, of de formele diagnose genderdysforie, eventuele nevendiagnose die aspecten van cliënts gezondheid en psychosociale aanpassing betreffen, of alleen andere diagnoses. Tot de taak van de professional behoort ook een inschatting maken van de kans dat de genderdysforie secundair is aan, of toegeschreven kan worden aan een andere diagnose.

Ggz-ers met de hierboven beschreven vaardigheden (hierna te noemen 'gekwaliceerde ggz-ers') zijn het best toegerust om deze onderzoeken te doen. Het onderzoek kan echter ook worden uitgevoerd door personen die anders zijn opgeleid in de gezondheidszorg en gedragswetenschappen, maar vaardig genoeg in het onderzoek naar genderdysforie. Dit geldt temeer als deze personen werken binnen multidisciplinaire teams die ook toegang verschaffen tot hormoontherapie, zgn. genderteams.

2. Voorlichting verschaffen over de meerdere vormen van genderidentiteit en genderexpressie en de medische mogelijkheden

Een belangrijke taak van de ggz-er is cliënten voorlichten over de diversiteit van genderidentiteiten en manieren om dat tot uitdrukking te brengen, naast de verschillende mogelijkheden om de genderdysforie te verminderen. Zij kunnen dat zelf doen of verwijzen naar ander. Doel zal moeten zijn dat de cliënt een genderrol en genderexpressie vindt die goed bij hem of haar past; en dat hij of zij goed geïnformeerd en voorbereid wordt op beslissingen over medische behandelingen als die nodig blijken. Dit kan verwijzing betekenen naar individuele of gezins- of groepstherapie en/of verwijzing naar lotgenoten- en zelfhulpgroepen. Met de cliënt worden de bijkomende omstandigheden van veranderingen in genderrol en medische stappen op de korte en langere termijn besproken.

Die bijkomende omstandigheden kunnen van sociale, seksuele en psychologische aard zijn, maar ook betrekking hebben op beroep, wettelijke en juridische zaken en financiën (Boccking et al., 2006; Lev, 2004).

Gekwalificeerde ggz-ers zijn het best toegerust om deze processen te begeleiden. De taak kan echter ook worden uitgevoerd door personen die anderszins zijn opgeleid in de gezondheidszorg en gedragswetenschappen en vaardig genoeg zijn in de transgendermaterie en bekend zijn met de medische mogelijkheden bij genderdysforie, met name wanneer wordt gewerkt als onderdeel van een multidisciplinair team dat de toegang tot hormoonbehandeling verzorgt.

3. Onderzoek, diagnose en bespreking van de behandelmogelijkheden voor eveneens bestaande psychische gezondheidsproblemen

Cliënten met genderdysforie kunnen te kampen hebben met meerdere problemen op gebied van geestelijke gezondheid (Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godás & Valdes, 2009; Murad et al., 2010). Die kunnen wel, maar ook niet verband houden met de vaak lange geschiedenis van genderdysforie en chronische minderheidsstress. Mogelijke problemen zijn: angst, depressie, zelfbeschadiging (automutilatie), een verleden met misbruik en verwaarlozing, dwangstoornissen, problemen met de seksualiteit, persoonlijkheidsstoornissen, psychotische stoornissen, eetstoornissen en afwijkingen in het autistisch spectrum (Boccking et al., 2006; Nuttbrock et al., 2010; Robinow, 2009). De ggz-er moet screenen op deze en andere problematiek en de gevonden problemen een plaats geven in het totaalplan voor behandeling. Deze bijkomende problemen kunnen bronnen van behoorlijk lijden zijn en kunnen, als er niets aan wordt gedaan, het proces van verkenning van genderidentiteit en oplossing van de lijdensdruk van de genderdysforie bemoeilijken (Boccking et al., 2006; Fraser, 2009a; Lev, 2009). Aandacht besteden aan deze zaken kan een grote hulp zijn bij omgaan met de genderdysforie en veranderingen in genderrol. Dan komen gefundeerde beslissingen omtrent medische stappen en verbeteringen in de kwaliteit van leven in zicht.

Sommige cliënten hebben baat bij gedragsbeïnvloedende medicatie (psychofarmaca) om symptomen te verlichten of problemen te behandelen. De professional zal dat moeten onderkennen en die medicatie verstrekken of moeten doorverwijzen naar een bevoegde collega. De aanwezigheid van bijkomende psychische problemen sluiten verandering van genderrol of toegang tot mannelijke of vrouwelijke hormonen of operaties niet uit. Eerder is het zo dat met deze problemen vóór of tijdens de behandeling van de genderdysforie afgerekend moet worden. Daarnaast moet duidelijk zijn of de cliënt voldoende is toegerust en voorgelicht om 'informed consent' met de medische behandelingen te geven.

Gekwalificerende ggz'ers zijn speciaal getraind op onderzoek en behandeling van psychische problemen die naast de genderproblematiek bestaan. Andere gezondheidswerkers kunnen deze screening ook uitvoeren en vragen om een allesomvattende eindbeoordeling door een gekwalificeerde behandelaar. Dit is vooral dan gemakkelijk als ze functioneren binnen de speciale genderteams. Maar speciale training blijft gewenst.

4. Bepaling van geschiktheid, voorbereiding en verwijzing voor hormoontherapie

De Wpath-Zorgstandaard voorziet in richtlijnen voor de beslissing tot gebruik van mannekijke of vrouwelijke hormonen (wordt nader behandeld in hoofdstuk VIII en bijlage C). De ggz-er kan de cliënten die voor de hormoonbehandeling staan ondersteunen bij de voorbereiding. Zodat ze:

- de beslissing volledig geïnformeerd en met realistische verwachtingen nemen;
- er klaar voor zijn de behandeling te ondergaan, volgens het behandelplan
- gezin, familie en omgeving hebben voorbereid;
- in praktische zin, medisch zijn onderzocht op contra-indicaties voor de hormonen;
- de gevolgen kunnen overzien op sociaal gebied en voor de eigen psychische gesteldheid.

Als cliënten de leeftijd hebben voor het krijgen van kinderen, moeten de opties daarvoor besproken zijn voordat de hormoontherapie start (zie hoofdstuk IX).

Belangrijk is te beseffen dat het besluit tot hormoongebruik eerst en vooral een besluit van de cliënt zelf is, zoals alle besluiten over gezondheid. Ggz-ers hebben wel een verantwoordelijkheid om de cliënten bij te staan, zodat ze volledig geïnformeerd en volledig voorbereid zijn. Het best zal dit kunnen als er sprake is van een goed functionerende werkrelatie met de cliënt en de ggz-er goede informatie over de cliënt heeft. Cliënten horen vlotte en aandachtige beoordeling te krijgen, om de genderdysforie te verzachten en hen van passende medische diensten te voorzien.

Verwijzing voor hormoontherapie

Mensen kunnen altijd een specialist benaderen om mannelijke of vrouwelijke hormoonbehandelingen te krijgen. Maar de transgender-gezondheidszorg is een multidisciplinair gebied en coördinatie in deze zorg d.m.v. verwijzing naar een genderteam wordt aanbevolen.

Hormoonbehandeling kan gestart worden met een verwijzing door een gekwalificeerde ggz-er of door iemand die opgeleid is in de gezondheidszorg en gedragswetenschappen en vaardig is in de vaststelling van genderdysforie. Ook deze kan de patiënt geschikt bevinden, hem voorbereiden en doorverwijzen voor hormoonbehandeling. Vooral als er geen bijkomende psychische problemen zijn en deze persoon ook werkt binnen een multidisciplinair team.

De verwijzer verschaft documentatie, in patiëntendossier of verwijsbrief, over persoonlijke en behandelgeschiedenis van de patiënt, voortgang en geschiktheid. De verwijzer die hormoontherapie aanbeveelt deelt de ethische en wettelijke verantwoordelijkheid voor de beslissing met de arts die de hormonen aan de patiënt voorschrijft.

De aanbevolen inhoud van de verwijsbrief omvat:

1. personalia van de cliënt;
2. resultaten van het psychosociaal onderzoek, inclusief diagnoses waaronder genderdysforie.
3. duur van het behandelcontact van ggz-er met de cliënt , tezamen met de stand van de begeleiding of psychotherapie op dat moment;

4. verklaring over de criteria voor hormoontherapie waaraan de cliënt beantwoordt en een korte beschrijving van de redenen om cliënts verzoek te ondersteunen;
5. verklaring dat informed consent is verkregen;
6. verklaring dat de ggz-er bereid is tot coördinatie van de zorg en wacht op telefonisch contact om dat in gang te zetten.

Als de doorverwijzer werkt in een genderteam is de documentatie in het patiëntendossier voldoende en is een aparte brief niet noodzakelijk.

5. Bepaling van geschiktheid, voorbereiding en verwijzing voor operaties

De Wpath-Zorgstandaard geeft criteria voor genitale operaties en operaties aan borsten en borst (Hoofdstuk IX en bijlage C). De ggz-er kan de cliënt op dezelfde wijze bijstaan als vermeld bij punt 4. Instemming met de toegekende chirurg en nazorg zijn geregeld. Ook moeten de consequenties voor ouderschap aan de orde zijn geweest.

De Wpath-Zorgstandaard heeft geen criteria voor andere chirurgische behandelingen zoals operaties om het gezicht een mannelijker of vrouwelijker aanzien te geven. Toch kan de ggz-er een belangrijke rol spelen voor de cliënt om weloverwogen beslissingen te nemen over de verschillende aspecten van deze stappen in het totale transitieproces.

Belangrijk is te beseffen dat het besluit tot operatie eerst en vooral een besluit van de cliënt zelf is, zoals alle besluiten over gezondheid. Ggz-ers hebben wel een verantwoordelijkheid om de cliënten bij te staan zodat ze volledig geïnformeerd en volledig voorbereid zijn. Het best zal dit kunnen als er sprake is van een goed functionerende werkrelatie met de cliënt en de ggz-er goede informatie over de cliënt heeft. Cliënten horen vlotte en aandachtige beoordeling te krijgen, om de genderdysforie te verzachten en hen van passende medische diensten te voorzien.

Verwijzing voor operatie

De voorbereidingen voor chirurgische behandelingen voor genderdysforie kunnen beginnen na verwijzing door een gekwalificeerd ggz-er. Deze zorgt voor documentatie via het dossier of een verwijsbrief, van de persoonlijke en behandelgeschiedenis van de patiënt, de voortgang en geschiktheid. De ggz-er deelt de ethische en wettelijke verantwoordelijkheid voor de beslissingen met de chirurg.

- Eén verwijzing is nodig voor borstoperatie. Dit betreft borstverwijdering (mastectomy), borstreconstructie of borstvergroting (augmentatie c.q. mammoplastiek)
- Twee verwijzingen van ggz-medewerkers, die onafhankelijk van elkaar de patient beoordelen, zijn nodig voor genitale operaties. Onder genitale operaties worden verstaan:
 - baarmoederverwijdering (hysterectomie) en verwijdering van eierstokken en eileiders (ovariectomie en salpingectomie);
 - testikelverwijdering (orchidectomy);
 - genitale reconstructie (vorming van een clitoris en vagina of vorming van een penis met plasbuis).

Als de eerste verwijzing is van de psychotherapeut of begeleider van de patiënt, moet de tweede verwijzing komen van iemand die alleen een beoordelende rol t.o.v. de patiënt heeft.

Beide verwijzingen moeten de volgende punten bevatten:

1. personalia van de patiënt;
2. resultaten van het psychosociale onderzoek en de diagnose(s);
3. duur van het behandelcontact van de ggz-er met de cliënt en de stand van de begeleiding of psychotherapie op dat tijdstip;
4. verklaring omtrent de criteria waar de patiënt aan tegemoet komt en een korte beschrijving van de redenen waarom het verzoek van de patiënt voor operatie wordt ondersteund;
5. verklaring dat informed consent is verkregen;
6. toezegging dat de ggz-er beschikbaar is voor de coördinatie van de zorg en op afroep beschikbaar is.

In plaats van een verwijsbrief kan binnen een genderteam het dossier volstaan.

Relatie van de behandelaars onderling

Binnen de GGZ wordt ernaar gestreefd periodiek met collega's de voortgang van het werk te bespreken. Zo ook over genderdysforie, zowel met de eigen beroepsgroep binnen de GGZ, als met hiermee samenwerkende artsen en deskundigen op gebied van behandeling van genderdysforie. Het streven in de relatie tussen professionals is gericht op samenwerking; coördinatie en dialoog vindt plaats indien nodig. Een open en doorgaande communicatie is nodig, ook na de operaties met betrekking tot nazorg.

Psychotherapie

1. Psychotherapie is geen vereiste voor hormoonbehandeling en operatie.

Onderzoek en screening van de geestelijke gezondheid zijn dat wél. Psychotherapie is wel aanbevolen. Dat de Wpath-Zorgstandaard geen minimumaantal zittingen psychotherapie stelt, heeft meerdere redenen (Lev, 2009). Op de eerste plaats werkt een minimum-aantal ontmoedigend op een normaal, gezond proces van persoonlijke ontwikkeling en dat zal vaak het geval zijn. Op de tweede plaats kan de ggz-er tijdens het totale proces de cliënt ondersteunen. Niet alleen in voorbereiding op hormonen of operaties, maar ook nog daarna. Ten derde verschillen cliënten en psychotherapeuten in de manier en het tempo waarop ze bepaalde processen doorwerken en doelen bereiken.

2. Doelen van psychotherapie bij genderproblematiek

Het algemene doel van psychotherapie is om het welbevinden en de zelf-ontplooiing van een persoon te verbeteren. Psychotherapie is niet bedoeld om iemands genderidentiteit te veranderen. Het kan wel helpen om iemands genderzorgen te onderzoeken en wegen te zoeken om genderdysforie, indien aanwezig, te verlichten (Bockting et al., 2006; Bockting & Coleman, 2007; Fraser, 2009a; Lev, 2004). Het overkoepelend behandelgoal is dat transseksuele, transgender en gender-nietconforme personen op de lange termijn tevredenheid ervaren in hun genderidentiteit en genderexpressie. Met realistische kansen op succes in relaties, scholing en werk (Fraser, 2009c).

Therapie kan bestaan uit individuele therapie, (echt)paartherapie, gezins- of groepstherapie. Of combinaties. Bij groepstherapie kan aan lotgenotenondersteuning worden gedacht.

3. Psychotherapie als ondersteuning bij veranderen van genderrol.

Het vinden van een passende genderrol is vooral een psychosociaal proces. Psychotherapie kan daarbij van dienst zijn, door:

- de genderrollen te verhelderen en te verkennen;
- aandacht te besteden aan de invloed van stigmatisering en minderheidsstress op gezondheid en ontwikkeling;
- te ondersteunen bij coming out, veranderen van genderrol en daarbij passende medische behandelingen (Bockting & Coleman, 2007; Devor, 2004; Lev, 2004).

Een therapeut kan helpen bij de ontwikkeling van sociale vaardigheden en veerkracht bij cliënten en hun gezinnen om te laveren door een wereld die slecht is toegerust om met transseksuele, transgender- en gender-nietconforme mensen om te gaan en vaak weinig respect toont.

Psychotherapie kan helpen de angst en depressie (of andere problemen), die naast de genderdysforie zijn geconstateerd, aan te pakken en te verbeteren.

Voor cliënten die van plan zijn blijvend van genderrol te wisselen en de real-life-fase te starten, kan de therapeut of begeleidende ggz-er helpen met de ontwikkeling van gerichte individuele doelen met een tijdpad. Ieders ervaring met rolwisseling is anders, maar vaak zijn de sociale aspecten van de overgang zwaarder te hanteren dan de lichamelijke. Omdat wisseling van genderrol zoveel persoonlijke en sociale haken en ogen heeft, vraagt het besluit ook een helder bewustzijn van de uitdagingen die op het pad komen om te kunnen slagen: binnen de familie, in de bredere sociale kring, op school en opleiding, in de beroepsfeer, financieel-economisch en juridisch.

Veel transseksuelen, transgenders en gender-nietconforme mensen melden zich aan voor zorg, zonder ooit in de door hen verlangde genderidentiteit en genderrol met anderen in contact te zijn geweest, de confrontatie te zijn aangegaan of te zijn geaccepteerd. De ggz-er kan mee helpen de gevolgen te leren overzien van de veranderingen en het proces in realistische stappen in de tijd weg te zetten. Psychotherapie kan een ruimte scheppen, letterlijk en figuurlijk, om zichzelf in de gewenste identiteit uit te leren drukken, of gewoon de angsten te overwinnen over de rolwisseling. Ook kunnen gecalculeerde risico's worden genomen om buiten de therapie ervaring op te doen en zelfvertrouwen te krijgen. Bijstand bij de coming out in het gezin, bij vrienden en op het werk zijn mogelijk.

Er zijn ook transgenders die zich melden bij de zorg, maar al in meer of mindere mate (of zelfs zeer uitgebreid) ervaring hebben met de gewenste genderrol. Ook hier kan de therapeut of andere ggz-er van dienst zijn. Om het hele nog te volgen proces helder onder ogen te zien en de uitdagingen te leren kennen die bij doorgaan in de veranderingen, kunnen optreden en de beste aanpassingen te zoeken.

4. Gezinstherapie en gezinsbegeleiding

Besluiten over genderrolwisseling en medische behandeling voor genderdysforie hebben niet alleen gevolgen voor de cliënten (Emerson & Rosenfeld, 1996; Fraser, 2009a; Lev, 2004), maar evenzo voor hun gezin en familie. De therapie kan cliënten helpen doordachte

beslissingen over de communicatie, over feiten, gedachten, plannen, veranderingen en behandelingen te maken. Gezinstherapie kan bestaan uit het werken met echtgeno(o)t/partner, maar ook met kinderen en ander familieleden.

Cliënten kunnen ook vragen hoe om te gaan met de relatie en/of seksualiteit. Opnieuw bekijken van seksuele behoeftes en zorgen omtrent intimiteit kan nodig zijn.

In sommige gevallen is het mogelijk de gezinstherapie mee te nemen in de individuele therapie door dezelfde therapeut. Soms is het beter de hulp in te roepen van een therapeut die meer ervaren is in gezinsbegeleiding. Soms is lotgenotenondersteuning (persoonlijk, online of offline) voor partners en gezinsleden/kinderen een goede weg. Het is goed bij kinderen te letten op problemen met de transitie die ze niet melden uit loyaliteit met de betreffende ouder.

5. Nazorg gedurende het leven

Ggz-ers kunnen tijdens verschillende fasen in het leven werken met cliënten en gezinsleden (bijv. kinderen). Psychotherapie kan behulpzaam zijn op verschillende momenten en m.b.t. verschillende onderwerpen tijdens het leven.

6. E-therapie en online-begeleiding op afstand.

Online-therapie heeft zijn nut bewezen voor mensen die moeite hebben met een persoonlijk therapiecontact of die lijden onder isolement of stigma (Derrig, Palumbo & Zeine, 2005; Fenichel et al., 2004; Fraser, 2009b). Vanuit deze gedachte doordenkend kan het een nuttige instrument zijn voor transeksuelen, transgenders en gender-nietconforme mensen. Het biedt mogelijkheden voor vergrote, verbeterde, creatieve en meer op maat gesneden dienstverlening. Er kunnen echter ook onverwachte risico's opduiken. Er zijn richtlijnen voor telegeneeskunde voor diverse disciplines in de delen van de VS (Fraser 2009b; Maheu, Pulier, Wilhelm, McMenamin & Brown-Connolly, 2005), maar niet in alle. Internationaal is de situatie nog onduidelijk (Maheu et al., 2005). Totdat heldere gegevens over het nut voorhanden zijn, is behoedzaamheid in gebruik op zijn plaats.

Behandelaars die gebruik maken van E-therapie doen er goed aan hierover in contact te blijven met hun licentie-verlenende instantie, de beroepsorganisatie en nationale regelgevers. Het volgen van recente literatuur over de snelle ontwikkelingen met dit medium wordt sterk aanbevolen. Een gedegen beschrijving van nut, mogelijkheden, voortgang en ethische vragen is gepubliceerd door Fraser (2009b).

Andere taken van de ggz-er

1. Voorlichting en belangenbehartiging

De ggz-er kan bij de vele uitdagingen die er voor de cliënten met genderproblemen liggen op gebied van beroep, opleiding en diverse settings als kerk, vereniging en buurt een rol spelen in voorlichting en belangenbehartiging (Lev, 2009; Currah, Juang, & Minter, 2006; Currah & Minter, 2000). Overleg met schoolleiders en decanen, leerkrachten, administrateurs, personeelsfunctionarissen, werkgevers en vertegenwoordigers van diverse organisaties en instituten kan dan nodig zijn. Soms wordt ook een beroep op de ggz-er gedaan om verandering van identiteitspapieren, zoals geboortebewijzen, paspoorten, rijbewijzen, diploma's, geregeld te krijgen.

2. Lotgenotencontact.

Voor sommige transseksuelen, transgenders en gender-nietconforme mensen is het in aanraking komen met lotgenoten belangrijker om een goed beeld te krijgen van mogelijkheden en kansen voor de toekomst dan welke psychotherapie ook (Rachlin, 2002). Het lijkt voor iedereen die met deze thema's bezig is van belang om ervaringen op te doen en uit te wisselen. De ggz-er kan adressen aanreiken.

Cultuur en therapie.

De gezondheidszorg verschilt wereldwijd gezien enorm. Professionals in de gezondheidszorg benoemen, bekijken en begrijpen de vormen van problemen vaak als deel en product van de eigen cultuur. De cultuur bepaalt dus sterk hoe de werkers in de gezondheidszorg de diverse problemen begrijpen. Culturele verschillen in relatie tot genderidentiteit en -expressie kunnen de patiënten, de mensen in de gezondheidszorg en de toepassing van psychtherapie sterk beïnvloeden. De WPATH onderkent dat de Wpath-Zorgstandaard is voortgekomen vanuit een Westerse traditie en aangepast moet worden aan de diverse culturele situaties.

Ethische leidraden van de geestelijke gezondheidszorg

Het verkrijgen van toestemming voor het uitoefenen van een beroep in de geestelijke gezondheidszorg, zoals diploma's, inschrijving in beroepsregisters (zoals in Nederland bijvoorbeeld BIG-registraties) hoort in ieder land te gebeuren. Professionals moeten zich houden aan de ethische regels van hun beroepsorganisaties. Dus ook bij het werk met transseksuele en transgender mensen en mensen met gender-nietconform gedrag.

