

STANDARDS OF CARE FOR IDENTITIY DISORDERS, ZESDE EDITIE

Februari 2001

Comitéleden: Walter Meyer III M.D. (Voorzitter), Walter O. Bockting Ph.D., Peggy Cohen-Kettenis Ph.D., Eli Coleman Ph.D., Domenico DiCeglie M.D., Holly Devor Ph.D., Louis Gooren M.D., Ph.D., J. Joris Hage M.D., Sheila Kirk M.D., Bram Kuiper Ph.D., Donald Laub M.D., Anne Lawrence M.D., Yvon Menard M.D., Jude Patton PA-C, Leah Schaefer Ed.D., Alice Webb D.H.S., Connie Christine Wheeler Ph.D.

Dit is de zesde versie van de Standards Of Care sinds het origineel opgemaakt in 1979. Vorige herzieningen gebeurden in 1980, 1981, 1990 en 1998

Inhoudstabel:

1. Introducerende concepten	1
2. Epidemiologische overwegingen	3
3. Diagnostische nomenclatuur	5
4. De psychiater/psycholoog	8
5. Beoordeling en behandeling van kinderen en adolescenten.	12
6. Psychotherapie met volwassenen	15
7. Vereisten voor hormoonbehandeling van volwassenen	18
8. Effecten van hormoonbehandeling bij volwassenen	19
9. Real-life experience	23
10. Operatie	25
11. Borstoperatie	26
12. Genitale operatie	27
13. Nazorg	30

1. INTRODUCERENDE CONCEPTEN

De bedoeling van de Standards Of Care. Het belangrijkste doel van de Standards Of Care (SOC) is de verschillende internationale en professionele meningen rond de psychiatrische, psychologische, medische en chirurgische behandeling van stoornissen in de genderidentiteit te bundelen. De parameters uit dit document kunnen door psychiaters/psychologen gebruikt worden om hulp te bieden aan mensen met deze problematiek. Personen met genderdysforie, hun familie en hun omgeving kunnen de SOC gebruiken om de denkwijze van psychiaters/psychologen hierrond te begrijpen. Elke lezer

dient er zich van bewust te zijn dat er nog vele vraagtekens blijven op dit gebied, alsook van de hoop dat enkele van deze klinische vragen in de nabije toekomst zullen opgelost worden door wetenschappelijke onderzoeken.

Het overkoepelende behandelingsdoel. Het hoofddoel van de psychotherapeutische, endocrinologische of chirurgische behandeling voor mensen met stoornissen in de genderidentiteit is het algemeen welzijn van de cliënt. Dit houdt onder andere algemeen psychologisch evenwicht en de mogelijkheid tot zelfverwezenlijking in.

De Standards Of Care zijn een klinische gids. De SOC zijn ook bedoeld als leidraad voor de behandeling van mensen met genderidentiteitsstoornissen. Waar vereisten tot geschiktheid beschreven staan, moeten deze ingevuld worden als minimumvereisten. Psychiaters/psychologen en organisaties kunnen deze vereisten nog wijzigen en/of aanpassen. Deze klinische uitgangspunten kunnen aangepast worden omwille van de unieke anatomie van een patiënt, sociale of psychologische omstandigheden, de evoluerende manier van behandelen of de eigen methode van psychiater/psycholoog om een situatie aan te pakken, of een onderzoeksopzet. Deze aanpassingen moeten als zodanig genoteerd worden, uitgelegd aan de patiënt en gedocumenteerd worden voor legale bescherming. Ook dienen deze aanpassingen bijgehouden en genoteerd te worden, zodanig dat de resultaten op korte en op lange termijn kunnen bijdragen aan het evalueren van het onderzoeks- en behandelingsgebied.

Het klinische spanningsveld. Men raakt in een klinisch spanningsveld wanneer de zorgen, onzekerheden en vragen van de patiënt rond genderidentiteit zo intens worden dat deze het belangrijkste aspect van zijn/haar leven worden, en deze zorgen, onzekerheden en vragen de vorming van een relatief conflictloze genderidentiteit tegenhouden. De problemen van deze persoon worden dan vaak informele problemen met de genderidentiteit, genderdysforie, genderprobleem, genderzorg, genderleed, genderconflict of transseksualisme genoemd. Deze problemen kunnen vanaf de lagere schoolleeftijd voorkomen, maar ook op latere leeftijd, en hebben diverse uitingsvormen. De uitingsvormen geven de verschillende niveaus weer van persoonlijke ontevredenheid over de seksuele identiteit, afbakenende sekse- en gendergebonden lichaamskenmerken, genderrollen, genderidentiteit en de perceptie van anderen. Wanneer deze mensen voldoen aan de criteria van één van de twee officiële nomenclaturen de International Classification of Diseases-10 (ICD10) of de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Vierde Editie (DSM IV) worden ze formeel erkend als lijdend aan genderidentiteitstoornissen (GID). Vele personen

met GID ervaren nog een ander spanningsveld – ze houden vol in de wens om een chirurgische transformatie van hun lichaam te ondergaan.

Twee primaire groepen met GID bestaan – biologische mannen en biologische vrouwen. Het geslacht van de patiënt is een veelbetekenende factor in de behandeling van GID. Dokters dienen rekening te houden met elk biologisch, sociaal, psychologisch en economisch dilemma van iedere sekse.

2. EPIDEMIOLOGISCHE OVERWEGINGEN

Invloed/overzicht. Toen genderidentiteitsstoornissen voor het eerst professionele aandacht kregen, werd vooral gekeken naar een methode om kandidaten voor de geslachtsaanpassende operatie (SRS) te selecteren. Naarmate de kennis op dit terrein uitbreidde, kwamen professionelen tot de conclusie dat er personen met genderidentiteitsstoornissen waren die geen operatie wensten. De eerste schattingen van transseksualiteit spreken over 1 op 37.000 mannen en 1 op 107.000 vrouwen. De meest recente telling in Nederland geeft 1 op 11.900 mannen en 1 op 30.400 vrouwen aan als transseksueel. Er zijn echter vier bedenkingen, nog niet ondersteund door wetenschappelijke studie, die een vertekend beeld kunnen geven van deze schattingen:

- 1) genderproblemen worden vaak niet herkend als de patiënt komt met klachten zoals angst, depressie, bipolaire stoornissen, gedragsstoornissen, middelenmisbruik, dissociatieve identiteitsstoornissen, borderline persoonlijkheidsstoornis, andere seksuele en interseksuele stoornissen;
- 2) sommige mannelijke travestieten, vrouwennabootsers, transgenderisten, en mannelijke en vrouwelijke homoseksuelen kunnen een vorm van genderidentiteitsstoornis hebben;
- 3) de intensiteit van de genderidentiteitsstoornis varieert binnen een klinische spanningsveld;
- 4) er zijn verschillende variaties van genderstoornissen bij biologische vrouwen die relatief onzichtbaar zijn in de samenleving, in het bijzonder naar psychiaters/psychologen en wetenschappers toe.

Natuurlijke achtergrond van genderidentiteitsstoornissen. Idealiter zou prospectieve informatie over de natuurlijke achtergrond van GID een impact kunnen hebben op alle behandelingsbeslissingen. Deze info is helaas niet aanwezig, behalve het feit dat, zonder behandeling, de meeste jongens en meisjes met stoornissen in de genderidentiteit met wens om hun geslacht en gender te veranderen, hier uitgroeien. Nadat de diagnose van GID is

gesteld, bestaat de therapeutische aanpak uit drie grote elementen (ook wel 'triadic therapy' of triadische therapie genoemd): een real-lifetest in de gewenste rol, toediening van hormonen van het gewenste geslacht en een operatie die de geslachtsdelen en andere uiterlijke seksekaracteristieken zal veranderen. Er zijn een vijftal wetenschappelijk ondersteunde bedenkingen die ervoor zorgen dat de triadische therapie niet alleen gebaseerd mag worden op alleen maar een diagnose:

- 1) enkele zorgvuldige gediagnosticeerde personen veranderen spontaan hun streven
- 2) anderen passen op een andere manier hun genderidentiteit aan, zonder medische interventies
- 3) nog anderen geven de triadische therapie op tijdens de psychotherapie
- 4) sommige genderteams hebben een onverklaarbaar hoog percentage drop-outs en
- 5) het percentage mensen dat niet geholpen is door de triadische therapie varieert van studie tot studie.

Veel personen met een stoornis in de genderidentiteit wensen de drie elementen van de triadische therapie te doorlopen. De volgorde van de therapie begint met het nemen van hormonen => real-lifetest => operatie. Het kan ook anders, namelijk real-lifetest => hormoonbehandeling => operatie. Er moet echter in overweging genomen worden dat er verschillende therapeutische mogelijkheden zijn voor GID, waarvan de triadische therapie er slechts één van is. Binnen de professionele hulpverlening is men zich nu ook bewust aan het worden van het feit dat niet alle mensen met stoornissen in de genderidentiteit de drie elementen van de triadische therapie wensen.

Globale culturele variaties binnen de verschillende genderidentiteiten. Zelfs al zouden epidemiologische studies aantonen dat het percentage genderidentiteitstoornissen overall ter wereld ongeveer hetzelfde is, is het duidelijk dat de culturele verschillen binnen landen de gedragsvormen hiervan beïnvloeden. Meer nog; de toegankelijkheid van de behandeling, de kosten ervan, de verschillende mogelijkheden tot behandeling en de algemene maatschappelijke aanvaarding van genderdysfore personen en hun hulpverleners variëren van land tot land. Waar in de meeste landen eerder een moreel censuurbeleid rond gendervarianten wordt gevoerd in plaats van medogendheid, zijn er enkele opvallende voorbeelden van culturen waarin cross-gendergedrag niet veroordeeld wordt (bvb. spirituele leiders).

3. DIAGNOSTISCHE NOMENCLATUUR

De vijf elementen van het klinische werk. De professionele hulpverlening aan patiënten met genderidentiteitsstoornissen bestaat uit de volgende elementen: diagnosestelling, psychotherapie, real-lifetest, hormoonbehandeling en de chirurgische ingrepen. Deze sectie gaat dieper in op de fase van de diagnosestelling.

Het ontwikkelen van de nomenclatuur/naam. De term *'transseksualiteit'* ontstond in de jaren '50, waarmee men iemand aanduidde die wenste te leven in of reeds leefde in de rol van een persoon van het anatomische tegengestelde geslacht, al dan niet met hormoongebruik of chirurgische ingrepen. Tijdens de jaren '60 en '70 gebruikten dokters vaak de term *'true transsexual'*. Deze 'ware transseksueel' werd gezien als iemand met een karakteristieke weg van atypische genderidentiteitsontwikkeling, waarbij men kon voorspellen dat de behandeling een meerwaarde zou geven aan zijn/haar leven en dan vooral de chirurgische ingreep, die het summum zou betekenen. De 'ware transseksueel' kon onderscheiden worden aan de hand van de volgende aspecten:

- 1) cross-genderidentificatie en bijhorend gedrag dat stelselmatig vertoond werd gedurende de kindertijd, adolescentie en volwassenheid;
- 2) minimale of geen seksuele opwinding bij crossdressing en
- 3) geen heteroseksuele interesse, dit bekeken vanuit hun anatomisch geslacht (dus bvb. geen man-naar-vrouwtransseksueel die zich aangetrokken voelt tot vrouwen).

Deze 'true transsexual' kon van de beide geslachten zijn. De 'ware transseksuele mannen' werden onderscheiden van mannen die hun sekse en gender via een redelijk mannelijk gedragsontwikkelingsplan wensten te veranderen. Het geloof in dit concept verdween naargelang men zich realiseerde dat zulke patiënten zeer zelden waren en dat enkele van de 'true transsexuals' hun verhaal veranderden om toch maar te voldoen aan de maatstaven. Daarentegen waren er geen diagnostische onzekerheden bij de 'ware transseksuele vrouwen', merendeels omdat de patiëntverhalen redelijk consistent waren en gendervariante gedragingen als crossdressing, achterwege bleven. De term 'gender dysphoria syndrome' of genderdysforie werd later in gebruik genomen om het aanwezig zijn van een genderprobleem bij de beide geslachten aan te duiden, tot de psychiatrie een officiële nomenclatuur ontwikkelde.

DSM-IV. In 1994 werd door het DSM-IV comité besloten om de term 'transseksualisme' te veranderen in 'genderidentiteitsstoornis'. Afhankelijk van hun leeftijd werden diegenen met een sterke en persistente cross-genderidentificatie, een blijvend onbehagen over hun geslacht, een aanhoudende aversie van hun geslacht of een gevoel van ongepastheid van hun genderrol, gediagnosticeerd met Gender Identity Disorder of Childhood/

Genderidentiteitsstoornis in de kinderjaren (302.6), Adolescence/Adolescentie of Adulthood/Volwassenheid (302.85). Voor personen die niet voldeden aan deze criteria werd er een aparte categorie gebruikt; Gender Identity Disorder Not Otherwise Specified/Niet nader gespecificeerde gender-identiteitsstoornis (GIDNOS)(302.6). Onder deze categorie vallen een grote variëteit van individuen, onder meer diegenen die alleen een castratie of een penectomie (verwijdering van de penis) wensen zonder de ontwikkeling van borsten, diegenen die hormoonbehandeling en mastectomie (verwijdering van de borsten) willen zonder genitale reconstructie, mensen die aan een congenitale interseksuele stoornis lijden, diegenen die aan tijdelijke stressgerelateerde crossdressing doen en mensen met ambivalente gevoelens over het opgeven van hun genderstatus. Patiënten gediagnosticeerd met GID en GIDNOS werden nog verder verdeeld in subcategorieën naargelang de seksuele oriëntatie: aangetrokken tot mannen, aangetrokken tot vrouwen, aangetrokken tot beide geslachten en aangetrokken tot geen van beide geslachten. Deze subclassificatie werd gebruikt om uit te maken of één bepaalde therapeutische aanpak betere resultaten gaf bij een bepaalde seksuele oriëntatie; deze was zeker niet bedoeld als diagnostisch instrument. Tussen de publicaties van DSM-III en DSM-IV in, werd de term 'transgender' vaker gebruikt in allerlei betekenissen. Sommigen gebruikten de term om te verwijzen naar personen met een ongewone genderidentiteit in een waarde vrije manier, d.w.z. zonder de connotatie van psychopathologie. Anderen gebruikten de term informeel om te verwijzen naar elke persoon met genderidentiteitsproblemen. Transgenderisme is geen formele stoornis, maar vele psychiaters/psychologen en anderen vonden het gemakkelijker om deze informele naam te gebruiken dan de formele benaming van GIDNOS (Gender Identity Disorder Not Otherwise Specified).