Behandeling om te proberen iemands genderidentiteit en genderexpressie in overeenstemming te krijgen met de bij geboorte toegewezen sekse, is in het verleden geprobeerd (Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964) en zonder succes gebleven, zeker op de langere termijn (Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965). Dit soort behandeling is ethisch niet meer verantwoord.

In het geval dat een ggz-er zich niet thuis voelt bij de materie of onervaren is, is verwijzing naar een ervaren collega op zijn plaats. Op zijn minst is raadpleging van en overleg met een ervaren collega nodig. Als er geen plaatselijke mogelijkheden zijn, moet dat via internet, telefoon of anderszins gebeuren.

Toegang tot de zorg

Goed gekwalificeerde ggz-ers zijn niet overal aanwezig, zodat toegang tot de zorg beperkt kan zijn. De WPATH streeft ernaar de toegang te verbeteren en zorgt voor opleidings- en trainingsmogelijkheden vanuit verschillende disciplines om goede transgenderspecifieke gezondheidszorg te verzekeren (Fraser 2009b).

Op veel plaatsen is de toegang tot de gezondheidszorg voor de groep ook beperkt doordat er geen ziektekostenverzekering is, en ook geen andere middelen zijn om de zorg te betalen. WPATH dringt er op aan bij verzekerings-maatschappijen en andere derde-partij-betalers te zorgen voor totstandkoming van de medisch noodzakelijke behandelingen om genderdyforie

te verzachten (American Medical Association, 2008; Anthon, 2009, The World Professional Association for Transgender health, 2008).

Wanneer men geconfronteerd wordt met een cliënt die geen toegang tot de zorg kan krijgen, wordt verwijzing naar lotgenotenondersteuning (online en offline) aangeraden. Uiteindelijk kunnen schadebeperkende maatregelen nodig zijn om cliënten bij te staan om gezonde beslissingen te nemen om hun levens te verbeteren.

Hoofdstuk VIII Hormoonbehandeling

Medische noodzaak tot hormoonbehandeling

Vrouwelijke of mannelijke hormoonbehandeling is het toedienen van endocriene stoffen om het lichaam van transseksuele, transgender en gender-nietconforme personen met genderdysforie een uiterlijk te geven dat past bij de gewenste genderrol. De noodzaak daarvan is heel vaak aanwezig (Newfield, Hart, Dibble, & Kohler, 2006; Pfäfflin & Junge, 1998). Sommige mensen zijn op zoek naar het maximaal haalbare, terwijl anderen al voldoende verlichting van de genderdysforie ervaren als ze een meer androgyn uiterlijk krijgen door afzwakking van de ongewenste secundaire geslachtskenmerken (Factor & Rothblum, 2008). Gegevens over de psychosociale resultaten van hormoonbehandeling zijn samengevat in bijlage D.

Hormoonbehandeling moet per individu worden afgestemd, gebaseerd op:

- het doel waar de patiënt naar streeft;
- de afweging van de plussen en minnen van de medicatie;
- de aanwezigheid van andere medische aandoeningen en sociale en economische knelpunten;

Hormoontherapie kan een opmerkelijke psychische verbetering geven voor patiënten die niet in sociale transitie willen en niet geopereerd willen worden, of niet in staat zijn tot een transitie (Meyer III, 2009). Hormoontherapie is een aanbevolen criterium voor toelating tot bijna alle operatieve behandelingen voor genderdysforie (zie hoofdstuk XI en bijlage C).

Criteria voor hormoonbehandeling

Hormoonbehandeling kan beginnen na een psychosociaal onderzoek en nadat een informed consent is verkregen door een gekwalificeerd ggz-er, zoals beschreven in hoofdstuk VII. Een verwijzing is nodig door de professional in de gezondheidszorg die het onderzoek deed, tenzij het onderzoek is verricht door degene die de hormonen gaat voorschrijven en diegene ook gekwalificeerd is op dit gebied.

De criteria voor hormoonbehandeling zijn:

1. aanhoudend, goed gedocumenteerde, genderdysforie;
2. in het bezit van mogelijkheden om volledig geïnformeerd beslissingen te nemen en in te stemmen met de behandeling;
3. meerderjarigheid in het betreffende land (indien jonger, zie Hoofdstuk VI);
4. bij aanwezigheid van medische en/of geestelijke gezondheidsproblemen, dienen deze redelijkerwijs onder controle te zijn.

Zoals beschreven in hoofdstuk VII is de aanwezigheid van problemen op gebied van de geestelijke gezondheid geen noodzakelijke blokkade voor hormoonbehandeling. Het gaat erom dat deze problemen voor of tijdens de behandeling van de genderdysforie worden aangepakt.

In een beperkt aantal omstandigheden kan hiervan worden afgeweken. Het kan bijvoorbeeld gaan om goed gecontroleerde voorschrijving van hormonen van bekende kwaliteit als alternatief voor ongecontroleerd hormoongebruik. Of als het gaat om personen die al

helemaal vertrouwd zijn met hun gender en genderrol en die al eerder hormonen hebben gebruikt. Het is onethisch de toegang tot hormoonbehandeling te ontzeggen aan personen enkel en alleen op basis van seropositiviteit voor infecties als HIV of hepatitis B of C.

In zeldzame gevallen is er een contra-indicatie voor hormoonbehandeling vanwege ernstige gezondheidsproblemen. Deze mensen dienen door de gezondheidszorg geholpen te worden met toegang tot niet-hormonale maatregelen tegen de genderdysforie. Een gekwalificeerd ggz-er die de persoon goed kent, kan hier de aangewezen persoon zijn .

Informed consent

Hormoonbehandeling voor genderdysforie kan leiden tot onomkeerbare lichamelijke veranderingen. De behandeling moet dan ook alleen worden voorgeschreven aan hen die wettelijk in staat zijn tot het geven van een 'informed consent'. Dat geldt dus ook voor jongeren die door de rechter gelijkgesteld zijn met meerderjarigen, mensen die gedetineerd zijn en verstandelijk beperkte mensen die wel in staat blijken te zijn tot deelname in medische beslissingen (Bockting et al., 2006). De verstrekkers horen de belangrijke aspecten van voorlichting en begrip ervan te vermelden in het dossier, met de voor- en nadelen, inclusief de effecten op de voortplanting.

Protocollen met informed-consent-model vergeleken met de Wpath-Zorgstandaard

Een aantal gezondheidscentra in de VS hebben protocollen ontwikkeld voor hormoonbehandeling op basis van zogenaamde Informed Consent-modellen (Callen Lorde Community Health Centre, 2000, 2011; Fenway Community Health Center, 2007; Tom Waddell Health Center, 2006). Deze protocollen zijn niet wezenlijk verschillend van de Wpath-Zorgstandaard, versie 7. De Wpath-Zorgstandaard stelt zich flexibeler op om aan de behoeften van de patiënt en zijn omstandigheden en zorgomgeving tegemoet te komen (Ehrbar & Gorton, 2010).

Het is uitermate belangrijk dat de patiënt de psychologische, sociale en lichamelijke voor- en nadelen van hormoonbehandeling doorziet. Degene die de behandeling adviseert en degene die voorschrijft, horen beiden bekend te zijn met de diverse aspecten van genderdysforie. Zij moeten een patiënt informeren over de specifieke voordelen, beperkingen en risico's van de hormonen, gerelateerd aan de leeftijd van de patient, eerdere ervaringen met hormonen en de huidige medische of lichamelijke toestand van de patient.

Screening op en herkennen van acute of bestaande psychische gezondheidsrisico's is een belangrijk deel van het informed consent proces. Dit kan worden uitgevoerd door een ggz-er of een voldoende opgeleid ander persoon (zie Hoofdstuk VII van de Wpath-Zorgstandaard). Dezelfde medewerker of een ander voldoende opgeleid lid van het genderteam kan, indien nodig, ingaan op de psychosociale aspecten van hormoongebruik. Indien nodig kunnen deze medewerkers verwijzen naar een psychotherapeut of voor nader onderzoek naar de geestelijke gezondheid.

Het verschil tussen de twee benaderingen is vooral dat de Wpath-Zorgstandaard waarde hecht aan de rol die de GGZ kan spelen in het verzachten van de genderdysforie, bij het faciliteren van de veranderingen in genderrol en de psychosociale aanpassing. Dit kan meer of minder uitgebreid onderzoek en zondig psychtherapie inhouden. Bij de informed–consent-modellen ligt de nadruk op het geïnformeerd instemmen met de hormoonbehandeling in een multidisciplinair samenwerkend centrum, dat gericht is op beperken en voorkómen van schade. Minder aandacht is er voor de geestelijke gezondheid, tenzij de patiënt erom vraagt en tenzij er aspecten van de geestelijke gezondheid aan het licht komen die vóór de hormoonbehandeling de aandacht vragen.

Lichamelijke effecten van hormoonbehandeling

Vrouwelijke-hormoonbehandeling en mannelijke-hormoonbehandeling brengen veranderingen teweeg die het lichaam dichter brengen bij de genderidentiteit van de patiënt.

- Bij transmannen kan worden verwacht: lagere stem, vergroting van de clitoris (in effect variërend), ontwikkeling van gezichts- en lichaamsbehaarng, stoppen van de menstruatie, verschrompeling van borstweefsel en een afname van lichaamsvet in verhouding tot spiermassa.
- Bij transvrouwen kan worden verwacht: ontwikkeling van borsten (in effect variërend), afname van erecties, verkleining van de testikels en toename van lichaamsvet in verhouding tot spiermassa.

De meeste en grootste effecten zijn binnen 2 jaar merkbaar. De effecten hangen deels af van dosering, toedieningswijze en voorgeschreven stoffen. Die zijn weer individueel afgestemd. Er is sprake van brede variatie in de grootte van de veranderingen en de tijd waarin ze plaatsvinden. Tabellen 1A en 1B geven een overzicht.

Tabel 1a Effecten en verwacht tijdverloop van mannelijke hormonen 1*

Effecten	Verwachte aanvang	Verwacht maximaal effect 2*
Vette huid/Acné	1-6 maanden	1-2 jaar
Gezichts- en lichaamsbehaarng	3-6 maanden	3-5 jaar
Verlies van hoofdhaar	> 12 maanden 3*	variabel
Toename spiermassa en kracht	6-12 maanden	2-5 jaar 4*
Vetverdeling	3-6 maanden	2-5 jaar
Stop van menstruatie	2-6 maanden	na 6 maanden
Vergroting van de clitoris	3-6 maanden	1-2 jaar
Verschrompeling van vagina	3-6 maanden	1-2 jaar
Verlaging van de stem	3-12 maanden	1-2 jaar

1* Aangepast met toestemming van Hembree te al. (2009). Copyright 2009. The Endocrine Society.

2* Gebaseerd op gepubliceerde en ongepubliceerde observaties.

3* Sterk afhankelijk van leeftijd en erfelijke aanleg; kan heel beperkt blijven.

4* Sterk afhankelijk van de hoeveelheid oefening.

Tabel 1b Effecten en verwacht tijdverloop van vrouwelijke hormonen 1*

Effect	verwachte aanvang	verwacht maximaal effect 2*
Vetverdeling	3-6 maanden	2-5 jaar
Afname spiermassa en kracht	3-6 maanden	1-2 jaar
Verzachte huid/afname vettigheid	3-6 maanden	1-2 jaar 3*
Afname van geslachtsdrift	1-3 maanden	1-2 jaar
Afname spontane erecties	1-3 maanden	3-6 maanden
Mannelijke seksuele disfunctie	variërend	variërend
Borstontwikkeling	3-6 maanden	2-3 jaar
Verkleining van testikels	3-6 maanden	2-3 jaar
Afname spermaproductie	variërend	variërend
Minder en dunner gezichts- en lichaamsbehaarung	6-12 maanden	> 3 jaar 4*
Mannelijke kaalheidpatroon	1-3 maanden	1-2 jaar 5*

1* Aangepast met toestemming van Hembree et al. (2009). Copyright 2009. The Endocrine Society.

2* Gebaseerd op gepubliceerde en ongepubliceerde observaties.

3* Sterk afhankelijk van de mate van oefening.

4* Volledige verwijdering van mannelijke gezichtsbehaarung en lichaamsbehaarung vraagt elektrische epilatie, laserbehandeling of beide.

5* Hergroei op kale plekken vindt niet plaats. Het verlies stopt na 1-3 maanden. Voor vrouwelijke hoofdbehaarung is transplantatie of plastisch chirurgische behandeling nodig.

De effecten van hormoonbehandeling zijn op dit moment niet betrouwbaar te voorspellen door de verschillen in leeftijd, lichaamsbouw, ethnische afkomst en familiale bouw. Uitzondering lijkt de lagere stem bij transmannen. Tot op heden zijn er geen medisch toegestane toedieningswijzen effectiever dan andere in het bereiken van de effecten.

Risico's van hormoonbehandeling

Alle medische handelingen brengen risico's met zich mee. De kans op een ongewenst effect is afhankelijk van talrijke factoren: de medicatie zelf, de dosis, de manier van toediening, eigenschappen van de patiënt (leeftijd, bijkomende ziektes of gezondheidsrisico's, familiegeschiedenis, gezondheid, levensstijl). Voorspelling van zo'n ongewenst effect is nagenoeg onmogelijk.

De risico's van vrouwelijke of mannelijke hormoonbehandeling voor de hele groep transseksuele, transgender en gender-nietconforme mensen staan samengevat in tabel 2. Op basis van gebleken resultaten zijn de risico's ingedeeld:

1. waarschijnlijk verhoogd risico;
2. mogelijk verhoogd risico;
3. nog onduidelijk of er verhoogd risico is;

Meer details over risico's zijn te vinden in bijlage B. Die is gebaseerd op twee brede literatuurstudies (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009) en een grote vervolgstudie bij een patiëntengroep (Asscheman et al., 2011). De eerste twee publicaties zijn op dit moment toonaangevend in de toepassing van middelen, doses, risicobepaling, risicopreventie, afweging van individuele belastende factoren en behoud van veiligheid voor

de patiënt. Zij worden in het hoofdstuk Hormoonbehandeling van de Wpath-Zorgstandaard telkens opnieuw aangehaald. Voor artsen-hormoonvoorschrijvers zijn zij verplichte literatuur samen met ander breed gedragen gepubliceerde materiaal (Dahl, Feldman, Goldberg & Jaber, 2006; Ettner, Monstrey & Eyler, 2007).

Voor de cliënten en geïnteresseerde lezer is het goed te weten dat ze er zijn. In de vertaling worden ze in dit hoofdstuk niet steeds opnieuw vermeld. Zij zijn de achtergrond van dit hoofdstuk.

Tabel 2 Risico's bij hormoontherapie. Vetgedrukte risico's zijn klinisch significant

Risico niveau	Vrouwlijke hormonen	Manlijke hormonen
Aannemelijk verhoogd risico	Trombose of embolie in de aderen 1*	Verhoogde aanmaak van rode bloedlichaampjes (polycythemie)
	Galstenen	Gewichtstoename
	Verhoogde leverenzymen	Acné
	Gewichtstoename	Kaalheid
	Verhoogde vetgehaltenes in het bloed	Slaapapnoe
Aannemelijk verhoogd risico bij aanwezigheid van extra risicofactoren A*	Hart- en vaatziekten	
Mogelijk verhoogd risico	Hoge bloeddruk	Verhoogde leverenzymen
	Verhoogd of te hoog prolactinegehalte	Verhoogd cholesterolgehalte
Mogelijke verhoogd risico bij aanwezigheid van extra risicofactoren B*	Diabetis type 2 A*	Ontsporing van bestaande psychiatrische problemen C*
		Hart- en vaatziekten
		Hoge bloeddruk
		Diabetis type 2
Geen verhoogd risico of geen duidelijke conclusies	Borstkanker	Afname botdichtheid
		Borstkanker
		Baarmoederhalskanker
		Eierstokkanker
		Baarmoederslijmvlieskanker

A* Risico is groter met orale oestrogenen toediening dan met transdermale oestrogenen.

B* Extra risico factoren waaronder leeftijd.

C* Inclusief bipolaire stoornis, schizofrenie en andere ziekten die manische en psychotische symptomen hebben. Dit lijkt gekoppeld aan hogere supraphysiologische bloedwaarden en testosteron.

Kennisniveau van de hormoonvoorschrijvende arts en de relatie met andere behandelaars

Hormoonbehandeling kan het beste gebeuren in een situatie waar de gezondheidszorg, van huisartsenzorg tot specialist en psychosociale zorg samenwerkt. Ook al is psychotherapie of begeleiding niet een vereiste voor de behandeling met hormonen, toch wordt regelmatig

contact met de psychosociale behandelaar geadviseerd, met instemming van de patiënt, om ervoor te zorgen dat de transitie lichamelijk en psychosociaal goed verloopt.

De hormoonbehandeling kan door diverse typen behandelaars worden uitgevoerd als er voldoende scholing is: huisarts, doktersassistent en praktijkverpleegkundige (Dahl et al., 2006). Afspraken voor medische controles i.v.m. het hormoongebruik bieden de mogelijkheid om breder zorg te verlenen aan een groep die medisch verder nauwelijks zorg vraagt (Clements, Wilkinson, Kitano, & Marx, 1999; Feldman 2007; Xavier, 2000). Veel van de screenings op bijverschijnselen (comorbiditeit) die moeten plaatsvinden bij langdurig hormoongebruik, horen eerder onder huisartsenzorg, dan onder die van de specialist. Te denken valt aan hart-en-vaat-controles en controles op kanker. Vooral in regio's waar genderteams of gespecialiseerde artsen afwezig zijn (American Academy of Familyphysicians, 2005; Eyler, 2007; World Health Organization, 2008) komen de controles bij de eerstelijns gezondheidszorg terecht.

Omdat de transgendergroep die hormoontherapie zoekt, multidisciplinaire zorg vraagt en vanwege de vaak toch al aanwezige fragmentering van de gezondheidszorg (World Health Organization, 2008) dringt de WPATH aan op verdere bijscholing in de eerstelijnszorg over hormoontherapie. Als een specialist de hormonen voorschrijft, moet er goede communicatie zijn met de huisarts. Omgekeerd moet de huisarts advies vragen aan de specialist/ endocrinoloog als hij/zij geen ervaring heeft met de behandeling, of als de patiënt een endocrien of anderszins stofwisselingsprobleem heeft of heeft gehad, met mogelijke consequenties door de hormoonbehandeling.

Hoewel er geen officiële bijscholingsprogramma's bestaan voor medische zorg bij transgenders, kunnen artsen hun kennis vergroten door de zorg samen met ervarener personen uit te voeren, of door eerst minder ingrijpende behandelingen uit te voeren. Omdat het veld zich sterk ontwikkelt, is bijhouden van recente literatuur en bespreking van nieuwe thema's met anderen aan te raden. Bij voorbeeld door de netwerken die de WPATH of de nationale of regionale organisaties opzetten.

Verantwoordelijkheden van voorschrijvende artsen

De behandelaars die hormoonbehandeling voorschrijven hebben de volgende taken:

1. Aanvangsonderzoek met gesprek over patiënt's lichamelijke transitiedoelen, ziektegeschiedenis, lichamelijk onderzoek, noodzakelijke laboratoriumtests en risicobepaling.
2. Bespreking met de patiënt van de te verwachten vrouwelijke of mannelijke effecten en de nadelige gezondheidseffecten. Achteruitgang of einde van de vruchtbaarheid en de ouderschapswensen moet aan de orde komen (zie Hoofdstuk IX).
3. Zich ervan overtuigen dat de patiënt de voor- en nadelen van de behandeling begrijpt en in staat is tot een 'informed consent' over deze medische behandeling.
4. Zorgdragen voor medische controles van de patiënt, wat ook inhoudt lichamelijk en laboratoriumonderzoek op effectiviteit en bijeffecten van de hormonen.
5. Contact maken met huisarts, ggz-er en chirurg indien en zodra dat nodig is.

6. Indien gewenst de patiënt voorzien van een verklaring op papier dat de persoon deze hormoonbehandeling ondergaat. Vooral in de aanvang van de behandeling willen patiënten zo'n verklaring graag altijd bij zich dragen om moeilijkheden met politie of andere autoriteiten te voorkomen of omgekeerd zelfs bescherming van de politie te kunnen inroepen.

Soms zijn deze vereisten aan de zware kant voor de individuele situatie van de patiënt. In overleg kan dan afgeweken worden.

Welke situaties zien we in de praktijk ?

In de praktijk komen er verzoeken tot het verstrekken van hormonen die niet direct passen in het programma van langdurige mannelijke of vrouwelijke hormoonbehandeling.

Behandelaars, artsen die doorgaans deze behandelingen geven, kunnen hier toch vóór komen te staan.

1. Overbrugging

Er kunnen zich patiënten voor zorg melden die al hormonen gebruiken. Deze zijn dan verstrekt door een andere arts, clandestien verkregen, gekregen van vrienden of relaties of via internet. In zo'n geval moet het mogelijk zijn voor een beperkte periode (1 tot 6 maanden) hormonen voor te schrijven en tevens de patiënt te helpen met het vinden van een reguliere behandelaar. Het is dan nodig om het huidige gebruik van de patiënt te onderzoeken op veiligheid en reacties met andere medicijnen en zonnodig veiliger middelen of doseringen voor te schrijven (Dahl et al. 2006; Feldman & Safer, 2009). Als de hormonen door een andere arts zijn voorgeschreven moeten de gegevens met instemming van de patiënt worden opgevraagd om startonderzoek met laboratoriumwaarden en kansen op ongewenste effecten te bekijken. De arts moet ook contact opnemen met een eventuele ggz-er die betrokken is bij de patiënt. Als nog nooit een psychosociaal onderzoek heeft plaatsgevonden, zoals geadviseerd in de Wpath-Zorgstandaard (zie Hoofdstuk VII), dan is verwijzing aan te bevelen als dat enigszins op zijn plaats en haalbaar is. De arts moet met de patiënt werken aan de beëindiging van de overbruggingsbehandeling na verloop van tijd.

2. Hormoonbehandeling na verwijdering van de primaire geslachtsorganen

Hormoonvervangende behandeling met oestrogeen of testosteron wordt meestal levenslang gegeven na verwijdering van eierstokken of testikels, tenzij er medische contra-indicaties zijn. Omdat de hormoon doses vaak verlaagd worden na operaties (Basson, 2001; Levy, Crown & Reid, 2003; Moore, Wisniewsky & Dobs, 2003) en alleen worden aangepast aan leeftijd en bij gezondheidsrisico's, is de hormoonbehandeling vergelijkbaar met hormoonvervangende therapie bij iedere patiënt met lage hormoonniveau's.