De International Classification of Diseases-10 of ICD-10. De ICD-10 voorziet vijf diagnoses voor genderidentiteitsstoornissen (F64):

1) Transseksualiteit (F64.0) heeft drie criteria:

De wil om te leven als iemand van de andere sekse, meestal samengaan met de wens om zijn/haar lichaam zo congruent mogelijk te maken met het gewenste geslacht door chirurgische ingrepen en hormoonbehandelingen;

Deze transseksuele identiteit was stelselmatig aanwezig gedurende de voorbije twee jaar;

De stoornis is geen symptoom van een mentale aandoening of chromosomale abnormaliteit.

2) Travestitisme (F64.1) heeft ook drie criteria:

De persoon draagt kleren van het tegenovergestelde geslacht met de bedoeling om tijdelijk

lid te worden van deze sekse;

Er is geen seksuele motivatie voor deze crossdressing;

Het individu wenst niet definitief te veranderen in een lid van het andere geslacht.

3) Genderidentiteitsstoornis in de kinderjaren (F64.2) heeft aparte criteria voor jongens en meisjes.

Voor meisjes:

De persoon vertoont een persistente en een intense pijn over het vrouw - zijn, en heeft het verlangen geuit een jongen te worden (niet de wens om te veranderen wegens de culturele verschillen en voordelen van het man – zijn) of houdt vol dat ze een jongen is.

Eén van de volgende zaken moet eveneens aanwezig zijn:

-Persistente aversie tegen het dragen van normatieve vrouwelijke kledij en volhouding om stereotype mannelijke kledij te dragen;

-Persistente verwerping van alle vrouwelijk anatomische kenmerken, gestaafd met tenminste één van de volgende overtuigingen:

-Zekerheid dat ze een penis heeft of er één zal groeien;

-Weigering om zittend te urineren;

-Overtuiging dat zij geen borsten of menstruatie wil;

-Het meisje heeft de pubertijd nog niet bereikt;

-De stoornis moet gedurende de voorbije zes maanden vertoond zijn.

Voor jongens:

De persoon vertoont een persistente en een intense pijn over het man - zijn, en heeft het verlangen geuit een meisje te worden of, minder frequent, houdt vol dat hij een meisje is.

Eén van de volgende zaken moet eveneens aanwezig zijn:

-De hoofdbezigheid bestaat uit stereotypische vrouwelijke activiteiten, met een voorkeur voor ofwel crossdressing ofwel vrouwelijke tool, of met het intense verlangen om te participeren aan de spelletjes en bezigheden van meisjes, en verwerping van stereotypisch mannelijk speelgoed, spelletjes en activiteiten;

-Stelselmatige verwerping van alle mannelijke anatomische kenmerken, gestaafd met tenminste één van de volgende overtuigingen:

-Dat hij zal opgroeien als vrouw (niet de rol maar anatomisch);

-Dat zijn penis of teelballen weezinwekkend zijn of zullen verdwijnen;

-Dat het beter zou zijn om geen penis of teelballen te hebben;

-De jongen zit nog niet in de pubertijd;

-De stoornis moet gedurende de voorbije zes maanden vertoond zijn.

4) Andere Genderidentiteitsstoornissen (F64.8) hebben geen specifieke criteria.

5) Ongespecificeerde Genderidentiteitsstoornissen hebben geen specifieke criteria.

De twee bovenstaande diagnoses kunnen gebruikt worden voor een interseksuele aandoening.

Het doel van de DSM-IV en ICD-10 is een leidraad te bieden voor behandeling en verder onderzoek. Verschillende groepen bestaande uit een aantal professionelen hebben deze nomenclatura gecreëerd tijdens verscheidene processen en op diverse tijdstippen. Men verwacht dat de verschillen tussen de beide systemen in de nabije toekomst zullen verdwijnen. Heden ten dage worden diagnoses vaak meer gebaseerd op klinische ervaring dan op wetenschappelijk onderzoek.

Zijn genderidentiteitsstoornissen mentale stoornissen? Om als mentale stoornis te kunnen kwalificeren moet het gedragspatroon resulteren in een duidelijk adaptief nadeel voor de persoon of een persoonlijk mentaal lijden veroorzaken. In DSM-IV en ICD-10 staan honderden mentale stoornissen gedefinieerd die variëren in aanzet, duur, wijze waarop de ziekte ontstaat, mogelijke functionele belemmeringen en behandelingsmogelijkheden. De aanduiding dat genderidentiteitsstoornissen onder mentale stoornissen vallen hoeft niet als stigmatisering gezien te worden of een als een inbreuk op de rechten van de (gender)patiënt. Het gebruik van deze formele diagnose is vaak belangrijk bij het gevoel van opluchting, het bieden van steun en erkenning door de gezondheidszorg (en verzekering) en het leiden van onderzoeken met het oog op ontwikkeling van toekomstige effectievere behandelingen.

4. DE PSYCHIATER/PSYCHOLOOG

De tien taken van de psychiater/psycholoog. Psychiaters/psychologen die werken met personen met genderidentiteitsstoornissen worden gevraagd de volgende verantwoordelijkheden op zich te nemen:

- 1) Accurate diagnosestelling van de genderstoornis;
- 2) Accurate diagnosestelling van nevenbestaande psychiatrische stoornissen en de juiste behandeling hiervoor voorzien;

- 3) Raadgevingen geven aan de patiënt over de soorten behandeling en gevolgen;
- 4) Psychotherapie op zich nemen;
- 5) Vaststelling van de geschiktheid voor de hormoonbehandeling en chirurgische ingrepen;
- 6) Formele aanbevelingen doen naar medische en chirurgische collega's;
- 7) De geschiedenis van de patiënt in een aanbevelingsbrief bijhouden;
- 8) Deel uitmaken van een team bestaande uit professionals die interesse in genderidentiteitsstoornissen delen;
- 9) Familieleden, werknemers/werkgevers en organisaties informeren rond genderidentiteitsstoornissen;
- 10) Beschikbaar zijn voor follow-uponderzoeken van vroeger behandelde genderpatiënten.

De specialist bij volwassenen. De scholing van de psychiater/psycholoog die gespecialiseerd is in genderidentiteitsstoornissen bij volwassenen berust op een algemene klinische bevoegdheid in diagnosestelling en behandeling van mentale of emotionele stoornissen. Deze klinische training kan gebeuren binnen enkele formele disciplines – bvb psychologie, psychiatrie, sociaal werk, therapie of verpleegkunde. De volgende opsomming zijn de minimale vereisten voor een speciale bevoegdheid met genderidentiteitsstoornissen: een universiteitsdiploma of een gelijkgesteld diploma in een klinisch gedragswetenschappelijk gebied. Dit of een hoger diploma, moet behaald worden in een instituut geaccrediteerd door een erkende nationale of regionale accrediteringsraad. De psychiater/psychologen moeten geloofsbrieven hebben van degelijke trainingsinstellingen en licentieraad;

Gespecialiseerde training en kennis in beoordeling en diagnosestelling van seksuele stoornissen met DSM-IV/ICD-10 (dus niet alleen genderidentiteitsstoornissen);

Attesten van gesuperviseerde training en kennis van psychotherapie;

Blijvende bijscholing in de behandeling van genderidentiteitsstoornissen, waaronder de volgende kunnen vallen: aanwezig zijn bij professionele meetings of seminars of meedoen aan onderzoek in het veld van genderidentiteitsmoeilijkheden.

De kinderspecialist. De psychiater/psycholoog die kinderen of vroege adolescenten met GID evalueert en therapie voor deze groep aanbiedt, moet gespecialiseerd zijn in ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en adolescenten. De professional moet ook bekwaam zijn in het diagnosticeren en behandelen van algemene(re) problemen bij kinderen en adolescenten. Deze condities zijn een aanvulling bij de eisen voor de volwassenenspecialist.

Het verschil tussen geschikt zijn en klaar zijn. De Standards of Care voorzien aanbevelingen rond geschiktheidvereisten voor hormoonbehandeling en operaties. Zonder te

voldoen aan de aanbevolen vereisten, kan de patiënt of de therapeut geen aanvraag indienen tot hormoonbehandeling of chirurgie. Een voorbeeld van deze geschiktheidvereiste: de persoon moet de twaalf maand voorafgaand aan de genitale chirurgie fulltime leven als een persoon van het gewenste geslacht. Om deze criteria te halen moet de professional bewijzen hebben van de real-lifetest. De criteria voor het eigenlijke 'klaar zijn voor de operatie' – verdere consolidatie van de evoluerende genderidentiteit of het bevorderen van de mentale gezondheid in de nieuwe genderrol – is moeilijker, omdat dit afhangt van het oordeel van dokter en patiënt.

De relatie van psychiater/psycholoog tot de voorschrijvende geneesheer en de chirurg. De psychiater/psycholoog die de hormonale en chirurgische behandeling aanraadt, deelt de wettelijke en ethische verantwoordelijkheid met de dokter die ze verstrekt. De hormonale behandeling kan soms bijwerkingen hebben in de vorm van angstige en depressieve gevoelens wanneer er geen bijkomende psychotropische medicatie toegediend wordt. Er zijn echter mensen bij wie bijkomende psychotropische middelen moeten toegediend worden, voor of tijdens de hormoonkuur of chirurgische behandeling. Er wordt verwacht dat de psychiater/psycholoog deze beslissing neemt en dat hij/zij erop toeziet dat de juiste psychotropische middelen aan de patiënt worden voorgeschreven. Het aanwezig zijn van andere psychiatrische aandoeningen sluit niet automatisch de hormonale of chirurgische behandeling uit, maar enkele diagnoses kunnen moeilijke behandelingsdilemma's tot gevolg hebben waardoor verschillende behandelingen vertragingen (of een stop) kunnen oplopen.

De verwijsbrief opgesteld door de psychiater/psycholoog voor de hormoonkuur of chirurgische ingrepen moet bondig de volgende elementen bevatten:

De algemene identificerende kenmerken van de patiënt;

De beginnende en evoluerende gender, seksuele en andere psychiatrische diagnoses;

De duur van de professionele relatie, inclusief het type psychotherapie of evaluatieproces dat de patiënt doorlopen heeft;

De geschiktheidvereisten waaraan de patiënt voldaan heeft en de argumenten van de psychiater/psycholoog voor de hormonale en chirurgische behandeling;

De graad waarin de patiënt de Standards of Care gevolgd heeft en de waarschijnlijkheid van toekomstige inwilliging;

Of de auteur van het document deel uitmaakt van een genderteam;

Dat de afzender geen problemen heeft met contactopname om te verifiëren of hij/zij wel zelf de brief heeft geschreven.

De opstelling en volledigheid van deze verwijsbrief geven aan endocrinoloog en chirurg een

belangrijke graad van zekerheid dat de psycholoog/psychiater betrouwbaar is en kennis heeft van genderidentiteitsstoornissen.

Eén brief is vereist voor hormoonbehandeling of voor borstoperatie. Er dient één brief van psychiater/psycholoog, waarin bovenstaande zeven punten vervat worden, geschreven te worden naar de dokter die verantwoordelijk is voor de medische behandeling. Deze brief is voldoende om hormoonbehandeling aan te vatten en te verwijzen voor borstoperatie (bvb. mastectomie, borstreconstructie of een vergrotende mammoplastie).

Over het algemeen worden twee brieven gevraagd voor genitale chirurgie. Onder genitale chirurgie vallen de volgende ingrepen voor biologische mannen: orchidectomie (verwijdering van de teelballen), penectomie (verwijdering van de penis), clitoroplastie (het creëren van een clitoris), labiaplastie (creatie van schaamlippen) en het creëren van een neo-vagina. Bij biologische vrouwen kunnen we de volgende operaties onderscheiden: hysterectomie (verwijdering van de baarmoeder), ovariëctomie (verwijdering van de eierstokken), vaginectomie (verwijdering van de vagina), metoidioplastie (creëren van een penis met behulp van de vergrote clitoris), scrotoplastie (creëren van een scrotum), urethroplastie (urinebuisverlenging), inplanting van testikelprothesen en een phalloplastie (creatie van een neo-penis).

We spreken over een ideale situatie als de psychiaters/psychologen hun taken dirigeren en er aldus een periodieke rapportage binnen het team bestaande uit andere psychiaters/psychologen en niet-psychiatrische geneesheren ontstaat. Eén brief naar de dokter die de operatie uitvoert zal in het algemeen volstaan als deze brief door twee psychiaters/psychologen ondertekend is.