3. Hormoongebruik vóór verwijdering van primaire geslachtsorganen

Nadat patiënten het maximale effect aan vervrouwelijking of vermannelijking hebben bereikt (na 2 of meer jaren), kunnen ze verder met een onderhoudsdosis. Die verandert alleen door veranderingen in de gezondheid, leeftijd of andere situaties, zoals veranderingen in levenswijze (Dahl et al., 2006). Als een patiënt met een onderhoudsdosis zich voor zorg meldt, dient de arts het huidige gebruik te bekijken op veiligheid en reacties met andere medicijnen en zonnodig een veiliger middel of dosis voor te schrijven. Regelmatige controle, onderzoek en labtests dienen dan plaats te vinden, zoals beschreven. Naar bijstelling van de

hoeveelheid en soort middel wordt gekeken bij veranderingen in patiënt's gezondheid of als er meer duidelijk wordt over effecten van hormoongebruik op lange termijn.

4. Opstarten van behandeling met mannelijke of vrouwelijke hormonen

Deze situatie vraagt de meeste tijd en inzet van de voorschrijvende arts. De behandeling moet worden afgestemd op de doelen van de patiënt, de baten-lastenverhouding, de aanwezigheid van andere medische aandoeningen en overwegingen van sociale en economische aard. Hoewel er over een breed scala van hormoongebruik is gepubliceerd, zijn er onderzoeksresultaten van de wetenschappelijk meest gedegen manier van vergelijking (toevalstoewijzing) van medicijnsoort. Toch kan op basis van de verkregen ervaringskennis een goed plan gemaakt worden voor aanvangsonderzoek en vervolg .

Risicobepaling in behandeling

Vanaf het eerste onderzoek zijn de behandeldoelen van de patiënt en de bescherming tegen risico's van hormoonbehandeling onderwerp van gesprek tussen patiënt en behandelaar. Alle onderzoeken, aan het begin en tijdens het proces omvatten een degelijk lichamelijk onderzoek, met bepaling van gewicht, lengte en bloeddruk. De noodzaak van genitaal, rectaal en borstsonderzoek, die voor de transgendergroep patiënten extra gevoelig liggen, wordt bepaald op grond van het individu en overwegingen van preventie (Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007).

Preventieve zorg

Bijzondere aandacht verdient de preventieve zorg voor patiënten die geen huisarts hebben. Als er geen gegevens bekend zijn van een startonderzoek is er een onderzoek naar de effecten van de hormoontherapie gewenst. Dit is extra nodig als de leeftijd of gezondheidsrisico's daar aanleiding voor geven. Meestal vinden deze tests en onderzoeken ook plaats voordat met de hormoontherapie wordt begonnen.

Risicobepaling bij behandeling met vrouwelijk hormoon

Er zijn geen absolute contra-indicaties voor vrouwelijk-hormoonbehandeling op zich, wel voor het gebruik van bepaalde stoffen, met name oestrogeen. Contra-indicaties zijn: eerdere veneuze trombose (ontstaan van een bloedstolsel in een ader op een verkeerde plek) samenhangend met verhoogde bloedstolbaarheid, geschiedenis van oestrogeen-gevoelige nieuwvormingen (tumoren) en het eindstadium van chronische leverziekte (Gharib et al., 2005).

Andere medische condities, zoals vermeld in tabel 2 en bijlage B kunnen verergeren door oestrogeengebruik of androgeenblokkades. Daar moet op worden onderzocht en moeten maatregelen tegen worden genomen. Speciale aandacht moet worden besteed aan het roken met zijn verhoogd tromboserisico dat nog wordt versterkt door oestrogeengebruik. Het raadplegen van een cardioloog wordt geadviseerd bij patiënten met hart- en vaatziekten.

Startwaarden van laboratoriumonderzoek moeten beschikbaar komen om aanwezige of voorspelbare risico's aan het licht te brengen. De soort bepalingen moeten zijn gebaseerd op de risico's van vrouwelijke hormoonbehandeling (zie Tabel 2) en op individuele risico's en de familiegeschiedenis. De schema's staan in de twee aanbevolen artikelen. Ze kunnen

aangepast worden bij gezondheidszorg met beperkte middelen en bij overigens gezonde patiënten.

Risicobepaling van behandeling met mannelijke hormonen

Absolute contra-indicaties voor testosteronbehandeling zijn zwangerschap, instabiele aandoening van de kransslagaderen (zonder belastende inspanningen optreden van pijnlijke hartkrampen door een of meer dichtslibde kransslagaderen) en onbehandelde polycythemie met een hematocrietwaarde van 55% of hoger (teveel aan rode bloedlichaampjes, meer dan 55% van het bloedvolume) (Carnegie, 2004). Door de gedeeltelijke omzetting van testosteron in oestrogeen kan het risico toenemen bij patiënten met een geschiedenis van borstkanker of andere vormen van oestrogeengevoelige vormen van kanker (Moore te al., 2003). Het raadplegen van een oncoloog (internist met extra kennis van kanker) wordt in zo'n geval aangeraden vóór het hormoongebruik. Voor andere bijkomende gezondheidsproblemen die toe kunnen nemen bij het testosterongebruik geldt ook: bekijken en behandelen. Geadviseerd wordt een cardioloog te raadplegen bij mensen met hart- en vaatziekten (Dhejne et al., 2011).

Bij transmannen komt vaker polycysteus ovariumsyndroom (PCOS) voor. Een hormoonstoornis in de eierstokken, ook zonder testosterongebruik (Baba te al., 2007; Balen, Schachter, Montgomery, Reid & Jacobs, 1993; Bosinski et al., 1997). Er is geen bewijs voor verband tussen PCOS en het ontstaan van transseksualiteit, transgender- of gender-nietconform gedrag. Maar er is wel een verhoogde kans op diabetes, hartziekten, hoge bloeddruk en eierstok- en endometriumkanker (baarmoederslijmvlieskanker). Op mogelijk PCOS moet vóór de testosteronbehandeling zijn gecontroleerd, omdat testosteron vele aandoeningen kan beïnvloeden. Testosteron kan een zich ontwikkelende foetus schade doen (Physicians Desk Reference, 2010) en patiënten die zwanger kunnen worden, vragen dus optimale preventie en controle.

Startwaarden van laboratoriumonderzoek zijn nodig voor de risicobepaling (zie Tabel 2), gebaseerd op de risico's van mannelijk-hormoongebruik en de persoonlijke risico's (o.a. vanuit de familiegeschiedenis). De metingen zijn te vinden in de artikelen van Hembree en/of Feldman & Safer.

Bij gezondheidszorg met beperkte financiële of materiële middelen zijn aanpassingen van de lab-onderzoeken mogelijk bij verder gezonde patiënten.

Medisch volgen van de hormoonbehandeling

Regelmatige controles van de behandeling hebben tot doel om de vorderingen van vrouwelijking en vermannelijking te volgen en te controleren op ongewenste effecten. Zoals ieder langdurig medicijngebruik moet dit deel uitmaken gezondheidszorg in de volle breedte. Patiënten met extra gezondheidsproblemen worden vaker gecontroleerd. Gezonde patiënten die ver van de centra af wonen, moeten het in de regio of via internet doen. Als er geen risicofactoren bekend zijn, kan gekozen worden voor controle op de meest waarschijnlijke risicofactoren.

Hormoonbehandeling bij transvrouwen

Bij transvrouwen is de reactie op de behandeling de beste graadmeter: ontwikkelt iemand vrouwelijker kenmerken en verzachten de mannelijke ? Om de beste dosering te bepalen voor een goed effect, kunnen de hormoonwaarden worden gemeten: testosteron beneden

de bovengrens van de normale waarden voor vrouwen; en oestradiolwaarden in het gebied voor vrouwen vóór de menopauze. Er is noodzaak tot controle op hart-en vaatziekten en kans op embolie (bloedstolsels die reizen door de bloedvaten): door meting van bloeddruk/gewicht/pols, onderzoek van hart- en longen, bekijken van armen en benen op oedeem (vasthouden van vocht), plaatselijke zwelling of pijn. Labtesten worden gedaan op risico's van hormoongebruik, patiënts persoonlijke risicoprofiel en de waarden van de hormonen op zich. Schema's allemaal bij Feldman & Safer en Hembree et al.

Hormoonbehandeling bij transmannen

Bij transmannen is ook het effect de maatstaf: ontwikkelen de mannelijke kenmerken en verdwijnen de vrouwelijke. Effecten met de minste kans op tegenvallers worden bereikt met testosteronniveaus binnen de gewone mannelijke waarden.

De controle op ongewenste effecten vindt plaats door lichamelijk onderzoek en labtesten. Er moet aandacht zijn voor signalen en symptomen als excessieve gewichtstoename, acné, doorbraakbloedingen in de baarmoeder, hart- en vaatsymptomen en psychiatrische symptomen bij patiënten met hogere risico's. Lichamelijk onderzoek omvat bloeddruk, gewicht, hart, longen en huid. Laboratoriumonderzoek richt zich op bovengenoemde risico's van hormoonbehandeling, de individuele zorgpunten en risico's en de hormoontoepassing zelf.

Hormoontoepassingen

Tot op heden zijn er geen systematische gecontroleerde klinische onderzoeken op hormoontoepassing geweest om de veiligheid en het effect op de lichamelijke verandering te evalueren. Met als resultaat dat er publicaties zijn over een grote variatie aan toegepaste middelen en doses (Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003; van Kesteren, Asscheman, Megens & Gooren, 1997). Ook blijkt dat niet alle middelen even gemakkelijk te krijgen zijn door de plaats waar men woont, de financiële omstandigheden of de sociale situatie. Daarom beveelt de WPATH geen bepaalde hormoontoepassing aan. Wel wordt een overzicht gegeven van de medicatiegroepen en schema's van toediening zoals die het meest gepubliceerd zijn. De al eerder genoemde verplichte literatuur van Feldman en Hembree geven aanwijzingen. Aanbevolen wordt dat hormoonverstrekkende artsen de literatuur bijhouden en kiezen voor de veiligst voorhanden-zijnde middelen.

Vrouwelijke hormoonbehandeling

Oestrogeen

Gebruik van oestrogeenpillen (oraal gebruik) en vooral ethinyl-estradiol vergroot de kans op trombose en embolie in ledematen en longen. Daarom wordt het niet geadviseerd voor vrouwelijke hormoonbehandeling. Transdermaal oestrogeen (estrogeenpleisters) wordt aangeraden, zeker voor patiënten met verhoogde kans op trombose of embolie. Hoe hoger de dosis, hoe hoger het risico. Patiënten die bijkomende medische problemen hebben kunnen beter oraal gebruik van oestrogeen vermijden en met lagere doseringen beginnen. Er zijn patiënten bij wie een veilig oestrogeen niveau hen niet aan het gewenste effect helpt. Deze mogelijkheid moet tevoren met patiënten zijn besproken.

Androgeen-verminderende middelen (anti-androgenen)

Een veel voorkomende combinatie is oestrogeen samen met een anti-androgeen. Anti-androgenen beperken het eigen testosteronniveau van de persoon of de activiteit van het testosteron. Daarmee verminderen ze mannelijke karakteristieken, zoals lichaamshaar of uitval van hoofdhaar. Ook zorgen ze ervoor dat er minder oestrogeen nodig is om de testosteron te onderdrukken. Dat heeft weer tot voordeel dat de nadelen van oestrogeen verminderen (Prior, Vigna, Diewold, & Robinow, 1986; Prior, Vigna & Watson, 1989).

Meest voorkomend zijn:

- Spironolacton, een middel tegen hoge bloeddruk; het belet de testosteronproductie en de binding van een androgeen aan een androgeenreceptor in de lichaamscellen, zodat de normale effecten niet optreden in de cellen. Bloeddruk en electrolyten moeten gecontroleerd worden vanwege de kans op te hoog kaliumgehalte in het bloed (hyperkaliemie) met alle gevolgen van dien.
- Cyproteronacetaat is een synthetisch progestageen met anti-androgene eigenschappen. Meest bekende naam Androcur. Het middel is niet toegestaan in de VS vanwege mogelijke leverschade. Maar elders wordt het breed toegepast (De Cuypere et al., 2005).
- GnRH-bestrijders (zoals goserelin, buserelin, triptorelin) zijn neurohormonen die de productie van follikelstimulerend hormoon en luteïniserend hormoon blokkeren. Dit leidt tot effectieve blokkering van de werking van de primaire geslachtsorganen. Deze middelen zijn duur en alleen verkrijgbaar als injecties of implants onder de huid.
- 5-alfa-reductase inhibitoren (Finasteride en Dutasteride) blokkeren de omzetting van testosteron in de meer actieve stof 5-alfa-dihydrotestosteron. Deze stoffen hebben een gunstig effect op hoofdhaarverlies, ontwikkeling van lichaamsbehaaring, talgklieren en de stevigheid van de huid.

Cyproteron en spironolacton worden het meest gebruikt en geven waarschijnlijk het beste resultaat tegen een redelijke prijs.

Progestagenen

Behalve voor cyproteron is het gebruik van progestagenen in vrouwelijke hormoonbehandeling discutabel (Oriol 2000). Er zijn behandelaars die menen dat progestagenen nodig zijn voor een volledige borstontwikkeling, omdat ze werken op de borstontwikkeling op celniveau (Basson & Prior, 1998; Oriol 2000). Maar een praktijkvergelijking van behandelingen met en zonder progestagenen laat zien dat progesteron niet beter werkt op verdere borstontwikkeling en evenmin het vrije testosteronniveau in het bloed verlaagt (Meyer et al., 1986). Er zijn bezorgde geluiden over ongunstige effecten, zoals depressie, gewichtstoename veranderingen in lipiden (vetten) (Meyer et al., Tangpricha et al., 2003). Progestagenen (vooral medroxyprogesteron) worden ook verdacht van vergroten van de kans op borstkanker en hart- en vaatziekten bij vrouwen (Rossouw et al., 2002). Gemiconiseerd progesteron wordt mogelijk beter verdragen en heeft een betere invloed op de lipiden dan medroxyprogesteron (de Lignières, 1999, Fitzpatrick, Pace & Wiita, 2000).

Mannelijke hormoonbehandeling

Testosteron

Testosteron kan oraal (pillen), transdermaal (pleisters) en parenteraal (injectie in de spier) worden gegeven. Ook toepassingen via mondslijmvlies of implantaat zijn beschikbaar. Het oraal gegeven testosteron undecanoaat, niet verkrijgbaar in de VS, geeft een lagere testosteronspiegel in het bloed dan de niet-orale middelen en heeft minder effect in het onderdrukken van de menstruatie (Feldman, 2005; April, Moore et al., 2003). Doordat de injecties van testosteron-cypionaat en testosteron-enanthaat vaak eens in de 2 tot 4 weken worden gegeven, melden sommige patiënten cyclische variaties in effecten. Bijvoorbeeld vermoeidheid en prikkelbaarheid aan het eind van de periode en agressie en opgefokt gevoel aan het begin. Maar ook sterke schommelingen in de gevonden waarden, boven en onder de doorsnee-niveau's (Jockenhövel, 2004). Dit kan worden beperkt door kleinere doses vaker toe te dienen of een dagelijkse transdermale dosis (Dobs et al., 1999; Jockenhövel, 2004; Nieschlag et al., 2004). Testosteron-decanoaat geïnjecteerd in de spier geeft een stabiele fysiologische waarde in het bloed gedurende ongeveer 12 weken en blijkt te werken bij hypogonadisme (te laag hormoonniveau) en bij transmannen (Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann & Dittrich, 2007; Zitzmann, Saad, & Nieschlag, 2006). Het blijkt dat testosteron door pleisters en door injecties gelijke mannelijke effecten geven, maar dat het door pleisters wat meer tijd vraagt (Feldman, 2005, April). Vooral als de patiënt ouder wordt is het doel om zo laag mogelijk te zitten in de dosis om het gewenste effect te handhaven, met voldoende waarborg voor behoud van de botdichtheid.

Andere middelen

Progestagenen, meestal medroxyprogesteron, kan vroeg in de behandeling voor een korte tijd gebruikt worden voor het stoppen van de menstruatie. GnRH agonisten kunnen ook zo gebruikt worden, maar ook als middel tegen hardnekkige bloedingen in de baarmoeder bij patiënten zonder onderliggend gynaecologisch probleem.

Bioidentieke en op maat samengestelde hormonen

Net zoals de discussie over bioidentieke hormonen als aanvullingsbehandeling na de menopauze is opgevlamd, is dat ook gebeurd bij de mannelijke en vrouwelijke hormoonbehandeling. Bioidentieke hormonen zijn plantaardig en moleculair gelijk aan de natuurlijke hormonen. Er is geen aanwijzingen dat de op maat gemaakte bioidentieke middelen veiliger of effectiever zijn dan de door de Amerikaanse overheid goedgekeurde bioidentieke middelen (Sood et al., 2011). De North American Menopause Society (2010) gaat er van uit, dat, als de actieve ingrediënten hetzelfde zijn, de bijeffecten hetzelfde zijn. WPATH sluit zich bij deze constatering aan.

Hoofdstuk IX Ouderschap en voortplanting

Veel transseksuele, transgender en gender-nietconforme personen hebben een kinderwens. Om dat de hormoonbehandeling de vruchtbaarheid beperkt (Darney, 2008; Zhang, Gu, Wang, Cui & Bremner, 1999), is het wenselijk dat patiënten beslissingen nemen over hun vruchtbaarheid vóór de hormoonbehandeling of operaties aan of verwijdering van hun geslachtsorganen. Er zijn voldoende gevallen bekend dat mensen na deze behandelingen betreuren dat ze geen eigen kinderen kunnen krijgen (De Sutter, Kira, Verschoor & Hotimsky, 2002).

Artsen en ggz-ers doen er goed aan ouderschap te bespreken vóór het tot verdere behandeling komt. Deze gesprekken zijn zélf s nodig als de patiënt in dit stadium van de behandeling er niet in geïnteresseerd is. Dat komt regelmatig voor bij jongeren (De Sutter, 2009). Vroege gesprekken zijn wenselijk, maar niet altijd mogelijk. Als iemand nog geen volledige geslachtsaanpassing heeft gehad, is het mogelijk de hormoonbehandeling te stoppen om met originele hormoonproductie rijpe geslachtscellen te produceren (Payer, Meyer & Walker, 1979; Van den Broeck, van der Elst, Liu, Hovatta & Dhont, 2001).

Er zijn wel debatten en opinies, maar geen onderzoeken gepubliceerd over deze voortplantingsthema's van mensen die behandeld worden voor genderdysforie. Wel is er een ander groep mensen die moet beslissen over behoud van voortplantingsmogelijkheden. Namelijk zij die door kwaadaardige ziekten (kanker) hun geslachtsorganen moeten laten verwijderen of grote kans op beschadiging lopen door bestraling en/of chemotherapie. De lessen die van deze mensen geleerd zijn, kunnen worden toegepast op de groep met genderdysforie.

Transvrouwen, vooral zij die nog kinderloos zijn, zouden geïnformeerd moeten worden over het bewaren van sperma en ze verdienen aangemoediging om sperma te laten opslaan in een spermabank. Uit onderzoek waarbij testikels aan hoge doses oestrogeen zijn blootgesteld, blijkt dat er een kans is, dat testikels zich herstellen na het stoppen met oestrogeen (Payer et al., 1979). In een artikel over de meningen van transvrouwen over invriezen van sperma (De Sutter et al., 2007), geeft de meerderheid van de 121 personen aan dat deze mogelijkheid door de behandelaars moet worden aangeboden. Het sperma wordt opgevangen vóór de hormoonbehandeling of na het stoppen met de hormonen en wanneer bij telling voldoende spermacellen gevonden zijn. Invriezen van sperma dient besproken te worden, ook al is de kwaliteit matig. Bij volwassenen die geen levend sperma produceren kan een testikelbiopt (klein stukje verwijderd weefsel uit een testikel) ingevroren worden, maar dat is niet altijd succesvol.

Ouderschapsmogelijkheden voor transmannen liggen bij invriezen van eicellen of embryo's. Eicel of het embryo kunnen worden gebruikt voor draagmoederschap. Onderzoek bij vrouwen met polycysteus ovarium syndroom (PCOS) laat zien dat een eierstok gedeeltelijk kan herstellen van hoge testosteronbloedspiegels (Hunter & Sterrett, 2000). Dit zou betekenen dat een eierstok genoeg kan herstellen om eicellen los te laten. Het succes hangt sterk af van de leeftijd van de patiënt en de duur van de testosteronbehandeling. Hoewel het niet systematisch bekeken is, blijkt dat er transmannen zijn die dit zo doen, zwanger worden en kinderen op de wereld zetten (Moore, 1998).

Het is goed dat patiënten weten dat deze mogelijkheden niet overal beschikbaar zijn en kostbaar kunnen zijn. Voortplanting moet om geen enkele reden aan transseksuele, transgender- en gender-nietconforme personen worden ontzegd.

Een speciale groep wordt gevormd door de prepubers en adolescenten die nooit voortplantingsmogelijkheden ontwikkelen vanwege de puberteitremmers of hormoonbehandeling naar de andere sekse. Op dit moment zijn er geen mogelijkheden om de functies van hun primaire geslachtsorganen in stand te houden.

Hoofdstuk X Behandeling van stem en communicatie

Communicatie, verbaal en nonverbaal, is een belangrijk aspect van menselijk gedrag en van genderexpressie. Transseksuele, transgender en gender-nietconforme personen kunnen hulp inroepen van logopedisten en communicatiespecialisten om stemeigenschappen die beter passen bij de genderrol en genderidentiteit, te trainen. Het kan gaan om toonhoogte, intonatie, resonantie, spreeknelheid en zinsbouw. Maar ook om nietverbale gewoontes als gebaren, houding en beweging, gezichtexpressie.

Logopedie en communicatietraining kunnen helpen bij bestrijden van de genderdysforie en een positieve motiverende stap zijn bij de uitdrukking van de eigen genderidentiteit.

Vaardigheden van stem- en communicatiespecialisten werkend met transseksuelen, transgenders en gender-nietconforme personen

Onder specialisten kunnen worden verstaan logopedisten, foniaters, spraakpathologen en spraaktherapeuten. In de meeste landen zijn beroepsorganisaties die de bevoegdheden en vaardigheden van deze specialisten bewaken. In Nederland is dat de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie en in Vlaanderen de Vlaamse vereniging voor logopedie. In Wallonië de Union Professionnelle des Logopédes Francophones.