Het komt echter vaker voor dat de doorverwijsbrieven afkomstig zijn van psychiaters/psychologen die alleen werken, dus zonder collega's die gespecialiseerd zijn in genderidentiteitsstoornissen. Omdat deze psychiaters/psychologen zelfstandig werken en dus niet het voordeel hebben vaak geconfronteerd te worden met genderidentiteitsstoornissen, worden vaak twee aanbevelingsbrieven gevraagd voor de genitale chirurgie. Als de eerste brief afkomstig is van iemand met een licentiaatdiploma dan moet de tweede brief van iemand komen die gedoctoreerd is in de klinische psychologie, van wie men kan verwachten dat die de eventueel bijkomende psychiatrische aandoeningen evalueert. Als de eerste brief van de psychotherapeut van de patiënt komt, moet de tweede brief van iemand komen die alleen een evaluerende rol heeft gespeeld voor de patiënt. Er wordt echter wel verwacht dat elke brief dezelfde items bevat. Ten minste één van de brieven moet een uitgebreid verslag bevatten, de tweede brief kan dan een kortere samenvatting beslaan waarin men akkoord gaat met de aanbevelingen.

5. BEOORDELING EN BEHANDELING VAN KINDEREN EN ADOLESCENTEN.

Verschijnselen. Genderidentiteitsstoornissen bij kinderen en adolescenten verschillen van die bij volwassenen, gezien een versneld en dramatisch groeiproces (fysisch, psychologisch en seksueel) aan de orde is. Genderidentiteitsstoornissen bij kinderen en adolescenten zijn complexe aandoeningen. Het jonge individu ervaart een constante tegenstrijdigheid in zijn/haar genotypisch geslacht en zijn/haar gevoel van genderidentiteit. Er wordt vaak een enorm lijden ervaren, vooral in de adolescentieperiode, en er worden regelmatig gerelateerde emotionele en gedragsmatige moeilijkheden waargenomen. Er is een grotere verscheidenheid en variëteit in uitkomst, vooral bij kinderen in de prepuberale periode. Er zijn maar enkele jongeren die later transseksueel worden, er zijn er echter veel die later homoseksueel georiënteerd uitgroeien.

Vaak opgemerkte uitingen van genderidentiteitsconflicten bij kinderen en adolescenten zijn de diepe en intense wens om tot het andere geslacht te behoren; crossdressing; het spelen met speelgoed en/of spelletjes die vaker geassocieerd worden met de genderidentiteit die het kind wenst; vermijding van klederdracht, gedrag en spel verbonden met de biologische sekse van het kind; een voorkeur voor speelkameraden en vrienden van het geslacht waarmee het kind zich identificeert; een afkeer van de biologische geslachtskenmerken en functies. De genderidentiteitsstoornissen worden vaker gediagnosticeerd bij jongens dan bij meisjes.

Qua verschijnselen is er een groot verschil in de manier waarop kinderen en adolescenten hun geslachts- en gendermoeilijkheden uiten, gaande van de presentatie die wordt neergezet tot waanideeën of andere psychotische syndromen. Deze waanideeën over hun eigen lichaam kunnen kaderen in psychotische aandoeningen maar kunnen wel onderscheiden worden van uitingen van genderidentiteitsstoornissen. De genderidentiteitsstoornissen in de kindertijd zijn niet equivalent met die in de volwassenheid, waarbij de eersten niet automatisch leiden tot laatstgenoemde. Hoe jonger het kind, hoe onzekerder en misschien ook hoe kneedbaarder de uitkomst.

Psychologische en sociale interventies. De taak van de gespecialiseerde kinderpsychiater/kinderpsycholoog is vaststellingen doen en behandeling opstellen die de volgende leidraad volgt:

De professional moet het genderprobleem erkennen en accepteren. Aanvaarding en het doen verdwijnen van geheimhouding hierrond kan een grote opluchting betekenen.

De begeleiding moet de aard en de kenmerken van de genderidentiteit van het kind of de adolescent exploreren. Er moet een compleet psychodiagnostisch en psychiatrisch onderzoek

komen. Dit onderzoek moet een familie-evaluatie bevatten, omdat er vaak andere (meer voorkomende) problemen kunnen aanwezig zijn, net als onopgeloste kwesties in de omgeving van het kind. De therapie moet erop gericht zijn nevenbestaande problemen in het leven van het kind te verbeteren en het lijden van het kind te reduceren. Het kind en de familie moeten ondersteund worden bij het nemen van moeilijke beslissingen rond het trekken van een grens (bijv. in hoeverre kan het kind de genderrol overeenkomstig die van het gewenst geslacht aannemen). Dit houdt ook ondersteuning in rond problemen bij het informeren van anderen over de situatie van het kind, en hoe die anderen zouden reageren; bvb de vraag of het kind naar school kan onder de naam en klederdracht van het tegengestelde biologische geslacht. De omgeving moeten ook worden ondersteund in het tolereren van de onzekerheid en angst die het kind ervaart rond zijn genderexpressie en hoe anderen hiermee dienen om te gaan. Professionele netwerkbijeenkomsten kunnen handig zijn voor het vinden van de gepaste oplossingen voor deze problemen.

Fysieke tussenkomsten. Voor er fysieke interventies gebeuren moet er intensieve exploratie gedaan worden van de psychologische, familiale en sociale problemen. De fysieke tussenkomsten moeten bekeken worden in de context van de adolescente ontwikkeling. De ontwikkeling van een genderidentiteit bij adolescenten kan zich snel en onverwachts ontplooiën. Een adolescent die neigt naar genderconformiteit kan het op het eerst zicht de familie lijken te behagen en moet niet persé leiden tot een blijvende verandering in de genderidentiteit. Identiteitsopvattingen bij adolescenten kunnen sterk opkomen en expressief verregaand zijn, waarbij soms een foute indruk van onomkeerbaarheid wordt gegeven; in een latere fase kunnen deze vaak wat milderden. Om deze redenen is het beter om de onomkeerbare fysieke tussenkomsten zo lang als klinisch mogelijk is uit te stellen. De druk uitgeoefend omwille van de mate van het lijden van de adolescent kan groot zijn; in deze omstandigheden kan het aangewezen zijn om het kind of adolescent in de mate van het mogelijke door te verwijzen naar een multidisciplinair team.

De fysieke tussenkomsten bestaan uit drie categorieën of fasen:

Volledig omkeerbare interventies. Deze houden het toedienen van hormonenremmers in om de eigen oestrogeen- of testosteronproductie te onderdrukken, met als gevolg dat de lichamelijke veranderingen tijdens de pubertijd uitgesteld worden.

Gedeeltelijke omkeerbare interventies. Hier gaat het terug om hormonen; door het toedienen van cross-seksehormonen (dus testosteron aan vrouwen en oestrogeen aan mannen) zal men het lichaam vermannelijken of vervrouwelijken. Hierbij kunnen eventueel enkele chirurgische ingrepen volgen (borstvergroting, borstreductie).

Onomkeerbare tussenkomsten. Hier gaat het uitsluitend om chirurgische ingrepen.

Een gefaseerd proces wordt aangeraden, dit om de opties tijdens de eerste twee fasen open

te houden. Het overgaan naar een volgende stap in het proces is pas mogelijk na voldoende tijd voor de jongere en zijn/haar familie om te wennen aan de effecten van de eerder interventies.

Volledig omkeerbare interventies. Adolescenten kunnen geschikt zijn om hormonenremmers te nemen vanaf het moment dat de puberteitsveranderingen beginnen. Opdat de adolescent en zijn ouders een geïnformeerde beslissing omtrent de puberteitsremmers zouden kunnen nemen, is het aan te raden dat de adolescent de aanvang van de puberteitssymptomen van zijn/haar biologisch geslacht ervaart tenminste tot de 'Tanner Stage Two' (een standaard die de fysieke puberteitsontwikkeling in een 5-tal categorieën indeelt). Soms kan het om klinische redenen voor de patiënt beter zijn om toch vroeger tussen te komen; dit moet met pediatrisch, endocrinologisch en meerdere psychiatrische opinies gebeuren.

Er zijn maar twee gevallen waarin deze vervroegde interventies toegestaan zijn: a) om tijd te winnen om de verdere exploratie van de genderidentiteit en andere ontwikkelingsproblemen te onderzoeken in psychotherapie; en b) om het passabel zijn als iemand van het andere geslacht gemakkelijker te laten verlopen als de adolescent voortzet met zijn sekse- en genderverandering. De volgende criteria moeten behaald worden als men puberteitsremmende hormonen aan een adolescent wil geven:

Gedurende de kindertijd heeft de adolescent een duidelijk patroon van cross-seksegedrag, vertoont hij/zij genderidentiteitsstoornissen en heeft een intense aversie voor verwachtingen verbonden aan de genderrol;

Sekse- en genderongemakken zijn toegenomen bij het begin van de pubertijd;

De familie stemt in met en participeert in de therapie.

Biologische mannen zullen behandeld worden met LHRH-agonisten (die de LH- secretie stoppen en daardoor de testosteronsecretie), of met prolactine of anti- androgenen (die de testosteronaanmaak blokkeren). Biologische vrouwen zullen behandeld worden met LHRH-agonisten of met voldoende prolactine (die de productie van oestrogeen en progesteron stoppen) om hun menstruatie te stoppen.

Gedeeltelijke omkeerbare interventies. Adolescenten kunnen geschikt bevonden worden om te starten met vermannelijkende of vervrouwelijkende hormonen vanaf de leeftijd van 16 jaar, liefst met toestemming van de ouders. In vele landen worden 16-jarigen gezien als wettelijke volwassenen in het nemen van medische beslissingen en is er dus geen toestemming nodig van de ouders.

De betrokkenheid van psychiaters/psychologen is een vereiste voor de triadische therapie tijdens de adolescentie. Voor het nakomen van de real-lifetest tijdens de hormoonbehandeling, moet de psychiater/psycholoog minimum zes maand betrokken zijn bij

de patiënt en zijn/haar familie. Terwijl het aantal sessies in deze zes maand afhangt van het oordeel van de psychiater/psycholoog, is het toch de bedoeling dat de hormoonkuur en de real-lifetest bedachtzaam verloopt en regelmatig wordt herzien. Bij patiënten waar de real-lifetest al begonnen was voor ze gezien werden door een psychiater/psycholoog, moet deze heel nauw met hen en hun families samenwerken en regelmatig evalueren.

Onomkeerbare tussenkomsten. Alle chirurgische ingrepen mogen niet gebeuren voor het bereiken van de volwassenheid of voor het ondergaan van een real-life test van tenminste twee jaar. De drempel van 18 jaar moet gezien worden als een geschiktheidvereiste en niet als een indicatie voor actieve tussenkomst.

6. PSYCHOTHERAPIE MET VOLWASSENEN

De basisobservatie. Veel volwassenen met genderidentiteitsstoornissen vinden een comfortabele en effectieve manier van leven zonder dat alle elementen van de triadische therapie hierin vervat zijn. Waar het sommigen lukt om dit evenwicht alleen te vinden, kan bij anderen psychotherapie bij de ontdekking en groeiprocessen die dit zelfcomfort meebrengen, erg heilzaam zijn

Psychotherapie is geen absolute vereiste voor triadische therapie. Niet elke volwassen genderpatiënt heeft psychotherapie nodig om verder te gaan met de hormoonbehandeling, real-lifetest, hormonen of chirurgische ingrepen. De verschillende programma's waarbij men kan vaststellen of de persoon nood heeft aan psychotherapie, variëren van elkaar. De psychiater/psycholoog beslist over het al dan niet volgen van psychotherapie, en de arts waarbij de psychotherapie gevolgd wordt zal beslissen over de doelen van behandeling, de frequentie en duur. Er is geen minimumvereiste voor het aantal sessies dat moet gevolgd worden voor hormoonbehandeling, real-life test en chirurgische ingrepen, en dit om drie redenen: 1) patiënten verschillen in hun mogelijkheden om gelijke doelen te bereiken binnen een specifieke tijd; 2) een minimumaantal wordt vaak opgebouwd als een soort parcours, dat vaak ontmoedigend werkt voor de mogelijkheden tot persoonlijke groei; 3) de psychiater/psycholoog kan een belangrijke steun betekenen voor de patiënt tijdens alle fasen van de genderverandering. Individuele programma's kunnen wel een soort geschiktheidvereiste invoeren rond het minimumaantal sessies of maanden van psychotherapie.

Doelen van psychotherapie. Psychotherapie behelst vaak de ontwikkeling van een reeks oplossingen die de patiënt vroeger niet overwogen had. Het legt de nadruk op het vooropstellen van realistische doelen met betrekking tot werk en relaties, en het zoekt naar

het definiëren en verlichten van conflicten die geleid kunnen hebben tot een onstabiele(re) levensstijl van de patiënt.

De therapeutische relatie. Het verwezenlijken van een stevige en betrouwbare band met de patiënt is een eerste stap naar succesvol werken als psychiater/psycholoog. Dit wordt meestal bereikt door een competente en niet-veroordelende exploratie van het genderprobleem van de patiënt gedurende de initiële diagnostische evaluatie. Andere problemen kunnen later nog aan bod komen, nadat de patiënt voelt dat de psychiater/psycholoog geïnteresseerd is en de problemen rond zijn gendergevoelens begrijpt. Idealiter werkt de psychiater/psycholoog vanuit een breed kaderende visie op de persoon. De doelen van de therapie bestaan erin de persoon te helpen comfortabel te leven in een genderidentiteit en effectief te leren omgaan met niet-genderproblemen. De professional probeert vaak de werkcapaciteit te verbeteren, en het vormen of behouden van ondersteunende relaties te bevorderen. Zelfs wanneer deze 'begindoelstellingen' verwezenlijkt worden, moeten de psychiaters/psychologen de waarschijnlijkheid bediscussiëren dat geen enkel educatieve, psychotherapeutische, medische of chirurgische therapie permanent alle tekenen van iemands oorspronkelijke geslacht of vorig leven kan uitroeien.