Minimumvereisten voor logopedisten/logopedistes die werken met transgenders zijn:

1. Gespecialiseerde vaardigheden in onderzoek en ontwikkeling van communicatietraining bij transseksuelen, transgenders en gender-niet-conforme personen.
2. Basiskennis en begrip van de gezondheidszorg voor transgenders, inclusief hormonale en operatieve behandeling en de psychosociale onderwerpen zoals in deze Wpath-Zorgstandaard beschreven. Op de hoogte zijn van de gevoeligheid van de cliënten voor gebruik van de juiste naam en aanspreektitel.
3. Permanente scholing op het gebied van deze cliëntengroep. Dat houdt ook in deelname aan bijeenkomsten, workshops, seminars en studiedagen over genderidentiteit. Zo mogelijk supervisie van een ervaren collega.

Andere professionals uit de wereld van stemgebruik, zang, beweging en theater kunnen een helpende hand bieden. Ideaal gezien werken ze dan samen met de logopedist(e).

Onderzoek en behandeling

Het doel van logopedie en communicatietraining is om de cliënten te helpen de stem en communicatiewijzen zo aan te passen dat ze overeenkomen met hun genderidentiteit en zelfgevoel, op een veilige en authentieke manier (Adler, Hirsch & Mordaunt, 2006).

Belangrijk is dat de logopedist gevoelig is voor de individuele voorkeur. Stemgebruik, stijl en taal/woordkeuze is persoonlijk. De cliënten moeten niet getraind worden in gedragingen waar ze zich niet bij thuis voelen, die niet bij hen horen. De logopedist kan het best tijd nemen om de eigen gedachten en doelen van iemands genderrolexpressie te begrijpen. De nationale beroepsverenigingen hebben nadere protocollen.

Mensen kunnen zelf de communicatie gedragingen kiezen waarvan zij vinden dat ze bij hen horen. Deze besluiten en de specifieke kennis van de behandelaar plus de onderzoeksgegevens over deze persoon komen samen (Hancock, Krissingen & Owen, 2010).

Onderzoek heeft hier betrekking op beoordeling door cliënt en logopedist van stem, resonantie, articulatie, gesproken taal en niet-verbale communicatie (Adler et al., 2006; Hancock et al., 2010).

Behandelplannen zijn gebaseerd op de bestaande kennis en praktijk, de ervaring van de logopedist en de doelen en waarden van de cliënt. Gekeken wordt naar aspecten van toonhoogte, intonatie, sterkte en stresspatronen, stemkwaliteit, resonantie, articulatie, spreeknelheid, wijze van uitdrukken, taalgebruik en non-verbale communicatie (de Bruin, Coerts & Greven, 2000). Behandeling kan individueel en in groepsverband. Frequentie en duur van de behandeling zijn afhankelijk van de doelen van de cliënt. Van opbouw van behandelingen zijn in de literatuur of bij de beroepsverenigingen voorbeelden voorhanden.

Mannelijker of vrouwelijker gebruik van de stem heeft te maken met ongewoner gebruik van de spraakorganen. Foutief of schadelijk gebruik van de stem voor de lange termijn moet worden voorkomen.

Gezondheid van de stem na stemoperatie

Er zijn transseksuelen en transgenders die kiezen voor operatie voor een vrouwelijker stem. (Verzwaring van de stem voor transmannen gebeurt door de hormonen). De stem van transvrouwen wordt door hormonen niet anders, blijft dus zwaar. De mate van tevredenheid, veiligheid en langetermijn-effect van de operaties lopen uiteen. Het wordt aanbevolen dat degene die deze operatie wil ook een stem- en communicatiespecialist raadpleegt, voor het optimale effect van de operatie, om de stem te beschermen en ook om aspecten die niets met toonhoogte te maken hebben aan te leren. Na de operatie is beoordeling door een logopedist, foniatier of spraakpatholoog aan te raden, met mogelijk nog oefensessies (Kanagalingam, et al., 2005; Neumann & Welzel, 2004).

Hoofdstuk XI Operatieve behandeling

Operaties en speciaal genitale operaties zijn vaak de laatste en meest overwogen en besproken stap in de behandeling van genderdysforie. Hoewel vele transseksuele, transgenders en gender-nietconforme mensen uit de voeten kunnen met hun genderidentiteit, genderrol en genderexpressie zonder operaties, zijn ze voor een andere groep essentieel en medisch noodzakelijk om de genderdysforie draaglijk te maken (Hage & Karim, 2000). Voor hen valt niet te leven zonder wijziging van de primaire en secundaire geslachtskenmerken. Bovendien kunnen operaties de patiënten helpen om zich veilig en gerust te voelen bij sexpartners, in onderzoekkamers van artsen, zwembaden, kleedkamers, fitnessclubs en sportscholen. Operaties kunnen er ook voor zorgen dat de persoon niet benadeeld wordt bij arrestaties, fouillering, of doorzoeking door politie of ander autoriteiten. Veiligheid op straat is ook een belangrijk item.

Studies waarin de patiënten nadien nog gevolgd worden, laten een onmiskenbaar gunstig effect zien van geslachtsaanpassende operaties op zaken als welbevinden, uiterlijk en seksuele functies (De Cuypere et al., 2005; Gijs & Brewaeys, 2007; Klein & Grozalka, 2009; Pfäfflin & Junge, 1998. Informatie over de resultaten van operatieve behandeling is te vinden in bijlage D.

Ethische vragen bij geslachtsaanpassende operaties

In de normale chirurgische praktijk wordt ziek weefsel verwijderd om verstoord functioneren te herstellen, of worden lichaamskenmerken veranderd om het zelfbeeld van de patiënt te verbeteren. Er zijn mensen, waaronder professionals in de gezondheidszorg die tegenstander zijn van chirurgie als behandeling voor genderdysforie op ethische gronden, omdat de functie van chirurgie hierop niet van toepassing zou zijn.

Het is belangrijk dat professionals die zorg dragen voor mensen met genderdysforie geheel achter het aanpassen van gezonde, anatomisch normale lichamen staan. Om te begrijpen hoe chirurgie psychisch lijden en ongemak van mensen met genderdysforie kan verlichten, moet men luisteren naar deze patiënten en hun symptomen, dilemma's en levensgeschiedenis met henaanhoren. De weerstand tegen operaties op grond van de stelregel 'breng geen schade toe' verdient respect maar staat naast een lerend gesprek met de patiënt over het psychisch lijden van de genderdysforie plus de mogelijke schade die ontstaat als de toegang tot de gewenste behandeling wordt geweigerd.

Operaties ter verlichting van genderdysforie zijn niet vrijwillig gekozen operaties, waar chirurg en patiënt samen een overeenkomst sluiten. Operaties aan genitaliën, borstkas en borsten zijn medisch noodzakelijke behandelingen voor genderdysforie, die alleen worden ondernomen na een onderzoek door een gekwalificeerde professional in de geestelijke gezondheidszorg, zoals beschreven in hoofdstuk VII van deze Wpath-Zorgstandaard en alleen als op schrift staat dat het onderzoek heeft plaatsgevonden en dat de persoon beantwoordt aan de criteria die vereist zijn voor toelating tot de behandeling. Met deze procedure delen ggz-er, chirurg en patiënt de verantwoordelijkheid voor de beslissing het lichaam onomkeerbaar te veranderen.

Het is niet ethisch om instemming met de geslachtsaanpassende operaties te weigeren enkel op basis van van seropositief bloed voor infecties als HIV of hepatitis C of B.

De verhouding tussen chirurg, de patiënt en de andere zorgverleners

De rol van een chirurg is in de behandeling van genderdysforie meer dan alleen maar de technische uitvoerder van de operatie. Een serieuze chirurg wil inzicht hebben in de geschiedenis van de patiënt en de redenen die geleid hebben tot de verwijzing voor operatie. Daarvoor moet de chirurg een degelijk gesprek hebben met de patiënt en een redelijk werkcontact hebben met de zorgverleners die een actieve rol spelen in de behandeling.

Consultatie is gemakkelijk geregeld als de chirurg deel uitmaakt van een interdisciplinair genderteam. In de andere gevallen moet de chirurg er vertrouwen in hebben dat de verwijzende ggz-professional en de arts die de hormonen voorschrijft, capabel zijn in onderzoek en behandeling van genderdysforie. Want de chirurg moet zwaar op hun kennis en inschattingsvermogen leunen.

Als de chirurg ziet dat de patiënt beantwoordt aan de criteria voor een bepaalde operatie (zie hierna), kan een pre-operatief consult plaatsvinden. Met de patiënt wordt de operatieprocedure plus het verloop na de operatie uitgebreid besproken. De volgende onderwerpen horen besproken te worden:

- de verschillende operatietechnieken die er zijn, met eventuele verwijzing naar collega's die anders opereren;
- de voor- en nadelen van verschillende technieken;
- de beperkingen die er zijn om wel het beste, maar mogelijk niet het ideale resultaat te bereiken; onderdeel is een volledige reeks foto's, met toelichting, vóór en na de behandeling, met succesvolle en minder geslaagde resultaten;
- de risico's en mogelijke complicaties moeten worden besproken, evenals het aantal complicaties bij eigen patiënten.

Om deze gesprekspunten gaat het bij het 'informed consent', dat wettelijk en ethisch nodig is. Als het lukt om de patiënt realistische verwachtingen geven, is dat een belangrijke stap in het verminderen van de genderdysforie.

Alle informatie moet de patiënt op schrift krijgen, in een taal die hij/zij machtig is en toegelicht met afbeeldingen. De informatie moet ruim van tevoren, eventueel via internet, worden verstrekt, om de stukken nauwkeurig te kunnen bestuderen. De noodzakelijke elementen van het informed consent moeten face-to-face vóór de operatie worden besproken. De laatste vragen kunnen dan gesteld en beantwoord worden, voordat de patiënt zijn handtekening zet. Juist omdat de operaties onomkeerbaar zijn, moet ervoor worden gezorgd dat de patiënt voldoende tijd en mogelijkheid heeft om alles in zich op te nemen vóórdat hij/zij de handtekening zet. 24 uur is wel het minimum.

De chirurg neemt initiatief voor directe nazorg en consultatie met de andere en toekomstige zorgverleners. Het nazorgplan wordt met de patiënt ontwikkeld.

Overzicht van de operatieprocedures

Voor transvrouwen

1. Borst/borstkasoperatie: borstvergroting door implantaten of lipofilling (opvulling met eigen vetweefsel dat elders op het lichaam wordt gewonnen door vet-wegzuiging, liposuctie).
2. Genitale operatie: verwijdering van de penis (penectomie), verwijdering van de testikels (orchidectomy), vorming van een vagina (vaginoplastiek), vorming van een clitoris (clitoroplastiek), vorming van schaamlippen (vulvoplastiek).
3. Overige operaties: vervrouwelijkende gezichtsoperaties, veranderingen in vetverdeling (d.m.v. liposuctie en lipofilling), stemoperatie, verkleining van de adamsappel (trachial shave), bilvergroting met implantaten of lipofilling, haarreconstructie, haartransplantatie en diverse esthetische operaties.

Voor transmannen

1. Borst- en borstkasoperatie: verwijdering van het onderhuidse borstweefsel (subcutane mastectomie), vorming van een mannelijke borstkas.
2. Genitale operaties: verwijdering van de baarmoeder (hysterectomie), verwijdering van eileiders en eierstokken (salpingo-oophorectomie), reconstructie van het vaste deel van de plasbuis (urethra).
Verlegging en/of verlenging van de plasbuis naar de clitoris en vrijlegging van de vergrote clitoris (metaïdioplastiek).
Vorming van een penis (faloplastiek door een gesteelde weefselflap of een vrije weefselflap met hechting van de bloedvaten).
Verwijdering van de vagina (vaginectomy/colpectomie).
Toevoegen van een erectieprothese en/of testikelprothesen;
3. Overige operaties: stemoperatie (zelden), wijzigingen in vetverdeling (liposuctie en lipofilling), mannelijke borstimplantaten en diverse esthetische operaties.

Reconstructieve versus esthetische plastische chirurgie

De vraag of genderbevestigende operaties beschouwd moeten worden als esthetisch of als reconstructief is niet alleen vanuit filosofisch, maar ook vanuit financieel oogpunt erg belangrijk. Esthetische of cosmetische chirurgie wordt meestal beschouwd als niet-medisch noodzakelijk en moet daardoor geheel door de patiënt zelf worden betaald. Daartegenover wordt reconstructieve chirurgie als medisch noodzakelijk beschouwd - met onbetwistbare therapeutische resultaten- en dus geheel of gedeeltelijk betaald door de nationale gezondheidszorg of verzekeringsmaatschappijen.

Helaas is op het gebied van de plastische en reconstructieve chirurgie geen helder onderscheid te maken tussen wat puur reconstruerend en wat puur cosmetisch is, niet in het algemeen, maar ook niet bij operaties op gendergebied. In feite zijn de meeste operaties een mengvorm van cosmetisch en reconstruerend. De meeste professionals zijn het er wel over eens dat genitale operaties en verwijdering van de borsten niet zuiver cosmetisch zijn. Maar de meningen verschillen als het gaat over andere operaties. Kunnen borstvergroting en vrouwelijke gezichtsoperaties als zuiver reconstruerend worden gezien? Het is gemakkelijk om een faloplastiek of een vaginoplastiek als een interventie in een levenslange lijdensweg te zien. Maar voor iemand met genderdysforie kan een neusverkleining een groot en

blijvend effect hebben op de kwaliteit van leven en is daardoor medisch meer noodzakelijk dan voor iemand zonder genderdysforie.

Criteria voor operaties

De criteria voor operatieve behandeling zijn, net als de overige criteria van de Wpath-Zorgstandaard, ontwikkeld om de optimale zorg te bevorderen.

Voor toelating tot borst- en genitale operaties is voor alle patiënten aanhoudende of blijvende genderdysforie, vastgesteld door een ggz-er, het criterium. Voor bepaalde operaties komen daar nog vereisten bij zoals voorbereiding door vrouwelijke of mannelijke hormoonbehandeling en de real-life-fase (één jaar voortdurend geleefd hebben in de gewenste genderrol).

Op basis van beschikbare kennis en ervaring gelden er voor verschillende operaties andere aanbevelingen.

De Wpath-Zorgstandaard geeft geen advies over de volgorde van de operaties. Die variëren van patiënt tot patiënt, afhankelijk van de behoeften of noodzaak.

Criteria voor borstoperaties (één verwijzer volstaat)

Criteria voor borstoperaties bij transmannen (borstweefselverwijdering en vorming van een mannelijke borstkas) en criteria voor borstoperaties bij transvrouwen (borstvergroting door implantaten of lipofilling):

1. aanhoudende, goed gedocumenteerde genderdysforie;
2. de informatie is geheel begrepen en de patiënt geeft toestemming;
3. de patiënt is meerderjarig, of indien jonger, beantwoordt aan de criteria voor adolescenten en kinderen;
4. medische of psychische nevenproblemen zijn onder controle.

Hormoonbehandeling is bij transmannen geen vereiste.

Het wordt wel sterk aanbevolen maar is niet vereist dat transvrouwen de vrouwelijke hormoonbehandeling ten minste 12 maanden wordt ondergaan vóór borstvergroting. De aanbeveling is bedoeld om de borstontwikkeling optimaal te laten plaatsvinden om esthetisch betere operatieresultaten te verkrijgen.

Criteria voor genitale operaties (twee onafhankelijke verwijzers zijn nodig)

De criteria voor genitale operaties hangen af van de specifieke operatie die moet worden uitgevoerd.

Criteria voor de verwijdering van de baarmoeder en eierstokken bij transmannen en voor de verwijdering van de testes bij transvrouwen:

1. aanhoudende, goedgedocumenteerde genderdysforie;
2. de patiënt heeft de informatie geheel begrepen en geeft toestemming;
3. de patiënt is meerderjarig, of indien jonger, beantwoordt aan de criteria voor adolescenten en kinderen;
4. medische of psychische nevenproblemen zijn onder controle.
5. De patiënt heeft 12 maanden achtereen hormonen, passend bij de bedoelde genderrol, gebruikt (tenzij de hormonen eigenlijk niet voor deze patiënt geïndiceerd zijn).

De bedoeling van een jaar hormoongebruik is, eerst een periode van nog steeds omkeerbare onderdrukking van de oorspronkelijke hormonen te hebben ondergaan voordat de onomkeerbare veranderingen plaatsvinden.

Deze criteria gelden niet voor patiënten die deze behandelingen ondergaan om andere medische redenen dan genderdysforie.

Criteria voor metadoioplastiek of falloplastiek (transmannen) en voor de vaginoplastiek (transvrouwen):

Hier gelden dezelfde criteria als bij de hiervoor vermelde operaties, met toevoeging van het criterium van de real-life-test:

- De patiënt heeft 12 maanden geleefd in de genderrol die past bij de genderidentiteit. Het is niet vereist, maar wordt aanbevolen, dat personen die in aanmerking komen voor deze operaties regelmatig een andere arts of een ggz-er bezoeken.

Achtergrond van één jaar real-life-test of real-life-fase

Het criterium real-life-fase vóór bepaalde genitale operaties is gebaseerd op de overeenstemming in behandelervaring dat patiënten die 12 maanden continu in de gewenste genderrol functioneren, voldoende ervaring en sociale aanpassing opdoen om de onomkeerbare operaties te ondergaan. Zoals al opgemerkt in hoofdstuk VII, is de sociale transitie vaak een veel zwaardere opgave dan de verandering van lichaamskenmerken. De persoonlijke en sociale gevolgen van transitie, het 'om gaan', kunnen immens zijn. Dus als de persoon zich bewust is van de gevolgen binnen het gezin, de familie, de omgeving en op school en in beroep, is de kans op een succesvolle transitie veel groter. Ondersteuning door een ggz-er en lotgenoten kan een waardevolle bijdrage leveren in de aanpassing (Bockting, 2008).

De duur van 12 maanden is gekozen omdat in die periode ervaring opgedaan wordt met een jaarcyclus van verschillende gebeurtenissen: familiegebeurtenissen, feestdagen, verjaardagen, vakanties, seizoenbepaalde periodes in het werk of op school. In deze periode wordt de patiënt geacht dagelijks en in alle situaties in de gewenste rol te functioneren. Dat betekent 'coming out' naar partners, familie, vrienden, de gemeenschap in bredere zin (werk, kerk, club, dorp, buurt).

In het dossier moeten de start van de real-life-fase en de opgedane ervaringen zijn gedocumenteerd. Er zijn gevallen waar de notities over de vervulling om enige reden geverifieerd moeten kunnen worden. Dat kan door contact met personen met wie de patiënt in contact heeft gestaan, door opvragen van gegevens of inzicht in de wettelijke gegevens van naams- en geslachtsverandering.

Operaties bij mensen met ernstige geestelijke stoornissen

Wanneer patiënten met genderdysforie ook een diagnose van een ernstige psychiatrische stoornis hebben of tekortschietend realiteitsbesef, moet geprobeerd worden deze toestanden door medicatie of psychotherapie te verbeteren voordat wordt geopereerd (Dhejne et al., 2011). Te denken valt aan psychotische periodes, bipolaire stoornis, dissociatieve identiteitsstoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis. De effecten van deze behandeling moet worden beoordeeld door een gekwalificeerde ggz-er. Bij voorkeur iemand

die de persoon langer kent: hoe is de geestelijke toestand van de patiënt en is hij/zij klaar voor de operaties. Actief psychotisch personen worden niet geopereerd. Personen met verstandelijke beperkingen vragen veel zorg om de de persoon goed voorbereid het proces te laten ondergaan.

Competenties van de chirurg voor borstoperaties en genitale operaties

Operaties voor genderdysforie worden uitgevoerd door urologen, gynaecologen, plastisch chirurgen of algemeen chirurgen, die als zodanig ingeschreven staan bij de nationale of regionale beroepsverenigingen. Chirurgen moeten gespecialiseerd zijn in genitale reconstructieve technieken, getraind en gesuperviseerd door een meer ervaren iemand, zoals blijkt uit documenten. Ook ervaren chirurgen wordt aangeraden hun werk periodiek te laten beoordelen door collega's. Een officiële en gepubliceerde audit kan een geruststelling voor patiënten en verwijzers zijn. Deelname aan bijscholingen met nieuwe technieken zijn gewenst. Ideaal zou het zijn als chirurgen meer dan één techniek van genitale reconstructie beheersen, zodat er alternatieven zijn voor de patiënt. Eventueel kan de chirurg informatie geven over of verwijzen naar een collega die andere technieken beheerst. Patiënten kunnen informatie tegenwoordig effectief op internet opzoeken en delen met elkaar.

Borstoperaties en hun complicaties

Hoewel borsten een belangrijk secundair geslachtskenmerk zijn, is de aanwezigheid van borsten en de grootte ervan niet opgenomen in de wettelijke definitie van sekse en gender. Ook zijn ze niet noodzakelijk voor voortplanting. De uitvoering van borstoperaties bij genderdysforie vraagt toch dezelfde zorg als hormoonbehandeling, omdat beide onomkeerbare gevolgen hebben.

Voor transvrouwen is borstvergroting (mammoplastiek, soms borstreconstructie en augmentatie genoemd) niet afwijkend van die bij een biologische vrouw. Het gebeurt gewoonlijk door het inbrengen van borstprothesen en soms door lipofilling (verzamelen van patiënt's eigen lichaamsvet en opnieuw inbrengen in de borsten). Infecties en inkapseling treden soms op bij transvrouwen (Kanhai, Hage, Karim, & Mulder, 1999).

Voor transmannen is er de borstweefselverwijdering (mastectomie, of borstkas contouring). Als de verwijderde hoeveelheid borstweefsel aanzienlijk is, en huid verwijderd moet worden, ontstaat een litteken. De patiënt hoort dit te weten. Als complicatie van verwijdering onder de huid (subcutaan) kan afsterving van de tepel optreden, kunnen vormen onregelmatig worden en littekens ontstaan (Monstrey et al., 2008).

Complicaties bij genitale operaties

Genitale operaties bij transvrouwen kunnen zijn: verwijdering van de testikels en penis, vorming van een vagina, clitoris en schaamlippen. Technieken zijn onder andere: omkering van de penishuid, transplantatie van gesteeld endeldarmweefsel en verplaatsing van losse huiddelen, om de nieuwe vagina (neovagina) te bekleden. Sexuele prikkeling is een belangrijk doel bij de vaginoplastiek, naast het creëren van een functionerende vagina en een acceptabel aanzicht.