Therapeutisch proces. Psychotherapie kan worden omschreven als een serie van interactieve communicaties tussen een therapeut die kennis heeft van het menselijk emotioneel lijden en hoe dit kan verlicht worden, en de patiënt die aan het lijden is. De psychotherapie bestaat typisch uit regelmatige gehouden sessies van 50 minuten. De psychotherapeutische sessies initiëren een ontwikkelingsproces. Ze maken het mogelijk om de geschiedenis van de patiënt te bekijken, geldende dilemma's op te lossen, en onrealistische ideeën en maladaptief gedrag te identificeren. Psychotherapie heeft niet de bedoeling om de genderidentiteitsstoornis te genezen. Het gewoonlijke doel is het realiseren van een stabiele levensstijl op lange termijn, met realistische kansen op succes in relaties, opleiding, werk en expressie van de genderidentiteit. Lijden veroorzaakt door genderproblemen heeft vaak een versterkend effect in de relationele, werkgerelateerde en opleidingsdilemma's.

De therapeut moet duidelijk maken dat de patiënt het recht heeft om te kiezen tussen verschillende opties. De patiënt kan door de tijd heen experimenteren met alternatieve aanpakken. In ideale gevallen betekent psychotherapie samenwerking. De therapeut moet zeker zijn dat de patiënt de concepten van geschiktheid en 'klaar zijn' begrijpt, omdat de therapeut en de patiënt moeten samenwerken om diens problemen te definiëren. Progressie in het omgaan met deze problemen staat hierin centraal. Samenwerken kan een patstelling tussen een therapeut die aanbevelingen onnodig lijkt te weerhouden en een patiënt die te

wantrouwend tegenover de therapeut staat om zijn/haar gedachten, gevoelens, gebeurtenissen en relaties te delen, voorkomen.

Patiënten kunnen in elke fase van hun genderevolutie baat hebben bij psychotherapie. Dit omhelst ook de postchirurgische periode, wanneer de anatomische obstakels uit de weg geruimd zijn, maar de persoon kan een blijvend gevoel hebben van onbehagen en vaardigheden missen om comfortabel te kunnen leven in de nieuwe genderrol.

Opties voor genderadaptaties. De acties in volgende lijst hebben, in verschillende combinaties, mensen geholpen om meer persoonlijk comfort te vinden. Deze aanpassingen kunnen spontaan gebeuren en evolueren tijdens de psychotherapie. Nieuwe genderadaptaties betekent niet dat de persoon in de toekomst niet zal mogen overgaan tot hormoontherapie, real-lifetest of genitale chirurgie.

Activiteiten:

Biologische mannen:

Crossdressing: onopgemerkt beginnen met ondergoed; uniseks; of meer vrouwelijke kledij;

Verandering van het lichaam door: haarverwijdering door elektrolyse of warme was; kleine plastisch -en cosmetisch chirurgische ingrepen;

Meer aandacht aan verzorging, garderobe en vocale expressie.

Biologische vrouwen:

Crossdressing: onopgemerkt starten met ondergoed, uniseks of meer mannelijke kledij;

Verandering van het lichaam door camoufleren van de borsten, gewichtheffen en aanbrengen van nepgezichtshaar (theatermake-up);

Opvullend ondergoed dragen of een penisprothese.

Beide geslachten:

Leren over transgenderproblemen door: hulpgroepen en gendernetwerken, communicatie met lotgenoten via Internet, bestuderen van deze Standards of Care, relevante literatuur (zowel van leken als professionelen) rond wettelijke regelingen omtrent werk, relaties en crossdressing in het publiek, doornemen.

Deelnemen aan recreatieactiviteiten van het gewenste geslacht

Sporadisch leven in een cross-genderrol.

Processen:

Aanvaarding van persoonlijke homoseksuele of biseksuele fantasieën en gedrag (oriëntatie) in tegenstelling tot genderidentiteit en genderrolaspiraties;

Acceptatie van de nood een job te behouden, voorzien in emotionele noden van kinderen, in ere houden van een huwelijksbelofte en niet kwetsen van familie door deze een hogere prioriteit te geven dan de persoonlijke wens van constante cross-genderexpressie;

Integratie van vrouwelijke en mannelijke genderaspecten in het dagelijkse leven;
Identificatie van triggers voor verhoogde cross-genderverlangens en effectief aandacht schenken hieraan: bvb ontwikkelen van betere zelfbeschermende, assertievere en vocale vaardigheden en oplossen van interpersoonlijke strijd om sleutelrelaties te versterken.

7. VEREISTEN VOOR HORMOONBEHANDELING VAN VOLWASSENEN

Redenen voor hormoontherapie. De cross-seksehormoonbehandeling speelt een belangrijke rol in het anatomische en psychologische veranderingsproces van geselecteerde volwassenen met GID. Hormonen zijn vaak broodnodig om succesvol of overtuigend te leven binnen de nieuwe geslachtsrol. Ze verbeteren de levenskwaliteit en limiteren de bijkomende psychiatrische aandoeningen, die veelal het gevolg zijn van het niet-behandelen van de genderidentiteitsstoornissen. Wanneer endocrinologen androgenen aan biologische vrouwen geven en oestrogenen, progesteron en testosteronremmende middelen aan biologische mannen, heeft dit als gevolg dat de patiënten zich gaan voelen en uit gaan zien als leden van het gewenste geslacht.

Geschiktheidscriteria. Het toedienen van hormonen mag niet licht opgevat worden gezien de medische en sociale risico's hieraan verbonden. Er zijn drie bepalende criteria.

Leeftijd 18 jaar;

Duidelijke kennis van wat hormonen medisch gezien kunnen en niet kunnen veroorzaken, en ook weet van hun sociale voordelen en risico's;

Ofwel:

Een van dichtbij gevolgde real-lifetest van minstens drie maanden voorafgaand aan de toediening van hormonen; ofwel

een periode van psychotherapie waarbij de duur bepaald wordt door een psychiater/psycholoog na een beginevaluatie (gemiddeld een minimum van drie maand).

In bepaalde omstandigheden kan men beslissen om toch hormonen toe te dienen, ondanks het feit dat niet aan de derde voorwaarde werd voldaan – bvb sneller toedienen van gereguleerde hormonen die van een goede kwaliteit zijn, als alternatief voor hormonen die verkregen worden via de zwarte markt of hormoongebruik dat niet gesuperviseerd wordt.

Klaarheidscriteria. Ook hier bestaan drie criteria:

Er wordt door de patiënt verdere bevestiging gegeven van de genderidentiteit tijdens de real-lifetest of psychotherapie;

De patiënt heeft vooruitgang gemaakt in het omgaan met andere problemen, waardoor de mentale gezondheid gelijk is gebleven of gegroeid (dit betekent bevredigende controle over

problemen zoals sociopathie, middelenmisbruik, psychose en zelfmoordproblematiek);

Er wordt vermoed dat de patiënt op een verantwoorde manier zal omgaan met de voorgeschreven hormonen.