Complicaties kunnen zijn: geheel of gedeeltelijk afsterving van de vagina of schaamlippen, fistels (lekken) van blaas of endeldarm naar de vagina, vernauwingen in de plasbuis (urethrale stenose) en vagina's die te kort of te nauw zijn om gemeenschap te hebben. Hoewel de technieken voor de vaginoplastiek goed voldoen en ook mooie resultaten opleveren, kan het voorkomen dat er geen orgasme optreedt (anorgasmie). En soms is een verdergaande tweede operatie nodig aan de schaamlippen voor een acceptabeler aanzicht (Klein & Gorzalka, 2009; Lawrence, 2006).

Voor transmannen kan operatie gaan om: verwijdering van baarmoeder, eileiders, eierstokken en vagina, vrijlegging van de vergrote clitoris, vorming van een balzak, aanpassing van de plasbuis, plaatsing van testikelprothesen en vorming van een penis. Voor patiënten die eerder een buikoperatie ondergingen wordt als methode voor de verwijdering van de inwendige geslachtsorganen (baarmoeder en eierstokken) laparoscopie geadviseerd (operatie via een kijkbuis in de buikwand) om littekenweefsel in de lage buikhuid te vermijden. Toegang door de vagina kan moeilijk zijn, omdat de meeste patiënten weinig geslachtsgemeenschap hebben gehad en zelden een kind gebaard hebben. Methoden voor de vorming van een penis zijn divers. De keuze van de methode hangt af van iemands bouw/anatomie, operatie-overwegingen en de financiële mogelijkheden van de patiënt. Wanneer als einddoelen van de penisvorming gelden: mooi resultaat, staan kunnen plassen, seksuele prikkeling en/of mogelijkheid tot geslachtsgemeenschap, moet de patiënt goed voorgelicht worden over het feit dat er dan verschillende afzonderlijke operaties nodig zijn. Zelfs de vrijlegging van de vergrote clitoris tot een kleine penis, die in theorie in één keer zou kunnen, vraagt in de praktijk soms meerder operaties. Het staande plassen kan niet altijd gerealiseerd worden met deze techniek (Monstrey et al., 2009).

De vorming van penis van normale grootte leidt meermalen tot vernauwingen in de plasbuis en ontstaan van fistels en een enkele keer tot afsterven van de nieuwe penis. Vorming van een penis vanuit een gesteelde flap huid of een vrije flap met vaathechting is een langdurig proces in meerdere stappen, met regelmatig bijkomende problemen aan de urinewegen en de onvermijdelijke littekens op de donorplaats waar de huid is weggenomen. Om deze redenen nemen veel transmannen genoeg met verwijdering van de baarmoeder, eileiders en eierstokken (Hage & de Graaf, 1993).

Zelfs patiënten die ernstige complicaties ondervonden hebben, betreuren maar zelden de ingrepen. Het belang van de operaties kan niet beter aangegeven worden dan door het feit dat de kwaliteit van de operaties de beste voorspeller is van het eindresultaat van de totale geslachtsaanpassing.

Andere operatieve ingrepen

Ander operaties om een vrouwelijke lichaamsvorm te bereiken zijn: verkleining van de adamsappel, stemoperatie, verplaatsing van lichaamsvet door liposuctie en –filling voor taille en billen/heupen, neusverkleining of -correctie, correctie van de aangezichtsbotten, face-lift of ooglidcorrectie. Stemcorrectie bij transmannen voor een zwaardere stem komt zelden voor, maar is een enkele keer gewenst als de hormonen dit effect niet hebben gehad.

Hoewel voor deze behandelingen geen verwijzing door een ggz-er nodig is, kunnen deze hulpverleners wel een bijdrage leveren in het maken van de afwegingen, het bereiken van 'informed consent' en zaken als timing in het totale transitieproces.

Hoewel de meeste van deze behandelingen in het algemeen als zuiver cosmetisch worden beschouwd, kunnen ze bij personen met ernstige genderdysforie soms als medisch noodzakelijk worden beschouwd, afhankelijk van beoordeling van patiënts uiterlijk en de unieke leefomstandigheden. In dit soort individuele behandelsituaties moet een afweging plaatsvinden op noodzaak en wenselijkheid.

Hoofdstuk XII Postoperatieve zorg en nazorg

Bij operaties bij personen met genderdysforie is er een verband tussen goede postoperatieve zorg plus langetermijn nazorg (follow up) en goede chirurgische en psychosociale resultaten (Monstrey et al., 2009). Het lang volgen van de patiënt blijkt goed uit te werken op de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de patiënten en op de kennis van de chirurg van voordelen en beperkingen van de operaties. Ook als de patiënten van ver komen moet het geprobeerd worden en anders moet ter plekke nazorg geregeld worden.

Na de operaties kunnen sommigen zich aan de nazorg onttrekken, zowel die van de opererende arts als de hormoonvoorschrijvende arts, omdat ze niet voldoende onderkennen dat deze artsen het best in staat zijn om problemen te voorkomen, snel diagnoses kunnen stellen en te behandelen. Juist in hun situatie na operatie en het gebruik van hormonen. Het geldt ook voor de ggz-er. Deze kent de patiënt al langer dan de andere behandelaars en is meestal degene die de postoperatieve aanpassingsproblemen van de patiënt het snelst ziet.

Nazorg kan dan ook niet genoeg benadrukt worden. Periodieke medische screening kan gebeuren volgens de algemeen aanbevolen leeftijdsrichtlijnen.

Hoofdstuk XIII Levenslange preventieve en primaire zorg

Transseksuele, transgender en gender-nietconforme mensen hebben levenslange medische begeleiding nodig. Het meest duidelijk is, dat door de verwijdering van de geslachtsorganen op betrekkelijk jonge leeftijd en door het langdurig hormoongebruik in hoge doses, deze mensen extra risico lopen. Controle door artsen die zowel de primaire zorg én de transgendergezondheidskennis hebben is nodig. Indien deze kenniscombinatie niet aanwezig is, is collegiale consultatie gewenst. Voor de primaire zorg moet aandacht zijn na alle stappen in het transitieproces. En ook al spelen hormoonvoorschrijvend arts en chirurg een belangrijke rol met hun controles, alle transgenders moet een goede band hebben met hun huisarts voor de levering van de basisgezondheidszorg (Feldman, 2007).

Algehele preventie

Richtlijnen voor medische screening voor de hele bevolking zijn ook geschikt voor screening van orgaansystemen die zelden worden beïnvloed door mannelijke of vrouwelijke hormoonbehandeling. Maar bij screenings op hart- en vaatziekten, osteoporose en sommige kankersoorten (borstkanker, eierstokkanker, baarmoeder – en baarmoederhalskanker, prostaat- en urineweg kanker) kunnen bij patiënten die hormoontherapie ondergaan de algemene richtlijnen niet passend zijn of kunnen de normaalwaarden afwijken.

Er zijn protocollen voor patiënten met hormoonbehandeling en nabehandeling na genderbevestigende operaties (Center of Excellence for Transgender Health, UCSF, 2011; Feldman & Coldberg, 2006; Feldman, 2007; Gorton, Buth & Spade, 2005). De nationale richtlijnen dienen ook geraadpleegd worden en verder besproken met de patiënt in het licht van de algemene basisrisico's en de bijkomende risico's van langdurig hormoongebruik.

Controle op kanker

Screening op kanker van organen die te maken hebben met seksualiteit en gender kunnen voor de transseksuele, transgender en gender-nietconforme mensen en hun behandelaars een bijzondere uitdaging zijn. Medisch en psychosociaal. Omdat er nog onvoldoende voorspellend onderzoek is, is niet duidelijk hoe vaak gecontroleerd moet worden. Te vaak screenen geeft hoge kosten, een hoger aantal vals-positieve meldingen met stress als gevolg en vaak onnodige blootstelling aan röntgenstraling en onderzoeken als biopsiën. Te weinig screening kan zorgen voor late vaststelling en behandeling van overigens behandelbare kankers. Patiënten kunnen screenings als bevestigend ervaren (zoals borstkankeronderzoek voor transvrouwen), maar ook lichamelijk en psychisch pijnlijk (Papuitstrijkjes bij transmannen en prostaatonderzoek bij transvrouwen).

Urogenitale zorg

Gynaecologische zorg kan voor de transgendergroep als geheel, van alle seksen, van belang zijn. Bij transmannen voornamelijk bij nietgeopereerde personen. Bij transvrouwen juist na operatie. Hoewel de meeste chirurgen de patiënten postoperatief op urogenitale problemen controleren, zouden gynaecologen en huisartsen vertrouwd moeten zijn met de materie.

Alle transvrouwen krijgen voorlichting over genitale hygiëne, sexualiteit en preventie van sexueel overdraagbare infectieziekten. Maar ook over de noodzaak van dilatatie (oprekken van de vagina) of geslachtsgemeenschap om de vagina op breedte en diepte te rekken (van Trotsenburg, 2009). Wegens de mannelijke anatomie van het bekken verschillen de positie, ligging en afmetingen van de nieuwe vagina van die van een biologische vrouw. Als de transvrouw en/of de partners hier geen weet van hebben, kan dit belemmerend zijn bij de geslachtsgemeenschap (van Trotsenburg, 2009).

Infecties van de lagere urinewegen (blaas en plasbuis) komen vaak voor bij transvrouwen die een reconstructieoperatie ondergingen aan de verkorte plasbuis. Bij deze mensen komen functiestoornissen van de lagere urinewegen voor. Deze aandoeningen kunnen veroorzaakt worden door beschadiging van de zenuwbanen van de blaasbodem bij de operatie tussen blaas en endeldarm en door een veranderde positie van de blaas zelf. Een niet perfect functionerende blaas komt voor na genderbevestigende operaties, zoals een hyperactieve blaas of verhoogde plasaandrang of stress-incontinentie (incontinentie door niet tegen te houden aandrang bij spanning) (Hoebelke et al., 2005; Kuhn, Hildebrand & Birkhauser, 2007).

De meeste transmannen laten geen vaginaverwijdering doen. Bij de patiënten die mannelijke hormonen gebruiken, kunnen, ondanks de aanzienlijke omzetting van testosteron in oestrogeen, toch vormen van atrofie (verschrompeling) van de vaginawand voorkomen. Dat kan leiden tot jeuk of een branderig gevoel. Vaginaal onderzoek kan lichamelijke en psychische pijn opleveren, maar nalaten van behandeling kan de situatie verergeren. Gynaecologen die de genitale klachten van transmannen behandelen zouden zich goed bewust moeten zijn van de gevoeligheid van de overblijfselen van de vrouwelijke anatomie bij deze transmannen.

Op dezelfde wijze moeten huisartsen en specialisten zich van de gevoeligheid bewust zijn als bij transvrouwen prostaatonderzoek moet plaatsvinden.

Hoofdstuk XIV Toepassing van de Wpath-Zorgstandaard bij mensen in instellingen

De Wpath-Zorgstandaard is van toepassing op alle transseksuele, transgender en gender-nietconforme mensen, ongeacht waar of hoe ze leven. Mensen horen niet gediscrimineerd te worden in hun toegang tot zorg op basis van de plek waar ze wonen of leven. Dat geldt voor gevangenissen, huizen van bewaring en alle vormen van gezondheidszorg, begeleid wonen of jeugdzorg (Brown, 2009). De gezondheidszorg voor de doelgroep levend in instellingen dient een afspiegeling te zijn van die voor mensen in de maatschappij.

Alle elementen van onderzoek en behandeling die hier eerder beschreven zijn, zijn ook mogelijk voor mensen in instituten en instellingen (Brown, 2009). De toegang tot medisch noodzakelijke zorg kan op basis van institutionalisering hen niet onthouden worden. Als de gezondheidszorg die de instelling ter beschikking staat niet kan voldoen aan de vereisten van kennis en kunde, moeten terzake deskundigen buiten de instelling worden geraadpleegd.

Mensen met genderdysforie in instellingen kunnen gemakkelijk bijkomende geestelijke en gezondheidsproblemen hebben (Cole et al., 1997). Hier moet op onderzocht worden en waar mogelijk behandeld worden.

Mensen die hormoonbehandeling krijgen en vervolgens in een instelling worden geplaatst, moeten op dezelfde wijze doorgaan met de behandeling en controles volgens de Wpath-Zorgstandaard. Het 'bevriezen' van de behandeling kan bijna nooit de bedoeling zijn (Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/ Maloney, 2002). Personen die in aanmerking komen voor hormoonbehandeling volgens de Wpath-Zorgstandaard moeten daar ook mee kunnen starten. Abrupt staken van de hormonen of niet starten met de behandeling kan ernstige gevolgen hebben: zelfbehandeling door zelfcastratie, depressies, onrust en onlust, kans op zelfdoding (Brown, 2010).

Aanpassingen ten opzichte van de Wpath-Zorgstandaard in het leveren van zorg kunnen wel, als ze maar niet de medisch noodzakelijke zorg benadelen voor de persoon met genderdysforie. Een acceptabele aanpassing is bijvoorbeeld het verstrekken van de hormonen per injectie, als er kans is op verspreiding van pillen of drankjes. Maar alleen als er geen medische contra-indicatie is. Geen toestemming voor genderrolwisseling, weigeren van behandeling, inclusief weigering van operaties alleen op basis van het verblijf in de instelling is geen acceptabele aanpassing aan de Wpath-Zorgstandaard (Brown, 2010).

Ten aanzien van verblijfruimten en sanitaire voorzieningen voor de transseksuele, transgender en gender-nietconforme bewoners van instellingen moet rekening houden met de genderidentiteit en genderrol, lichamelijke toestand, waardigheid en persoonlijke veiligheid. Plaatsing in een sekse-gescheiden eenheid, woning, afdeling enkel op basis van het uiterlijk van de externe geslachtsorganen, is niet passend en opent de kans dat de persoon slachtoffer wordt van misdragingen van anderen (Brown, 2009).

Instituten waar de transgenders terechtkomen om te wonen en zorg te ontvangen dienen een tolerant en positief klimaat te verzekeren om te garanderen dat transgenders niet aan aanvallen, verbaal, nonverbaal of fysiek, blootstaan van personeel of andere bewoners.

Hoofdstuk XV Toepasbaarheid van de Wpath-Zorgstandaard bij mensen met een afwijkende ontwikkeling van de voortplantingsorganen

Terminologie

De term stoornis van de sexuele ontwikkeling (disorder of sex development, DSD) slaat op een ongewone lichamelijke ontwikkeling van de voortplantingsorganen (Hughes et al., 2006). De term omvat ook wat 'interseksualiteit' wordt genoemd. Hoewel de benaming is veranderd in DSD op een internationale conferentie in 2005, blijft er onenigheid over de benaming. Er wordt geprotesteerd tegen het etiket 'stoornis'. Deze mensen huldigen het standpunt dat de aangeboren aandoening een vorm van diversiteit, een variatie, is (Diamond, 2009) en zij blijven de term intersex of interseksualiteit gebruiken. In de Wpath-Zorgstandaard gebruikt WPATH de benaming DSD op een objectieve, neutrale en waardeoordeel-vrije wijze vanwege de herkenbaarheid voor de medische wereld en in de publicaties. WPATH blijft open staan voor nieuwe termen die de ervaringen van leden van deze groep mensen aangeeft en bovendien tot betere gezondheidszorg leidt.

Achtergrond van de toevoeging aan de Wpath-Zorgstandaard

In het verleden werden personen met DSD die tegelijk beantwoorden aan de kenmerken van een genderidentiteitsstoornis (DSM IV-revised, American Psychiatric Association, 2000) niet op een juiste wijze benoemd. Op hen werden de oudere versies van de Wpath-Zorgstandaard niet van toepassing geacht.

In DSM-5 (www.dsm5.org) is de term 'genderidentiteitsstoornis' vervangen door 'genderdysforie'. De mensen met genderdysforie én DSD worden beschouwd als een subgroep binnen de groep mensen met genderdysforie. Dus genderdysforie bestaat mét en zonder DSD. Deze verfijning wordt terecht gemaakt, omdat de mensen mét DSD anders naar voren komen, in uiterlijk, in zorggeschiedenis, in aantal, in levensloop, en in ontstaanswijze (Meyer-Bahlburg, 2009). Volwassenen met DSD en genderdysforie komen steeds meer in beeld in de gezondheidszorg, ook bij de ggz. Vandaar een korte bespreking in deze versie van de Wpath-Zorgstandaard.

Achtergrond

Al diegenen die mensen met genderdysforie en DSD bijstaan horen te beseffen dat hun medische geschiedenis aanmerkelijk afwijkt van die van de meerderheid van de mensen met genderdysforie.

Sommigen kunnen al herkend zijn als hebbende DSD bij de geboorte, door afwijkende vormen van de genitaliën. In toenemende mate zelfs vóór de geboorte door beeldvormend onderzoek, zoals de echo. Deze kinderen ondergaan een heel scala aan medische onderzoeken. De sekse van de pasgeborenen wordt pas vastgelegd na overleg tussen artsen en gezin. In dat overleg komen de diagnose, de uitslagen van lichamelijk en hormonaal onderzoek, de kennis over onderzoeken over de lange termijn uitgebreid aan de orde (Cohen-Kettenis, 2005; Dessens, Slijper & drop, 2005; Jurgensen, Hiort, Holterhus & Thyen, 2007; Mazur, 2005; Meyer-Bahlburg, 2005; Stikkelbroeck et al., 2003; Wisniewski, Migeon, Malouf, & Gearhart, 2004).

Andere mensen met DSD komen onder de aandacht in de puberteitsjaren, omdat er een ongewone ontwikkeling van de secundaire geslachtskenmerken optreedt. Ook hier is speciaal onderzoek vereist.

Het type DSD en de ernst van de aandoening heeft nogal wat consequenties. De toegekende sekse bij geboorte, aard en noodzaak van operaties aan de genitaliën, en andere medische, psychologische en sociale zorg vragen om nieuwe beslissingen. Om een voorbeeld te noemen: de mate waarin iemand voor de geboorte blootgesteld is aan androgenen, mannelijke hormonen, bepaalt deels de mate waarin genderrol en genderexpressie ook mannelijker aandoen. Toch is dat ook weer niet zó allesbepalend, want er blijkt een behoorlijke variatie, waar de blootstelling aan androgenen niet verantwoordelijk voor is (Jurgensen te al., 2007; Meyer-Bahlbur, Dolezal, Baker, Ehrhardt & New, 2006). Opmerkelijk is, dat zo'n verband tussen prenatale blootstelling aan hormonen en genderidentiteit niet gevonden is (Meyer-Bahlburg et al., 2004). Mensen met dezelfde diepste genderidentiteit kunnen dus rijkelijk variëren in de mate van vermannelijkt gedrag.

Onderzoek en behandeling van genderdysforie plus DSD

Het komt niet vaak voor dat iemand met DSD genderdysforie ervaart voordat de diagnose DSD wordt gesteld. Een DSD-diagnose komt typisch aan het licht door een onderzoek naar de gezondheidsgeschiedenis (anamnese) en een basaal lichamelijk onderzoek. Dezelfde zaken die ook horen bij een medisch onderzoek voordat iemand hormonen gaat gebruiken of operaties ondergaat vanwege genderdysforie. Een ggz-er verzoekt een cliënt die zich aanmeldt met genderdysforie een gericht lichamelijk onderzoek te laten doen, zeker als hij/zij niet kort tevoren gezien is door de huisarts.

De meeste mensen die geboren worden met onbestemde genitaliën ontwikkelen geen genderdysforie (Meyer-Bahlbug, Dolezal et al., 2004; Wisniewski et al., 2004). Maar er zijn er die genderdysforie ontwikkelen en de bij de geboorte toegekende sekse afwijzen en in transitie gaan (Meyer-bahlburg, 2005; Wilson, 1999, Zucker, 1999).

Als er sterke aanwijzingen zijn voor genderdysforie, is een gedegen onderzoek nodig door een terzake deskundige, ongeacht de leeftijd. Speciale aanbevelingen voor onderzoek en het beslissingsproces erna zijn gedaan door Meyer-Bahlburg (2011). Pas daarna mogen stappen genomen worden over geslachtsaanpassing en genderrol. Behandelaars van deze personen kunnen baat hebben bij de door Cohen-Kettenis verworven inzichten (2010). De behandelcriteria, zoals leeftijd en duur van de ervaring in de gewenste genderrol, kunnen niet routinematig worden toegepast, omdat de situaties van personen met DSD meestal anders liggen (Meyer-Bahlburg, 2011).

Andere bronnen van informatie

De medische geschiedenis van mensen met genderdysforie en DSD is vaak erg ingewikkeld. Het gaat over een groot aantal aangeboren, genetische, endocriene (hormonale) en lichamelijke afwijkingen en ook dus een waaier aan hormonale, operatieve en andere medische behandelingen. In het psychosociale vlak en de medische zorg komen er vaak meerdere thema's aan de orde, nog afgezien van de genderdysforie. Beschouwingen hierover gaan de reikwijdte van de Wpath-Zorgstandaard te boven. Uitbreider is hierover

te lezen bij Cohen-Kettenis & Pfäfflin (2003) en Meyer-Bahlburg (2002, 2008). Lotgenotengroepen en patiëntenverenigingen kunnen voor veel gezinnen van nut zijn.

Over de medische behandelingen van DSD is veel gepubliceerd. Door kinderendocrinologen en urologen, vaak van hoog niveau en meest in samenwerking met terzake deskundigen uit de geestelijke gezondheidszorg. Recent zijn er op internationale conferenties richtlijnen vastgesteld voor DSD in het algemeen (Hughes et al., 2006) en speciaal voor het adrenogenitaal syndroom (overmatige groei van de bijniere bij pasgeborenen, met gevolgen voor de hormoonhuishouding, Joint LWPES/ESPE CAH Working Group, 2002; Speiser et al., 2003). De behoefte aan verder onderzoek naar DSD en andere variaties (46,XXY) wordt benadrukt (Meyer-Bahlburg & Blizzard, 2004; Simpson et al., 2003)

Literatuurverwijzingen

- Abramowitz, S. I. (1986). Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(2), 183–189. doi:10.1037/0022-006X.54.2.183
- ACOG Committee of Gynecologic Practice. (2005). Committee opinion #322: Compounded bioidentical hormones. *Obstetrics & Gynecology, 106*(5), 139–140.
- Adler, R. K., Hirsch, S., & Mordaunt, M. (2006). *Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client: A comprehensive clinical guide*. San Diego, CA: Plural Pub.
- American Academy of Family Physicians. (2005). Definition of family medicine. Retrieved from <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/fammeddef.html>
- American Medical Association. (2008). Resolution 122 (A-08). Retrieved from <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/122.doc>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2011). Scope of practice. Retrieved from www.asha.org
- Anton, B. S. (2009). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Minutes of the annual meeting of the council of representatives, February 22–24, 2008, Washington, DC, and August 13 and 17, 2008, Boston, MA, and minutes of the February, June, August, and December 2008 meetings of the board of directors. *American Psychologist, 64*, 372–453. doi:10.1037/a0015932
- Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A. J., de Ronde, W., van Trotsenburg, M. A. A., & Gooren, L. J. G. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology, 164*(4), 635–642. doi:10.1530/EJE-10-1038
- Baba, T., Endo, T., Honnma, H., Kitajima, Y., Hayashi, T., Ikeda, H., . . . Saito, T. (2007). Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. *Human Reproduction, 22*(4), 1011–1016. doi:10.1093/humrep/del474
- Bakker, A., Van Kesteren, P. J., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 87*(4), 237–238. doi:10.1111/j.1600-0447.1993.tb03364.x
- Balen, A. H., Schachter, M. E., Montgomery, D., Reid, R. W., & Jacobs, H. S. (1993). Polycystic ovaries are a common finding in untreated female to male transsexuals. *Clinical Endocrinology, 38*(3), 325–329. doi:10.1111/j.1365-2265.1993.tb01013.x
- Basson, R. (2001). Towards optimal hormonal treatment of male to female gender identity disorder. *Journal of Sexual and Reproductive Medicine, 1*(1), 45–51.
- Basson, R., & Prior, J. C. (1998). Hormonal therapy of gender dysphoria: The male-to-female transsexual. In D. Denny (Ed.), *Current concepts in transgender identity* (pp. 277–296). New York, NY: Garland.

- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York, NY: Julian Press.
- Besnier, N. (1994). Polynesian gender liminality through time and space. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 285–328). New York: Zone Books.
- Bockting, W. O. (1999). From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *Siecus Report*, 28(1), 3–7.
- Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17(4), 211–224. doi:10.1016/j.sexol.2008.08.001
- Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey & A. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185–208). New York, NY: The Haworth Press.
- Bockting, W. O., & Goldberg, J. M. (2006). Guidelines for transgender care (Special issue). *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4).
- Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4), 35–82. doi:10.1300/J485v09n03_03
- Bolin, A. (1988). In search of Eve (pp. 189–192). New York, NY: Bergin & Garvey.
- Bolin, A. (1994). Transcending and transgendering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 447–486). New York, NY: Zone Books.
- Bornstein, K. (1994). *Gender outlaw: On men, women, and the rest of us*. New York, NY: Routledge.
- Bosinski, H. A. G., Peter, M., Bonatz, G., Arndt, R., Heidenreich, M., Sippell, W. G., & Wille, R. (1997). A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinology*, 22(5), 361–380. doi:10.1016/S0306-4530(97)00033-4
- Brill, S. A., & Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. Berkeley, CA: Cleis Press.
- Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to The World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 133–139. doi:10.1080/15532730903008073
- Brown, G. R. (2010). Autocastration and autopenectomy as surgical self-treatment in incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 12(1), 31–39. doi:10.1080/15532731003688970
- Bullough, V. L., & Bullough, B. (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Callen Lorde Community Health Center. (2000). *Transgender health program protocols*. Retrieved from http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf

Callen Lorde Community Health Center. (2011). Transgender health program protocols. Retrieved from http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf

Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (n.d.). CASLPA clinical certification program. Retrieved from <http://www.caslpa.ca/>

Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 21(5), 591–603. doi:10.1016/j.jvoice.2006.05.005

Carnegie, C. (2004). Diagnosis of hypogonadism: Clinical assessments and laboratory tests. *Reviews in Urology*, 6(Suppl 6), S3–8.

Cattrall, F. R., & Healy, D. L. (2004). Long-term metabolic, cardiovascular and neoplastic risks with polycystic ovary syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 18(5), 803–812. doi:10.1016/j.bpobgyn.2004.05.005

Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. (2011). Primary care protocol for transgender health care. Retrieved from <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-00-00>

Chiñas, B. (1995). Isthmus Zapotec attitudes toward sex and gender anomalies. In S. O. Murray (Ed.), *Latin American male homosexualities* (pp. 293–302). Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.

Clements, K., Wilkinson, W., Kitano, K., & Marx, R. (1999). HIV prevention and health service needs of the transgender community in San Francisco. *International Journal of Transgenderism*, 3(1), 2–17.

Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 391–391. doi:10.1097/00004583-200104000-00006

Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 α -reductase-2 deficiency and 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 399–410. doi:10.1007/s10508-005-4339-4

Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Gender identity disorders. In C. Gillberg, R. Harrington & H. C. Steinhausen (Eds.), *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 695–725). New York, NY: Cambridge University Press.

Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Psychosocial and psychosexual aspects of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(2), 325–334. doi:10.1016/j.beem.2009.11.005

Cohen-Kettenis, P. T., & Kuiper, A. J. (1984). Transseksualiteit en psychotherapie. *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 10, 153–166.

Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 41–53. doi:10.1023/A:1021769215342

Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 499–513. doi:10.1007/s10508-009-9562-y
- Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 843–847. doi:0.1007/s10508-011-9758-9
- Cohen-Kettenis, P. T., Wallien, M., Johnson, L. L., Owen-Anderson, A. F. H., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2006). A parent-report gender identity questionnaire for children: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 397–405. doi:10.1177/1359104506059135
- Cole, C. M., O’Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer III, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 26(1), 13–26.
- Coleman, E. (2009a). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health’s Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 1–7. doi: 10.1080/15532730902799912
- Coleman, E. (2009b). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health’s Standards of Care: Psychological assessment and approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 69–73. doi: 10.1080/15532730903008008
- Coleman, E. (2009c). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health’s Standards of Care: Hormonal and surgical approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 141–145. doi: 10.1080/15532730903383740
- Coleman, E. (2009d). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health’s Standards of Care: Medical and therapeutic approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 215–219. doi: 10.1080/15532730903439450
- Coleman, E., Colgan, P., & Gooren, L. (1992). Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault. *Archives of Sexual Behavior*, 21(3), 313–321.
- Costa, L. M., & Matzner, A. (2007). *Male bodies, women’s souls: Personal narratives of Thailand’s transgendered youth*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Currah, P., Juang, R. M., & Minter, S. (2006). *Transgender rights*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Currah, P., & Minter, S. (2000). Unprincipled exclusions: The struggle to achieve judicial and legislative equality for transgender people. *William and Mary Journal of Women and Law*, 7, 37–60.
- Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 14(4), 549–556. doi:10.1016/S0892-1997(00)80010-7
- Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. M., & Jaber, A. (2006). Physical aspects of transgender endocrine therapy. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 111–134. doi:10.1300/J485v09n03_06

- Darney, P. D. (2008). Hormonal contraception. In H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S. Polonsky & P. R. Larsen (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (11th ed., pp. 615–644). Philadelphia: Saunders.
- Davies, S., & Goldberg, J. M. (2006). Clinical aspects of transgender speech feminization and masculinization. *International Journal of Transgenderism*, 9(3–4), 167–196. doi:10.1300/J485v09n03_08
- de Bruin, M. D., Coerts, M. J., & Greven, A. J. (2000). Speech therapy in the management of male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatica Et Logopaedica*, 52(5), 220–227.
- De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., . . . Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 679–690. doi:10.1007/s10508-005-7926-5
- De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Carael, B., Heylens, G., Rubens, R., . . . Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, 22(3), 137–141. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.002
- De Cuypere, G., & Vercruyssen, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 194–205. doi:10.1080/15532730903383781
- Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P.T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(Suppl 1), S131–S137. doi:10.1530/eje.1.02231
- Delemarre-van de Waal, H. A., van Weissenbruch, M. M., & Cohen Kettenis, P. T. (2004). Management of puberty in transsexual boys and girls. *Hormone Research in Paediatrics*, 62(Suppl 2), 75–75. doi:10.1159/000081145
- de Lignières, B. (1999). Oral micronized progesterone. *Clinical Therapeutics*, 21(1), 41–60. doi:10.1016/S0149-2918(00)88267-3
- Derrig-Palumbo, K., & Zeine, F. (2005). *Online therapy: A therapist's guide to expanding your practice*. New York, NY: W.W. Norton.
- Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 389–397. doi:10.1007/s10508-005-4338-5
- De Sutter, P. (2009). Reproductive options for transpeople: Recommendations for revision of the WPATH's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 183–185. doi:10.1080/15532730903383765
- De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3), retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no03_02.htm
- Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 8(1/2), 41–67

de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 9(3–4), 83–94. doi:10.1300/J485v09n03_04

de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1469–7610.2011.02426.x

de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930–936. doi:10.1007/s10803–010–0935–9

de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1743–6109.2010.01943.x

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Langstrom, N., & Landen, M. (2011). Longterm follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PloS ONE*, 6(2), 1–8. doi:10.1371/journal.pone.0016885

Diamond, M. (2009). Human intersexuality: Difference or disorder? *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 172–172. doi:10.1007/s10508–008–9438–6

Di Ceglie, D., & Thümmel, E. C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 387–396. doi:10.1177/1359104506064983

Dobs, A. S., Meikle, A. W., Arver, S., Sanders, S. W., Caramelli, K. E., & Mazer, N. A. (1999). Pharmacokinetics, efficacy, and safety of a permeation-enhanced testosterone transdermal system in comparison with bi-weekly injections of testosterone enanthate for the treatment of hypogonadal men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3469–3478. doi:10.1210/jc.84.10.3469

Docter, R. F. (1988). *Transvestites and Transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior*. New York, NY: Plenum Press.

Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34–45. doi:10.1037/0012–1649.44.1.34

Ehrbar, R. D., & Gorton, R. N. (2010). Exploring provider treatment models in interpreting the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 198–2010. doi:10.1080/15532739.2010.544235

Ekins, R., & King, D. (2006). *The transgender phenomenon*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Eklund, P. L., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1988). Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 152(5), 638–640.

Eldh, J., Berg, A., & Gustafsson, M. (1997). Long-term follow up after sex reassignment surgery. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 31(1), 39–45

- Emerson, S., & Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy*, 7(3), 1–12. doi:10.1300/J085V07N03_01
- Emory, L. E., Cole, C. M., Avery, E., Meyer, O., & Meyer III, W. J. (2003). Client's view of gender identity: Life, treatment status and outcome. Paper presented at 18th Biennial Harry Benjamin Symposium, Gent, Belgium
- Ettner, R., Monstrey, S., & Eyler, A. (Eds.) (2007). *Principles of transgender medicine and surgery*. Binghamton, NY: Haworth Press
- Eyler, A. E. (2007). Primary medical care of the gender-variant patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 15–32). Binghamton, NY: Haworth Press
- Factor, R. J., & Rothblum, E. (2008). Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MtFs, FtMs, and genderqueers. *Health Sociology review*, 17(3), 235–253
- Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston, MA: Beacon Press
- Feldman, J. (2005, April). Masculinizing hormone therapy with testosterone 1% topical gel. Paper presented at the 19th Biennial Symposium of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Bologna, Italy
- Feldman, J. (2007). Preventive care of the transgendered patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender surgery and medicine* (pp. 33–72). Binghamton, NY: Haworth Press
- Feldman, J., & Goldberg, J. (2006). Transgender primary medical care. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 3–34. doi:10.1300/J485v09n03_02
- Feldman, J., & Safer, J. (2009). Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 146–182. doi:10.1080/15532730903383757
- Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., . . . Walker-Schmucker, W. (2004). Myths and realities of online clinical work, observations on the phenomena of online behavior, experience, and therapeutic relationships. A 3rd-year report from ISMHO's clinical case study group. Retrieved from https://www.ismho.org/myths_n_realities.asp
- Fenway Community Health Transgender Health Program. (2007). Protocol for hormone therapy. Retrieved from http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway_Protocols.pdf?docID=2181
- Fisk, N. M. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome—the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine*, 120(5), 386–391
- Fitzpatrick, L. A., Pace, C., & Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in postmenopausal women: A cross-sectional survey. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(4), 381–387

- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press
- Fraser, L. (2009a). Depth psychotherapy with transgender people. *Sexual and Relationship Therapy, 24*(2), 126–142. doi:10.1080/14681990903003878
- Fraser, L. (2009b). E-therapy: Ethical and clinical considerations for version 7 of The World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism, 11*(4), 247–263. doi:10.1080/15532730903439492
- Fraser, L. (2009c). Psychotherapy in The World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism, 11*(2), 110–126. doi:10.1080/15532730903008057
- Garaffa, G., Christopher, N. A., & Ralph, D. J. (2010). Total phallic reconstruction in female-to-male transsexuals. *European Urology, 57*(4), 715–722. doi:10.1016/j.eururo.2009.05.018
- Gelder, M. G., & Marks, I. M. (1969). Aversion treatment in transvestism and transsexualism. In R. Green, & J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment* (pp. 383–413). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press
- Gelfer, M. P. (1999). Voice treatment for the male-to-female transgendered client. *American Journal of Speech-Language Pathology, 8*(3), 201–208
- Gharib, S., Bigby, J., Chapin, M., Ginsburg, E., Johnson, P., Manson, J., & Solomon, C. (2005). *Menopause: A guide to management*. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital
- Gijs, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research, 18*, 178–224.
- Gold, M., & MacNish, M. (2011). Adjustment and resiliency following disclosure of transgender identity in families of adolescents and young adults: Themes and clinical implications. Washington, DC: American Family Therapy Academy
- Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., & Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior, 38*(3), 378–392. doi:10.1007/s10508-007-9307-8
- Gooren, L. (2005). Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Hormone Research in Paediatrics, 64*(Suppl 2), 31–36. doi:10.1159/000087751
- Gorton, R. N., Buth, J., & Spade, D. (2005). *Medical therapy and health maintenance for transgender men: A guide for health care providers*. San Francisco, CA: Lyon-Martin Women's Health Services
- Green, R. (1987). *The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality*. New Haven, CT: Yale University Press
- Green, R., & Fleming, D. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research, 1*(1), 163–174

- Greenson, R. R. (1964). On homosexuality and gender identity. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 217–219
- Grossman, A. H., D’Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2006). Parent’s reactions to transgender youth’s gender-nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1), 3–16. doi:10.1300/J041v18n01_02
- Grossman, A. H., D’Augelli, A. R., & Salter, N. P. (2006). Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents’ responses. *Journal of GLBT Family Studies*, 2(1), 71–92
- Grumbach, M. M., Hughes, I. A., & Conte, F. A. (2003). Disorders of sex differentiation. In P. R. Larsen, H. M. Kronenberg, S. Melmed & K. S. Polonsky (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (10th ed., pp. 842–1002). Philadelphia, PA: Saunders
- Hage, J. J., & De Graaf, F. H. (1993). Addressing the ideal requirements by free flap phalloplasty: Some reflections on refinements of technique. *Microsurgery*, 14(9), 592–598. doi:10.1002/micr.1920140910
- Hage, J. J., & Karim, R. B. (2000). Ought GIDNOS get nought? Treatment options for nontranssexual gender dysphoria. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 105(3), 1222–1227
- Hancock, A. B., Krissinger, J., & Owen, K. (2010). Voice perceptions and quality of life of transgender people. *Journal of Voice*. Advance online publication. doi:10.1016/j.jvoice.2010.07.013
- Hastings, D. W. (1974). Postsurgical adjustment of male transsexual patients. *Clinics in Plastic Surgery*, 1(2), 335–344
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132–3154. doi:10.1210/jc.2009–0345
- Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gendervariant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36(1), 6–23. doi:10.1080/00926230903375560
- Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G. D., T’Sjoen, G., Weyers, S., . . . Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology*, 47(3), 398–402. doi:10.1016/j.eururo.2004.10.008
- Hoening, J., & Kenna, J. C. (1974). The prevalence of transsexualism in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 124(579), 181–190. doi:10.1192/bjp.124.2.181
- Hughes, I. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & LWPES1/ESPE Consensus Group. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554–563. doi:10.1136/adc.2006.098319
- Hunter, M. H., & Sterrett, J. J. (2000). Polycystic ovary syndrome: It’s not just infertility. *American Family Physician*, 62(5), 1079–1095.

Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: The National Academies Press

Jackson, P. A., & Sullivan, G. (Eds.). (1999). *Lady boys, tom boys, rent boys: Male and female homosexualities in contemporary Thailand*. Binghamton, NY: Haworth Press

Jockenhövel, F. (2004). Testosterone therapy-what, when and to whom? *The Aging Male*, 7(4), 319–324. doi:10.1080/13685530400016557

Johansson, A., Sundbom, E., Höjerback, T., & Bodlund, O. (2010). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39(6), 1429–1437. doi:10.1007/s10508-009-9551-1

Joint LWPES/ESPE CAH Working Group, Clayton, P. E., Miller, W. L., Oberfield, S. E., Ritzen, E. M., Sippell, W. G., & Speiser, P. W. (2002). Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Pediatric Endocrinology. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 87(9), 4048–4053. doi:10.1210/jc.2002-020611

Jurgensen, M., Hiort, O., Holterhus, P. M., & Thyen, U. (2007). Gender role behavior in children with XY karyotype and disorders of sex development. *Hormones and Behavior*, 51(3), 443–453. doi:0.1016/j.yhbeh.2007.01.001

Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and sublaxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 115(4), 611–618. doi:10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33

Kanhai, R. C. J., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery*, 43(5), 476–483.

Kimberly, S. (1997). I am transsexual - hear me roar. *Minnesota Law & Politics*, June, 21–49

Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review (CME). *The Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 2922–2939. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01370.x

Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010a). Process toward consensus on recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders by The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 54–59. doi:10.1080/15532739.2010.509213

Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010b). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115–118. doi:10.1080/15532739.2010.509215

Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92–12820-MLW (U.S. Federal District Court, Boston, MA, 2002).

Krege, S., Bex, A., Lümmen, G., & Rübber, H. (2001). Male-to-female transsexualism: A technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *British Journal of Urology*, 88(4), 396–402. doi:10.1046/j.1464-410X.2001.02323.x

- Kuhn, A., Bodmer, C., Stadlmayr, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkhäuser, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1685–1689. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.08.126
- Kuhn, A., Hildebrand, R., & Birkhauser, M. (2007). Do transsexuals have micturition disorders? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 131(2), 226–230. doi:10.1016/j.ejogrb.2006.03.019
- Landén, M., Wålinder, J., & Lundström, B. (1998). Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: A descriptive study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(3), 189–194. doi:10.1111/j.1600-0447.1998.tb09986.x
- Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 32(4), 299–315. doi:10.1023/A:1024086814364
- Lawrence, A. A. (2006). Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 717–727. doi:10.1007/s10508-006-9104-9
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press
- Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of The World Professional Association for Transgender Health's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 74–99. doi:10.1080/155327309033008032
- Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59(4), 409–418. doi:10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x
- MacLaughlin, D. T., & Donahoe, P. K. (2004). Sex determination and differentiation. *New England Journal of Medicine*, 350(4), 367–378
- Maheu, M. M., Pulier, M. L., Wilhelm, F. H., McMenam, J. P., & Brown-Connolly, N. E. (2005). *The mental health professional and the new technologies: A handbook for practice today*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum
- Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process*, 50(4), 453–470 doi: 10.1111/j.1545-5300.2011.01371.x
- Mazur, T. (2005). Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 411–421. doi:10.1007/s10508-005-4341-x
- McNeill, E. J. M. (2006). Management of the transgender voice. *The Journal of Laryngology & Otology*, 120(07), 521–523. doi:10.1017/S0022215106001174
- McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice*, 22(6), 727–733. doi:10.1016/j.jvoice.2006.12.010

- Menvielle, E. J., & Tuerk, C. (2002). A support group for parents of gender-nonconforming boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 1010–1013. doi:10.1097/00004583-200208000-00021
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health*, 93(2), 262–265
- Meyer, J. K., & Reter, D. J. (1979). Sex reassignment: Follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 36(9), 1010–1015
- Meyer, W. J. III. (2009). World Professional Association for Transgender Health's standards of care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 127–132. doi:10.1080/15532730903008065
- Meyer, W. J. III, Webb, A., Stuart, C. A., Finkelstein, J. W., Lawrence, B., & Walker, P. A. (1986). Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: A longitudinal study. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 121–138. doi:10.1007/BF01542220
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2002). Gender assignment and reassignment in intersexuality: controversies, data, and guidelines for research. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 511, 199–223. doi:10.1007/978-1-4615-0621-8_12
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2005). Gender identity outcome in female-raised 46,XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 423–438. doi:10.1007/s10508-005-4342-9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2008). Treatment guidelines for children with disorders of sex development. *Neuropsychiatrie De l'Enfance Et De l'Adolescence*, 56(6), 345–349. doi:10.1016/j.neurenf.2008.06.002
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2009). Variants of gender differentiation in somatic disorders of sex development. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 226–237. doi:10.1080/15532730903439476
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 461–476. doi:10.1007/s10508-009-9532-4
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2011). Gender monitoring and gender reassignment of children and adolescents with a somatic disorder of sex development. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(4), 639–649. doi: 10.1016/j.ch.2011.07.002
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., & Blizzard, R. M. (2004). Conference proceedings: Research on intersex: Summary of a planning workshop. *The Endocrinologist*, 14(2), 59–69. doi:10.1097/01.ten.0000123701.61007.4e
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Carlson, A. D., Obeid, J. S., & New, M. I. (2004). Prenatal androgenization affects gender-related behavior but not gender identity in 5–12-year-old girls with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 33(2), 97–104. doi:10.1023/B:ASEB.0000014324.25718.51

- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2006). Gender development in women with congenital adrenal hyperplasia as a function of disorder severity. *Archives of Sexual Behavior, 35*(6), 667–684. doi:10.1007/s10508-006-9068-9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Migeon, C. J., Berkovitz, G. D., Gearhart, J. P., Dolezal, C., & Wisniewski, A. B. (2004). Attitudes of adult 46,XY intersex persons to clinical management policies. *The Journal of Urology, 171*(4), 1615–1619. doi:10.1097/01.ju.0000117761.94734.b7
- Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press
- Money, J., & Russo, A. J. (1979). Homosexual outcome of discordant gender identity/role in childhood: Longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology, 4*(1), 29–41. doi:10.1093/jpepsy/4.1.29
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery, 124*(2), 510–518
- Monstrey, S., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Bowman, C., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2008). Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: A new algorithm. *Plastic and Reconstructive Surgery, 121*(3), 849–859. doi:10.1097/01.prs.0000299921.15447.b2
- Moore, E., Wisniewski, A., & Dobs, A. (2003). Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 88*(8), 3467–3473. doi:10.1210/jc.2002-021967
- More, S. D. (1998). The pregnant man – an oxymoron? *Journal of Gender Studies, 7*(3), 319–328. doi:10.1080/09589236.1998.9960725
- Mount, K. H., & Salmon, S. J. (1988). Changing the vocal characteristics of a postoperative transsexual patient: A longitudinal study. *Journal of Communication Disorders, 21*(3), 229–238. doi:10.1016/0021-9924(88)90031-7
- Mueller, A., Kiesewetter, F., Binder, H., Beckmann, M. W., & Dittrich, R. (2007). Long-term administration of testosterone undecanoate every 3 months for testosterone supplementation in female-to-male transsexuals. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 92*(9), 3470–3475. doi:10.1210/jc.2007-0746
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology, 72*(2), 214–231. doi:10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x
- Nanda, S. (1998). *Neither man nor woman: The hijras of India*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Nestle, J., Wilchins, R. A., & Howell, C. (2002). *Genderqueer: Voices from beyond the sexual binary*. Los Angeles, CA: Alyson Publications
- Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice, 18*(1), 153–167

- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, 15(9), 1447–1457. doi:10.1007/s11136-006-0002-3
- Nieschlag, E., Behre, H. M., Bouchard, P., Corrales, J. J., Jones, T. H., Stalla, G. K., . . . Wu, F. C. W. (2004). Testosterone replacement therapy: Current trends and future directions. *Human Reproduction Update*, 10(5), 409–419. doi:10.1093/humupd/dmh035
- North American Menopause Society. (2010). Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement. *Menopause*, 17(2), 242–255. doi:10.1097/gme.0b013e3181d0f6b9
- Nuttbrock, L., Hwang, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12–23. doi:10.1080/00224490903062258
- Oates, J. M., & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism—a review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 18(3), 139–151. doi:10.3109/13682828309012237
- Olyslager, F., & Conway, L. (2007). On the calculation of the prevalence of transsexualism. Paper presented at the World Professional Association for Transgender Health 20th International Symposium, Chicago, Illinois. Retrieved from http://www.changelingaspects.com/PDF/2007-09-06-Prevalence_of_Transsexualism.pdf
- Oriel, K. A. (2000). Clinical update: Medical care of transsexual patients. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4(4), 185–194. doi:1090-7173/00/1200-0185\$18.00/1
- Pauly, I. B. (1965). Male psychosexual inversion: Transsexualism: A review of 100 cases. *Archives of General Psychiatry*, 13(2), 172–181
- Pauly, I. B. (1981). Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 15(1), 45–51. doi:10.3109/00048678109159409
- Payer, A. F., Meyer, W. J. III, & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia*, 11(6), 423–436. doi:10.1111/j.1439-0272.1979.tb02232.x
- Peletz, M. G. (2006). Transgenderism and gender pluralism in southeast Asia since early modern times. *Current Anthropology*, 47(2), 309–340. doi:10.1086/498947
- Pfäfflin, F. (1993). Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 5(4), 69–85
- Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: A comprehensive review, 1961–1991. *International Journal of Transgenderism*. Retrieved from <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>
- Physicians' desk reference. (61st ed.). (2007). Montvale, NJ: PDR.
- Physicians' desk reference. (65th ed.). (2010). Montvale, NJ: PDR.

- Pleak, R. R. (1999). Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. In M. Rottnek (Ed.), *Sissies and tomboys: Gender nonconformity and homosexual childhood* (pp. 34–51). New York: New York University Press.
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. (2011). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (4th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Prior, J. C., Vigna, Y. M., & Watson, D. (1989). Spironolactone with physiological female steroids for presurgical therapy of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 18(1), 49–57. doi:10.1007/BF01579291
- Prior, J. C., Vigna, Y. M., Watson, D., Diewold, P., & Robinow, O. (1986). Spironolactone in the presurgical therapy of male to female transsexuals: Philosophy and experience of the Vancouver Gender Dysphoria Clinic. *Journal of Sex Information & Education Council of Canada*, 1, 1–7
- Rachlin, K. (1999). Factors which influence individual's decisions when considering female-to-male genital reconstructive surgery. *International Journal of Transgenderism*, 3(3). Retrieved from <http://www.WPATH.org>
- Rachlin, K. (2002). Transgendered individuals' experiences of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*, 6(1). Retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no01_03.htm
- Rachlin, K., Green, J., & Lombardi, E. (2008). Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. *Journal of Homosexuality*, 54(3), 243–258. doi:10.1080/00918360801982124
- Rachlin, K., Hansbury, G., & Pardo, S. T. (2010). Hysterectomy and oophorectomy experiences of female-to-male transgender individuals. *International Journal of Transgenderism*, 12(3), 155–166. doi:10.1080/15532739.2010.514220
- Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P. & Wylie, K. (2009). Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution. Retrieved June 8, 2011, from <http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf>
- Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. E., Schaefer, L. C., & Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior*, 28(1), 71–89. doi:10.1023/A:1018745706354
- Robinow, O. (2009). Paraphilia and transgenderism: A connection with Asperger's disorder? *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 143–151. doi:10.1080/14681990902951358
- Rosenberg, M. (2002). Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), 619–621. doi:10.1097/00004583-200205000-00020
- Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C., Stefanick, M. L., . . . Johnson, K. C. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(3), 321–333.
- Royal College of Speech Therapists, United Kingdom. <http://www.rcslt.org/>

Peletz, M. G. (2006). Transgenderism and gender pluralism in southeast Asia since early modern times. *Current Anthropology*, 47(2), 309–340. doi:10.1086/498947

Pfäfflin, F. (1993). Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 5(4), 69–85.

Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: A comprehensive review, 1961–1991. *International Journal of Transgenderism*. Retrieved from <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>

Physicians' desk reference. (61st ed.). (2007). Montvale, NJ: PDR.

Physicians' desk reference. (65th ed.). (2010). Montvale, NJ: PDR.

Pleak, R. R. (1999). Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. In M. Rottnek (Ed.), *Sissies and tomboys: Gender nonconformity and homosexual childhood* (pp. 34–51). New York: New York University Press.

Pope, K. S., & Vasquez, M. J. (2011). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (4th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley.

Prior, J. C., Vigna, Y. M., & Watson, D. (1989). Spironolactone with physiological female steroids for presurgical therapy of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 18(1), 49–57. doi:10.1007/BF01579291

Prior, J. C., Vigna, Y. M., Watson, D., Diwold, P., & Robinow, O. (1986). Spironolactone in the presurgical therapy of male to female transsexuals: Philosophy and experience of the Vancouver Gender Dysphoria Clinic. *Journal of Sex Information & Education Council of Canada*, 1, 1–7.

Rachlin, K. (1999). Factors which influence individual's decisions when considering female-to-male genital reconstructive surgery. *International Journal of Transgenderism*, 3(3). Retrieved from <http://www.WPATH.org>

Rachlin, K. (2002). Transgendered individuals' experiences of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*, 6(1). Retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no01_03.htm.

Rachlin, K., Green, J., & Lombardi, E. (2008). Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. *Journal of Homosexuality*, 54(3), 243–258. doi:10.1080/00918360801982124

Rachlin, K., Hansbury, G., & Pardo, S. T. (2010). Hysterectomy and oophorectomy experiences of female-to-male transgender individuals. *International Journal of Transgenderism*, 12(3), 155–166. doi:10.1080/15532739.2010.514220

Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P. & Wylie, K. (2009). Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution. Retrieved June 8, 2011, from <http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf>

Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. E., Schaefer, L. C., & Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior*, 28(1), 71–89. doi:10.1023/A:1018745706354

Robinow, O. (2009). Paraphilia and transgenderism: A connection with Asperger's disorder? *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 143–151. doi:10.1080/14681990902951358

Rosenberg, M. (2002). Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), 619–621. doi:10.1097/00004583-200205000-00020

Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C., Stefanick, M. L., . . . Johnson, K. C. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(3), 321–333.

Royal College of Speech Therapists, United Kingdom. <http://www.rcslt.org/>

Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. In N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (6th ed., pp. 858–932). Hoboken, NJ: John Wiley.

Sausa, L. A. (2005). Translating research into practice: Trans youth recommendations for improving school systems. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education*, 3(1), 15–28. doi:10.1300/J367v03n01_04

Simpson, J. L., de la Cruz, F., Swerdloff, R. S., Samango-Sprouse, C., Skakkebaek, N. E., Graham, J. M. J., . . . Willard, H. F. (2003). Klinefelter syndrome: Expanding the phenotype and identifying new research directions. *Genetics in Medicine*, 5(6), 460–468. doi:10.1097/01.GIM.0000095626.54201.D0

- Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35(1), 89–99. doi:10.1017/S0033291704002776
- Sood, R., Shuster, L., Smith, R., Vincent, A., & Jatoi, A. (2011). Counseling postmenopausal women about bioidentical hormones: Ten discussion points for practicing physicians. *Journal of the American Board of Family Practice*, 24(2), 202–210. doi:10.3122/jabfm.2011.02.100194
- Speech Pathology Australia. <http://www.speechpathologyaustralia.org.au/>
- Speiser, P. W., Azziz, R., Baskin, L. S., Ghizzoni, L., Hensle, T. W., Merke, D. P., . . . Oberfield, S. E. (2010). Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(9), 4133–4160. doi:10.1210/jc.2009–2631
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1177/1359104510378303
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 649–650. doi:10.1007/s10508–011–9752–2
- Stikkelbroeck, N. M. M. L., Beerendonk, C., Willemsen, W. N. P., Schreuders-Bais, C. A., Feitz, W. F. J., Rieu, P. N. M. A., . . . Otten, B. J. (2003). The long term outcome of feminizing genital surgery for congenital adrenal hyperplasia: Anatomical, functional and cosmetic outcomes, psychosexual development, and satisfaction in adult female patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 16(5), 289–296. doi:10.1016/S1083–3188(03)00155–4
- Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 220–226.
- Stone, S. (1991). The empire strikes back: A posttranssexual manifesto. In J. Epstein, & K. Straub (Eds.), *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity* (pp. 280–304). London: Routledge.
- Tangpricha, V., Ducharme, S. H., Barber, T. W., & Chipkin, S. R. (2003). Endocrinologic treatment of gender identity disorders. *Endocrine Practice*, 9(1), 12–21.
- Tangpricha, V., Turner, A., Malabanan, A., & Holick, M. (2001). Effects of testosterone therapy on bone mineral density in the FtM patient. *International Journal of Transgenderism*, 5(4).
- Taywaditep, K. J., Coleman, E., & Dumronggittigule, P. (1997). Thailand (Muang Thai). In R. Francoeur (Ed.), *International encyclopedia of sexuality*. New York, NY: Continuum.

- Thole, Z., Manso, G., Salgueiro, E., Revuelta, P., & Hidalgo, A. (2004). Hepatotoxicity induced by antiandrogens: A review of the literature. *Urologia Internationalis*, 73(4), 289–295. doi:10.1159/000081585
- Tom Waddell Health Center. (2006). Protocols for hormonal reassignment of gender. Retrieved from <http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/hlthCtrs/TransGendprotocols122006.pdf>
- Tsoi, W. F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(4), 501–504. doi:10.1111/j.1600-0447.1988.tb06373.x
- Van den Broecke, R., Van der Elst, J., Liu, J., Hovatta, O., & Dhont, M. (2001). The female-to-male transsexual patient: A source of human ovarian cortical tissue for experimental use. *Human Reproduction*, 16(1), 145–147. doi:10.1093/humrep/16.1.145
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26(2), 135–154. doi:10.1007/s10560-008-0158-5
- van Kesteren, P. J. M., Asscheman, H., Megens, J. A. J., & Gooren, L. J. G. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, 47(3), 337–343. doi:10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x
- van Kesteren, P. J. M., Gooren, L. J., & Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 25(6), 589–600. doi:10.1007/BF02437841
- van Trotsenburg, M. A. A. (2009). Gynecological aspects of transgender healthcare. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 238–246. doi:10.1080/15532730903439484
- Vilain, E. (2000). Genetics of sexual development. *Annual Review of Sex Research*, 11, 1–25.
- Wålinder, J. (1968). Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43(S203), 255–257.
- Wålinder, J. (1971). Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *The British Journal of Psychiatry*, 119(549), 195–196.
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423. doi:10.1097/CHI.0b013e31818956b9
- Wallien, M. S. C., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1307–1314. doi:10.1097/chi.0b013e3181373848

- Warren, B. E. (1993). Transsexuality, identity and empowerment. A view from the frontlines. SIECUS Report, February/March, 14–16.
- Weitze, C., & Osburg, S. (1996). Transsexualism in Germany: Empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years. *Archives of Sexual Behavior*, 25(4), 409–425.
- Wilson, J. D. (1999). The role of androgens in male gender role behavior. *Endocrine Reviews*, 20(5), 726–737. doi:10.1210/er.20.5.726
- Winter, S. (2009). Cultural considerations for The World Professional Association for Transgender Health's standards of care: The Asian perspective. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 19–41. doi:10.1080/15532730902799938
- Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., . . . Macapagal, R. A. (2009). Transpeople, transprejudice and pathologization: A seven-country factor analytic study. *International Journal of Sexual Health*, 21(2), 96–118. doi:10.1080/19317610902922537
- Wisniewski, A. B., Migeon, C. J., Malouf, M. A., & Gearhart, J. P. (2004). Psychosexual outcome in women affected by congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *The Journal of Urology*, 171(6, Part 1), 2497–2501. doi:10.1097/01.ju.0000125269.91938.f7
- World Health Organization. (2007). *International classification of diseases and related health problems-10th revision*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: Primary health care—now more than ever*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Professional Association for Transgender Health, Inc. (2008). WPATH clarification on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A. Retrieved from <http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%202008%20Letterhead.pdf>
- WPATH Board of Directors. (2010). De-psychopathologisation statement released May 26, 2010. Retrieved from http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=17
- Xavier, J. M. (2000). *The Washington, D.C. transgender needs assessment survey: Final report for phase two*. Washington, DC: Administration for HIV/AIDS of District of Columbia Government.
- Zhang, G., Gu, Y., Wang, X., Cui, Y., & Bremner, W. J. (1999). A clinical trial of injectable testosterone undecanoate as a potential male contraceptive in normal Chinese men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3642–3647. doi:10.1210/jc.84.10.3642

Zitzmann, M., Saad, F., & Nieschlag, E. (2006, April). Long term experience of more than 8 years with a novel formulation of testosterone undecanoate (nebido) in substitution therapy of hypogonadal men. Paper presented at European Congress of Endocrinology, Glasgow, UK.

Zucker, K. J. (1999). Intersexuality and gender identity differentiation. *Annual Review of Sex Research, 10*(1), 1–69.

Zucker, K. J. (2004). Gender identity development and issues. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 13*(3), 551–568. doi:10.1016/j.chc.2004.02.006

Zucker, K. J. (2006). “I’m half-boy, half-girl”: Play psychotherapy and parent counseling for gender identity disorder. In R. L. Spitzer, M. B. First, J. B. W. Williams & M. Gibbons (Eds.), *DSM-IV-TR casebook, volume 2* (pp. 321–334). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.

Zucker, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior, 39*(2), 477–498. doi:10.1007/s10508-009-9540-4

Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., & Cantor, J. M. (2008). Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? *Journal of Sex & Marital Therapy, 34*(4), 287–290. doi:10.1080/00926230802096192

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (in press). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy, 38*(2), 151–189.

Zucker, K. J., & Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism, 11*(1), 8–18. doi:10.1080/15532730902799946

Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J., & Ameeriar, L. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7*(3), 398–411.

Zuger, B. (1984). Early effeminate behavior in boys: Outcome and significance for homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease, 172*(2), 90–97.

Bijlage A Woordenlijst

Besloten is de woordenlijst niet te vertalen, maar te verwijzen naar:

1. oorspronkelijke Engelse tekst;
2. naar de tekst van de Wpath-Zorgstandaard, waar vaak een verklarend woord is toegevoegd;
3. naar de woordenlijst zoals op de website van Patiëntenorganisatie Transvisie (www.transvisie.nl) weergegeven.

De terminologie op het gebied van transsexuele, transgender en gender-nietconforme gezondheidszorg ontwikkelt zich snel. Nieuwe woorden worden geïntroduceerd en de definities van bestaande termen veranderen. Er is regelmatig misverstand, discussie of onenigheid over het taalgebruik.

Termen die ongewoon of een speciale betekenis hebben in de Wpath-Zorgstandaard, worden in de woordenlijst gedefinieerd voor alleen dit document. Anderen geven andere definities. WPATH erkent dat in andere culturen en talen de woorden een andere betekenis kunnen krijgen/hebben. Ook is duidelijk dat sommige benamingen niet ideaal zijn. De termen 'transseksueel', 'travestiet' en het nu steeds meer gebruikte 'transgender' betekenen niet meer hetzelfde als enkele jaren geleden.

Om die reden en vanwege het feit dat de Wpath-Zorgstandaard toch al betekenisveranderingen heeft ondergaan door de vertaling uit het Engels naar het Nederlands, is besloten geen vertaling op te nemen van de woordenlijst.

Bijlage B Overzicht van medische risico's van hormoonbehandeling

Dit overzicht is gebaseerd op de overzichten en samenvattingen van Feldman & Safer (2009) en Hembree et al. (2009), en de groepsvervolgstudie van Asscheman et al. (2011). Deze artikelen kunnen fungeren als gedetailleerde literatuurverwijzingen voor de voorschrijvende arts, tezamen met het behandelmateriaal dat door Dahl et al. (2006) en Ettner et al. (2007) verstrekt wordt.

Er is in deze bijlage gewerkt met drie risicogroepen:

1. aannemelijk verhoogd risico;
2. mogelijk verhoogd risico;
3. geen verhoogd risico/risico niet overtuigend.

Risico's van vrouwelijke hormonen bij transvrouwen

Aannemelijk verhoogd risico

Veneuze trombo-embolie

- Oestrogeen verhoogt de kans op veneuze trombo-embolie vooral bij patiënten boven de 40, rokers, zij die een zittend leven leiden, zij die overgewicht hebben en zij die een onderliggende trombofiele (trombose-bevorderende) ziekte hebben.
- Het risico wordt groter met de toediening van derde-generatie progestagenen.
- Het risico vermindert door transdermale toediening (pleisters) van oestradiol. Dit wordt dus bij patiënten met hoger risico geadviseerd.

Hart en vaatziekten, herseninfarcten, beroertes

Bij de genoemde ziekten kan er geleidelijk of plotseling een verstoring van de bloedsomloop optreden, met blijvende schade aan hart of hersenen, met mogelijk de dood tot gevolg.

- Oestrogeen vergroot de kans op deze complicaties bij patiënten boven de 50 met onderliggende risico's. Door toevoeging van progestagenen wordt de kans groter.

Vethuishouding, lipiden

- Via de mond ingenomen (oraal) oestrogeen kan de hoeveelheid triglyceriden aanmerkelijk verhogen en daarmee de kans op alvleesklierontsteking (pancreatitis) en hart- en vaatproblemen vergroten.
- Verschillende manieren van innemen kunnen verschillende stofwisselingseffecten hebben op het niveau van HDL-cholesterol, LDL-cholesterol en lipoproteïne a.
- In zijn algemeenheid suggereren de gegevens dat transvrouwen met problemen in de vetstofwisseling meer baat hebben bij hormoonpleisters (transdermale toediening) in verhouding tot toediening via de mond (orale toediening).

Lever en galblaas

- Gebruik van oestrogeen en cyproteronacetaat (androcur) kan voorbijgaande verhogingen van leverenzymen opleveren en een enkele keer leververgiftiging/leverbeschadiging.
- Oestrogeen kan de kans op galstenen (cholelithiasis) vergroten met een galblaasoperatie (cholecystectomie) als gevolg.

Mogelijk verhoogd risico

Diabetes Mellitus (Suikerziekte Type 2)

- Vrouwelijke hormonen, in het bijzonder oestrogeen, kunnen de kans op diabetes type 2 verhogen, vooral bij patiënten met een familiegeschiedenis van diabetes of met andere risicofactoren voor de ziekte.

Hoge bloeddruk (hypertensie)

- Oestrogeengebruik kan de bloeddruk verhogen, maar de grootte van het effect en hoe vaak het voorkomt is onbekend.
- Spironolacton verlaagt de bloeddruk en wordt aanbevolen bij transvrouwen met kans op hoge bloeddruk.

Prolactinoom (tumor in de hypofyse die het hormoon prolactine afscheidt)

- Oestrogeen kan de kans op een prolactinoom bij transvrouwen in het eerste jaar van de behandeling vergroten. Daarna is het optreden onwaarschijnlijk.
- Hoge doses oestrogeen kunnen ervoor zorgen dat een al bestaand, maar onzichtbaar prolactinoom zichtbaar wordt.

Geen verhoogd risico/risico niet overtuigend.

Borstkanker

- Transvrouwen die vrouwelijke hormonen hebben gebruikt, kunnen borstkanker krijgen, maar onbekend is hoe het risico is in vergelijking met biologische vrouwen.
- Langdurig gebruik (uitgedrukt in jaren), borstkanker in de familie, obesitas (odymass index boven 35) en het gebruik van progestagenen verhogen het risico.

Andere effecten van vrouwelijke hormonen

Vruchtbaarheid en en sexuele functies

- Gebruik van vrouwelijke hormonen kan de vruchtbaarheid benadelen.
- Gebruik van vrouwelijke hormonen kan het libido verlagen (sexuele lust afzwakken).

Risico's van het gebruik van anti-androgenen (middelen die de werking van de mannelijke hormonen afzwakken of blokkeren)

Gebruik van vrouwelijke hormonen gaat vaak samen met het gebruik van stoffen die de testosteronproductie of testosteronactiviteit blokkeren. Dat gaat om GnRH-bestrijders, progestagenen (ook cyproteronacetaat), spironolacton en 5-alfareductase-blokkers. Een uitgebreide discussie van de risico's van deze stoffen valt buiten de reikwijdte van de Wpath-Zorgstandaard. Maar omdat spironolacton en cyproteronacetaat (androcure) zo vaak gebruikt worden, verdienen ze enkele opmerkingen.

Cyproteronacetaat is een synthetische progestageen, met anti-androgene werking (Gooren, 2005; Levy, et al., 2003). Het wordt in Europa breed gebruikt, maar is in de VS niet toegelaten vanwege mogelijke schade aan de lever (Thole, Manso, Salgueiro, Revuelta & Hidalgo, 2004).

Spironolacton wordt veelvuldig gebruikt als ant-androgeen, speciaal waar cyproteronacetaat niet beschikbaar is (Dahl et al., 2006; Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003).

Spironolacton wordt al lang gebruikt als middel tegen hoge bloeddruk en congestief

hartfalen. De gebruikelijke bijverschijnselen zijn verhoogd kaliumniveau in het bloed, duizeligheid en klachten van het maag-darmkanaal (Physicians Desk Reference, 2007).

Risico's van mannelijke hormonen bij transmannen

Aannemelijk verhoogd risico

Polycythemie (verhoogde aanmaak van rode bloedlichamen)

- Mannelijke hormonen, inclusief testosteron en andere androgene stoffen verhogen de kans op polycythemie (met hematocrietwaarden boven de 50%), vooral bij patiënten met andere risicofactoren.
- Transdermale toediening (pleisters) en aanpassing van de dosis kunnen het risico verkleinen.

Gewichtstoename; orgaanvet/buikvet

- Gebruik van mannelijke hormonen kan een matige gewichtstoename als gevolg hebben, met een toename van orgaanvet of buikvet (vet in de buikholtte en/of evt, borstholte).

Mogelijk verhoogd risico

Vetten/lipiden

- Testosteronbehandeling verlaagt het HDL, maar heeft wisselende effecten op LDL-cholesterol en triglyceriden (stoffen in de vetstofwisseling).
- Suprafysiologische niveau's testosteron (hoger dan de gebruikelijke hoeveelheden bij mannen) kunnen de vetverhoudingen verstoren. Ze worden vaker gezien bij injectie in de spieren (intramusculair). Toediening met pleisters is meer neutraal voor de vetverhoudingen.
- Patiënten met een onderliggend polycysteus ovariumsyndroom (blaasjes in de eierstokken, verhoogde testosteronproductie) of dyslipidemie (verstoorde vetstofwisseling) lopen een kans op verergering van de dyslipidemie.

Lever

- Bij testosteron-gebruik kunnen de leverenzymen tijdelijk verhoogd zijn.
- Leverfunctiestoornissen en ontwikkeling van kwaadaardige ziekten zijn gezien bij gebruik van methyltestosteron. In de meeste landen is het niet meer verkrijgbaar en het moet ook niet langer gebruikt worden.

Psychiatrie

- Testosterongebruik of gebruik van andere androgene stoffen kunnen de kans op manische of psychotische verschijnselen vergroten als patiënten daar gevoelig voor zijn. De meeste kans daarop bestaat bij hogere doses of te hoge niveau's in het bloed.

Geen verhoogd risico/risico niet overtuigend

Osteoporose (botontkalking)

- Testosteron handhaaft of verhoogt minerale botdichtheid bij transmannen vóór de verwijdering van de eierstokken, in elk geval de eerste drie jaar van de hormoonbehandeling.

- Er is een verhoogde kans op verlies van botdichtheid na verwijdering van de eierstokken, vooral als de testosteronbehandeling wordt onderbroken of niet voldoende hoog is ingesteld. Mogelijk meer bij mensen die alleen oraal testosteron innemen.

Hart- en vaatziekten

- Bij gezonde patiënten en normale hoeveelheden testosteron is er geen verhoogd risico op hart- en vaatziekten.
- Het risico op hart- en vaatziekten kan verhoogd zijn als er al risicofactoren aanwezig zijn.

Hoge Bloeddruk

- Hormoontherapie in normale doses kan de bloeddruk verhogen maar leidt in de regel niet tot te hoge bloeddruk (Hypertensie).
- Patiënten met risicofactoren voor hoge bloeddruk (zoals gewichtstoename, familiegeschiedenis of polycysteus ovariumsyndroom) kunnen een verhoogd risico lopen.

Diabetes Mellitus Type 2

- Testosteronbehandeling geeft niet meer kans op diabetes type 2 bij transmannen, tenzij er risicofactoren aanwezig zijn.
- Risicofactoren zijn: gewichtstoename, familiegeschiedenis met diabetes, polycysteus ovariumsyndroom. Dyslipidemie blijkt geen risicofactor te zijn voor diabetes.

Borstkanker

- Bij hormoontherapie bij transmannen is kans op borstkanker niet verhoogd.
- Baarmoederhalskanker heeft geen verhoogd risico. Wel kunnen er licht verhoogde Papwaarden gevonden worden in vaginale uitstrijkjes door atrofische veranderingen (verschraling, verschrompeling).
- Eierstokkanker, net als bij personen met vrouwelijke geslachtsorganen en een verhoogd androgeenniveau, kunnen transmannen met hormoontherapie eventueel een kans lopen, maar het bewijs is beperkt.
- Endometriumkanker (baarmoederslijmvlieskanker). Hier geldt hetzelfde als hierboven. Mogelijk, maar niet bewezen als risico.

Andere bijverschijnselen van mannelijke hormonen

De volgende bijverschijnselen treden op bij behandeling met mannelijke hormonen. Ze kunnen klein zijn en soms zelfs gewenst.

Vruchtbaarheid en sexueel functioneren

- Testosteronbehandeling vermindert de vruchtbaarheid bij transmannen. De mate waarin en de mate van omkeerbaarheid is onbekend.
- Testosteronbehandeling kan, in geval van zwangerschap, blijvende anatomische veranderingen geven bij embryo en foetus.
- Testosteronbehandeling leidt tot vergroting van de clitoris en toename van libido (geslachtsdrift).

Acne en mannelijk hoofdhaarverlies (androgene alpecia)

- Acne ('jeugdpuistjes') en hoofdhaarverlies zijn algemeen voorkomende bijverschijnselen van mannelijke hormonen.

Bijlage C Criteria voor hormoonbehandeling en operatieve behandeling

Net als in de voorgaande versies van de Wpath-Zorgstandaard zijn de criteria voor toelating tot hormoonbehandeling en operatieve behandeling voor genderdysforie bedoeld als richtlijnen. Door een individuele zorgprofessional of binnen een bestaand programma mogen wijzigingen plaatsvinden. Afwijkingen van de Wpath-Zorgstandaard komen tot stand vanwege de unieke situatie van de patiënt, anatomisch, sociaal en psychologisch. Soms kan het gaan om een ervaren behandelaar die zijn/haar methode van handelen verder aan het ontwikkelen is, of een gebrek aan middelen in bepaalde delen van de wereld. Of de inpassing in een onderzoeksprotocol. Mogelijk ook de noodzaak om schadebeperkende maatregelen te nemen. Deze uitgangspunten moeten duidelijk worden, uitgelegd aan de patiënt, gedocumenteerd, voorzien van 'informed consent'. Dit ten behoeve van de vereiste kwaliteit van zorg en patiënt's wettelijke bescherming. De documentatie is ook waardevol om ruwe gegevens te verzamelen die later kunnen worden bestudeerd om de zorg en de Wpath-Zorgstandaard verder te ontwikkelen.

Criteria voor behandeling met mannelijke of vrouwelijke hormonen.

Eén verwijsbrief of patiëntendossier met verslag van psychosociaal onderzoek volstaat. Er is sprake van:

1. aanhoudende, goed gedocumenteerde, genderdysforie;
2. mogelijkheden om volledig geïnformeerd instemming voor behandeling te geven;
3. meerderjarigheid in het betreffende land en indien jonger, beantwoordend aan de criteria voor genderkinderen (zie aldaar);
4. als er problemen zijn van medische aard of op gebied van de geestelijke gezondheid, moeten deze redelijk onder controle zijn.

Criteria voor operaties aan borst of borsten

Eén verwijzing voldoet. Er is sprake van:

1. aanhoudende, goed gedocumenteerde, genderdysforie;
2. mogelijkheden om volledig geïnformeerd instemming voor behandeling te geven;
3. meerderjarigheid in het betreffende land en indien jonger, beantwoordend aan de criteria voor genderkinderen (zie aldaar);
4. als er problemen zijn van medische aard of op gebied van de geestelijke gezondheid, moeten deze redelijk onder controle zijn.

Voor transmannen is hormoonbehandeling geen vereiste.

Voor transvrouwen is hormoonbehandeling geen vereist criterium. Maar er wordt minimaal 12 maanden hormoonbehandeling aanbevolen vóór de borstvergroting. De reden is ervan is optimale borstgrootte te bereiken voor een beter chirurgisch en esthetisch resultaat.

Criteria voor genitale operaties

Een dubbele verwijzing is nodig. Van de behandelende ggz-er en een collega die onafhankelijk beoordeelt.

Als het baarmoederverwijdering betreft en verwijdering van eileiders en eierstokken voor transmannen of verwijdering van de testikels voor transvrouwen zijn de vereisten:

1. aanhoudende, goed gedocumenteerde, genderdysforie;
2. mogelijkheden om volledig geïnformeerd instemming voor behandeling te geven;
3. meerderjarigheid in het betreffende land en indien jonger, beantwoordend aan de criteria voor genderkinderen (zie aldaar);
4. als er problemen zijn van medische aard of op gebied van de geestelijke gezondheid, moeten deze redelijk onder controle zijn;
5. 12 maanden continue hormoonbehandeling in de door patiënt gewenste richting. Tenzij hormoonbehandeling voor deze persoon niet geïndiceerd is.

De bedoeling van de hormoonbehandeling voorafgaande aan de genitale operatie is een periode te creëren waarin oestrogeen- of testosteron-onderdrukking plaatsvindt die omkeerbaar is alvorens een onomkeerbare ingreep plaatsvindt.

Deze criteria gelden niet voor personen bij wie de operaties plaatsvinden om medische redenen anders dan genderdysforie.

Als het betreft verplaatsing van de plasbuis en vrijlegging van de clitoris (metaioidioplastiek) en vorming van een penis (faloplastiek) bij transmannen en vorming van een vagina (vaginoplastiek) bij transvrouwen, moet er sprake zijn van:

1. aanhoudende, goed gedocumenteerde, genderdysforie;
2. mogelijkheden om volledig geïnformeerd instemming voor behandeling te geven;
3. meerderjarigheid in het betreffende land en indien jonger, beantwoordend aan de criteria voor genderkinderen (zie aldaar);
4. Als er problemen zijn van medische aard of op gebied van de geestelijke gezondheid, moeten deze redelijk onder controle zijn;
5. 12 maanden continue hormoonbehandeling in de door patiënt gewenste richting. Tenzij hormoonbehandeling voor deze persoon niet geïndiceerd is;
6. 12 maanden geleefd hebbend in de gewenste genderrol passend bij de genderidentiteit.

Het is geen toelatingscriterium, maar het wordt wel aanbevolen dat deze patiënten regelmatig contact hebben met een ggz-professional of een medisch professional.

Het criterium van 12 maanden real-life-fase is gebaseerd op de overeenstemming van behandelaars, dat in deze periode genoeg aanpassingsmogelijkheden en sociale aanpassingservaring opgedaan zijn om een onomkeerbare operatieve verandering te ondergaan.

Bijlage D Aantoonbare resultaten van behandelingen

Een van de beste ondersteuning voor een nieuw type behandeling komt van een analyse van de resultaten. Omdat geslachtsaanpassende of genderbevestigende operaties veelbesproken zijn, is dit erg belangrijk. Bijna alle onderzoeken op dit gebied zijn retrospectief: terugkijkend op de voorbije behandelingen en hun resultaten.

Een van de eerste onderzoeken op de psychosociale uitkomsten bij geopereerde transseksuelen is gedaan in 1979 aan de medische faculteit van John Hopkinsuniversiteit (Meyer & Reter, 1979). Het onderzoek richtte zich op de stabiliteit van de patiënt in opleiding, beroep, huwelijk en huiselijke situatie. De resultaten toonden verschillende opvallende veranderingen. Deze veranderingen werden niet als positief geïnterpreteerd. Eerder lieten de uitkomsten zien dat veel personen die behandeling hadden gehad niet beter of zelfs slechter af waren dan vóór de behandeling. Het resultaat was dat het behandelprogramma werd gestopt (Abramowitz, 1986).

Als gevolg daarvan kwam er een roep om een standaarduitgangspunt om te beoordelen of iemand in aanmerking kwam voor geslachtsaanpassende, nu genderbevestigende, operaties. Dit leidde tot de formulering van de Standards of Care (hier zorgstandaard genoemd) van de Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (nu WPATH) in 1979.

In 1998 publiceerde Pauly een groot retrospectief onderzoek van mensen die genderbevestigende operaties hadden ondergaan. De deelnemers aan dit onderzoek kwamen positiever naar voren. Van de 83 transmannen had 80.7 % een bevredigende uitslag (de persoon zegt zelf beter sociaal en emotioneel te functioneren) en 6% onbevredigend. Van 283 transvrouwen had 71.4% een bevredigende uitslag en 8.1% onbevredigend. De studie omvatte ook patiënten die waren behandeld vóór het uitkomen van de zorgstandaard.

Sinds de Wpath-Zorgstandaard functioneert is er een gestadige toename van de patiënttevredenheid en afname van de ontevredenheid met de genderbevestigende operaties. Onderzoeken na 1996 richten zich op patiënten behandeld volgens de zorgstandaard. De resultaten van Rehman en collega's (1999) en Krege en collega's (2001) vallen hieronder. Geen van de geopereerde personen betreurde de operaties en de meesten waren tevreden met de cosmetische uitkomst en het functionele resultaat. Ook patiënten met ernstige operatie-complicaties betreuren zelden dat de operatie heeft plaatsgehad. De kwaliteit van de operatieresultaten is de beste voorspeller van het totale genderbevestigend proces (Lawrence 2003). De overgrote meerderheid van de vervolgonderzoeken laten een onmiskenbaar gunstig effect van de operaties zien op basis van postoperatieve bevindingen, zoals subjectief ervaren welbevinden, esthetisch uiterlijk en sexuele functies (De Cuypere et al., 2005; Garaffa, Christopher & Ralph, 2010; Klein & Gorzalka, 2009). Wel is de grootte van het gunstig effect niet duidelijk uit de huidige gegevens. Eén onderzoek (Emory, Cole, Avery, Meyer & Meyer, 2003) laat zelfs een verbetering in inkomen zien.

Eén verontrustend onderzoek (Newfield et al., 2006) toonde lagere resultaten op de kwaliteit van leven bij transmannen in vergelijking met de gehele bevolking. Een zwak punt is dat de 384 deelnemers werden geworven door middel van een algemene e-mail, en niet met

een verantwoorde systematiek. Aard en mate van behandeling werd niet gevraagd of vermeld. Personen die deelnamen en testosteron gebruikten, deden dit minder dan 5 jaar. De kwaliteit van leven was hoger voor degenen die een borstoperatie hadden ondergaan in vergelijking met degenen bij wie dit niet was gebeurd. Dit verschil was overweldigend (0% kans op toeval). Een soortgelijke vergelijking werd niet gedaan voor genitale operaties. In een ander onderzoek (Kuhn et al., 2009) keek men met een andere, gevalideerde, vragenlijst naar de kwaliteit van leven van 55 transseksuelen 5 jaar na operatie. Ze vergeleken dat met 20 gezonde vrouwen die een buik- of heupoperatie hadden ondergaan in het verleden, als controlegroep. De kwaliteit van leven was hetzelfde of beter voor de transseksuele groep op onderdelen als: emoties, slaap, incontinentie, ernst van de symptomen en beperkingen. Slechter uit waren ze op de gebieden: algemene gezondheid, lichamelijke en persoonlijke beperkingen.

Twee lange-termijn onderzoeken, beide retrospectief, vergeleken de sterfte en psychiatrische problematiek van volwassen transseksuele mensen met die van een steekproef uit de bevolking. Gegevens uit Zweden (Dhejne et al., 2011) laten zien dat personen die genderbevestigende operaties hebben ondergaan (191 transvrouwen en 133 transmannen) hogere getallen aan sterfte, zelfdoding, zelfdodingsgedrag en psychiatrische klachten laten zien dan een groep die in leeftijd, al of niet immigrant-zijn, eerdere psychiatrische klachten en biologische sekse vergelijkbaar was. Een zelfde studie in Nederland liet een hogere sterfte (inclusief zelfdoding) zien bij transseksuele personen in vergelijking met een gewone steekproef (Asscheman et al., 2011). Het geldt voor transseksuele personen zowel voor als na operaties. Geen van beide studies stelde de vraag naar de doeltreffendheid van geslachtsaanpassende operaties. En beide onderzoeken hadden geen vergelijking met niet-behandelde transseksuelen of een groep die andere behandeling(en) dan genitale operatie ondergingen. Ook werden geen personen meegenomen die vóór 1970 waren behandeld. De bevindingen benadrukken het belang van langdurige psychologische en psychiatrische hulp voor de doelgroep. Meer onderzoek is nodig op de effecten van onderzoek en behandeling van mensen met genderdysforie.

Het is moeilijk te bepalen wat het effect is van alleen hormoonbehandeling bij genderdysforie. De meeste onderzoeken zijn gedaan bij personen die ook genderbevestigende operaties hebben ondergaan. Gunstige resultaten bij de combinatie van beiden worden gemeld in een overzichtstudie betreffende 3000 patiënten in '79 onderzoeken tussen 1979 en 1999 (Eldh, Berg & Gustafson, 1997; Gijs & Brewaeys, 2007; Murad te al., 2010; Pfäfflin & Junge, 1998). Patiënten geopereerd na 1986 deden het beter dan van ervoor. Dit betekent een drastische vermindering in operatie-complicaties (Eldh et al., 1997). De meeste personen melden verbeterde psychosociale omstandigheden: 87% voor transvrouwen en 97 % voor transmannen (Greer & Fleming, 1990). Soortgelijke verbeteringen zijn gevonden in Zweden, waar bijna alle personen tevreden waren met de genderbevestigende behandeling na 5 jaar. 86 % werd door de behandelaars toen beoordeeld als stabiel of verbeterd in hun totale functioneren (Johansson, Sundborn, Höjerback & Bodlund, 2010). Zwakke punten in de onderzoeken van dit overzicht zijn, dat ze steeds terugkijkend, retrospectief van opzet zijn en op verschillende manieren de effecten meten.

Een voorspellende studie in Nederland evalueerde 325 opeenvolgende volwassenen en adolescenten die zich melden voor geslachtsaanpassing (Smit, Van Goozen, Kuiper & Cohen-Kettenis, 2005). Patiënten die genderbevestigende behandeling (hormonen en operaties) ondergingen toonden verbetering in de gemiddelde mate van genderdysforie (gemeten met de Utrechtse Genderschaal). Scores op 'Ontevredenheid met het lichaam' verbeterden en scores op psychologisch functioneren op de meeste punten ook. Minder dan 2% betreurde de behandeling. Dit is het grootste voorspellende onderzoek dat de resultaten bevestigt uit de terugblikkende onderzoeken: een combinatie van hormoonbehandeling en operatief behandelen verbetert de genderdysforie en het psychosociaal functioneren. Er is noodzaak om verder onderzoek te doen naar hormoonbehandeling, zonder operaties en zonder het doel het maximum aan vrouwelijkheid of mannelijkheid te bereiken. Over het geheel genomen is er een gestadige verbetering in resultaten, nu het vakgebied voortgang boekt. Tot nu toe is het onderzoek vooral gericht geweest op de genderbevestigende operaties. In de praktijk van nu, is er een aantal thema's dat vraagt om volgend onderzoek en onderzoek naar de variatie aan genderidentiteiten, genderrollen en lichamelijke aanpassingen.

Bijlage E De weg naar Wpath-Zorgstandaard, versie 7

De weg naar versie 7 van de Wpath-Zorgstandaard begon in 2006 met de instelling van een werkgroep. Leden werden uitgenodigd specifieke hoofdstukken van versie 6 te onderzoeken. Hen werd gevraagd de relevante literatuur door te nemen, de onderzoeksbehoefte te bepalen en herzieningen aan te bevelen in de Wpath-Zorgstandaard door nieuwe gegevens. De volgende auteurs werden gevraagd bijdragen te leveren; Aaron Devor, Walter Bockting, George Brown, Michael brownstein, Peggy Cohen-Kettenis, Griet De Cuypere, Petra de Sutter, Jamie Feldman, Lin Fraser, Arlene Istar Lev, Stephen Levine, Walter Meyer, Heino Meyer-Bahlburg, Stan Monstrey, Loren Schechter, Mick van Trotzenburg, Sam Winter en Ken Zucker. Sommigen nodigden anderen uit mee te werken.

In de loop van 2007 waren alle bijdragen geschreven en vervolgens aangeleverd aan het International Journal of Transgenderism. Alles onderging de kritische blik van collega's. De uiteindelijke artikelen werden gepubliceerd in 2009 in de uitgaven 1 t/m 4. Daarmee was discussie en debat mogelijk.

Na publicatie werd in 2010 door de WPATH-directieraad een Revisiecommissie Zorgstandaard ingesteld. Zij werd belast met debat en discussie. Een subgroep werd aangewezen als schrijfgroep. De schrijfgroep werd belast met een eerste schets en verdere voorbereiding van herziene stukken voor de Revisiecommissie. De raad wees ook de Internationale Adviesgroep aan, van transseksuele, transgender en gender-nietconforme personen om voeding te geven aan de herziening.

Een technische schrijver werd aangezocht om alle aanbevelingen te verzamelen en te verwerken. De aanbevelingen uit de artikelen en die volgden uit discussie en debat. En ook om een overzicht te maken waarop de diverse revisors konden reageren. Hiermee was de schrijfgroep in staat om de posities, overeenstemmingen, verschillen van mening en behoeften aan verdere discussie te bepalen. Daarna leverde de schrijver ruwe versie 7 aan voor de afronding.

De schrijfgroep besprak in voorjaar 2011 alle voorstellen tot wijziging, kwam tot overeenstemming op controversiële punten, dit alles op basis van de beste wetenschappelijke gegevens en overeenstemming van experts. Deze beslissingen, de bestaande tekst en toegevoegde hoofdstukken werden door schrijver en schrijfgroep tot tweede schets gemaakt. Na vervolmaking werd deze voorgelegd aan de bredere Revisiecommissie en de internationale adviesgroep. De bespreking vond grotendeels plaats op een website en tenslotte tijdens een telefonische conferentie. Dit werd weer verwerkt tot verdere schetsen in wisselwerking met Revisiecommissie en internationale adviesgroep. Na voltooiing werd het document voorgelegd aan de WPATH-directieraad. Op 14 september 2011 werd de eindversie goedgekeurd.

Financiering

De totstandkoming van de revisie van de Standards of Care is mogelijk gemaakt door een genereuze subsidie van de Tawani Foundation, Chicago en een anonieme gift.

Voor:

- een verdeling van de kosten;
- de leden van de SOC Revisie commissie;
- de leden van het selectiecomitee van de interenationale advies groep;
- de leden van de internationale adviesgroep;
- de technische schrijver;
- de redactionle assistent;

wordt verwezen naar de originele Engelse versie van de Standards of Care.