Kunnen hormonen voorgeschreven worden aan personen die geen chirurgische ingrepen of real-lifetest wensen? Dit is mogelijk, maar alleen na diagnosestelling en psychotherapie bij een gekwalificeerd psychiater/psycholoog, waarbij bovenstaande minimale standaardlijst gevolgd werd. Hormoontherapie kan soms voldoende zijn voor mensen die geen compleet cross-genderleven of operatie willen, of voor wie dit niet mogelijk is. Bij sommige patiënten kan de hormoonbehandeling voldoende symptomatische steun geven, zodanig dat de nood om cross-gender te leven of operaties te ondergaan verholpen wordt.

Hormoontherapie en medische hulp voor personen in opsluiting. Personen die een behandeling krijgen voor hun GID moeten deze behandeling ook voortgezet krijgen na hun opsluiting. Bijvoorbeeld, mensen die psychotherapie en/of cross-seksehormoonbehandeling volgen moeten toegestaan worden om deze medisch nodige behandeling verder te zetten om hun emotionele labiliteit, ongewilde terugval van hormoongebonden fysieke effecten en een gevoel van wanhoop dat tot depressie, angsten en zelfmoord kan lijden, te vermijden. Gevangenen waarbij de hormoonbehandeling plots stopgezet wordt, kunnen een risico zijn om psychiatrische symptomen en zelfverwondend gedrag te ontwikkelen. De medische opvolging rond hormonale behandeling moet voorzien worden zoals beschreven in deze Standards of Care. Gevangenisson waar transgendere mensen verblijven moeten rekening houden met hun transformatie en hun persoonlijke veiligheid.

8. EFFECTEN VAN HORMOONBEHANDELING BIJ VOLWASSENEN

De maximale fysieke resultaten van hormoonbehandeling kunnen vaak pas gezien worden na twee jaar continue behandeling. Erfelijke bepalingen kunnen de effecten begrenzen en kunnen niet overwonnen worden door grote dosissen. Resultaten variëren van patiënt tot patiënt.

Gewenst effecten van hormonen. Biologische mannen die behandeld worden met oestrogeen kunnen realistisch gezien verwachten dat de behandeling de volgende effecten heeft: borstgroei, gedeeltelijke herverdeling van lichaamsvet waardoor het lichaam er iets

vrouwelijker zal uitzien, vermindering van de lichaamskracht, huid die zachter zal worden, vermindering van lichaamshaar, vertraging of stopzetting van het verlies van hoofdhaar, verminderde vruchtbaarheid en testikelgrootte, en, minder voorkomend, minder stevige erecties. De meeste van deze veranderingen zijn omkeerbaar, alhoewel de borstvergroting niet helemaal zal verdwijnen door stopzetting van de behandeling.

Biologische vrouwen die behandeld worden met testosteron kunnen volgende permanente veranderingen verwachten: een diepere stem, vergroting van de clitoris, verkleining van de borsten, vermeerdering van het gezichts- en lichaamshaar en kaalheid volgens een mannelijk patroon. Omkeerbare veranderingen kunnen de volgende zijn: toename van de lichaamskracht, gewichtstoename, verhoging van sociale en seksuele interesse en opwinding en vermindering van heupvet.

Potentiële negatieve medische neveneffecten. Patiënten met medische problemen of met een verhoogd risico op cardiovasculaire problemen, kunnen serieuze en fatale gevolgen ondervinden van cross-seksehormoonbehandeling. Zo kunnen bijvoorbeeld roken, zwaarlijvigheid, oudere leeftijd, hartproblemen, hypertensie, abnormale bloedklonterproblemen, kwaadaardige ziektes en enkele endocrinologische aandoeningen een verhoging van de nevenwerkingen en risico's van hormoonbehandeling tot gevolg hebben. Hierdoor kunnen sommige patiënten cross-seksehormonen beter niet innemen. Toch dient het gezegd dat hormonen zowel positieve effecten kunnen inhouden als risico's. De risicofactoren moeten in samenspraak tussen dokter en patiënt overwogen worden. De neveneffecten bij biologische mannen behandeld met oestrogeen en progesteron kunnen onder andere een verhoogd risico op bloedklontering inhouden (fatale bloedklontervorming in vitale organen), onvruchtbaarheid, gewichtstoename, emotionele labiliteit, leverziektes, formatie van galstenen, slaperigheid, hypertensie en diabetes mellitus.

Neveneffecten bij biologische vrouwen behandeld met testosteron kunnen onder meer zijn: onvruchtbaarheid, acne, emotionele labiliteit, grotere geslachtsdrift, verandering in de vetstructuur die mannelijke patronen vormen en het risico op cardiovasculaire ziektes vergroten; de potentiële ontwikkeling van zowel goed- als kwaadaardige levertumoren en leverdisfunctioneren.

Verantwoordelijkheden van de voorschrijvende geneesheer. Hormonen moeten voorgeschreven worden door een arts, en mogen niet toegediend worden zonder een adequate psychologische en medische beoordeling, zowel voor als tijdens de behandeling. Patiënten die de geschiktheids- en klaarheidvereisten niet begrijpen en die geen weet hebben van de SOC, moeten hierover geïnformeerd worden. Dit kan aanleiding geven tot doorverwijzen naar een psychiater/psycholoog gespecialiseerd in genderidentiteitsstoornissen.

De dokter die hormonen voorschrijft en de medische behandeling opvolgt, moet geen specialist zijn in de endocrinologie maar moet wel op de hoogte zijn van de relevante medische en psychologische aspecten van GID-behandeling.

Na een grondig onderzoek van de medische geschiedenis, psychische - en laboratorische tests, dient de geneesheer de mogelijke effecten en nevenwerkingen van de hormoonbehandeling nog eens onder de loep nemen, inclusief de mogelijke levensgevaarlijke gevolgen. De patiënt moet de mogelijkheden hebben om de risico's en voordelen van de behandeling te beoordelen, zijn/haar vragen beantwoord te krijgen en toe te stemmen met medische begeleiding. Het medisch dossier moet een geschreven document bevatten dat aantoont dat de risico's en voordelen van de hormoonbehandeling besproken werden.

Dokters hebben een grote vrijheid in het voorschrijven van het soort hormoonpreparaten en de administratieve route die ze kiezen voor hun patiënten. Mogelijke opties zijn orale, geïnjecteerde of transdermale toediening van hormonen. Het gebruik van de transdermale oestrogeenpleisters moet overwogen worden voor mannen ouder dan 40, mannen met een geschiedenis van abnormale bloedklontering of mannen met geschiedenis in veneuze tromboses. Transdermaal toegediende testosteron bij vrouwen kan aangewezen zijn voor vrouwen die geen injecties wensen. Bij afwezigheid van overige medische, chirurgische of psychiatrische problemen moet de medische basisbegeleiding uit het volgende bestaan: opeenvolgende fysische onderzoeken naar de behandlungs- en neveneffecten, meting van vitale tekens voor en tijdens behandeling, gewichtsmetingen en laboratorium onderzoek. Genderpatiënten die al dan niet hormonen nemen, moeten - net als andere patiënten - gescreend worden op kwaadaardige bekkentumoren.

Voor degenen die oestrogeen toegediend krijgen, moet het minimale labonderzoek bestaan uit controle van het testosteronniveau voor de behandeling, glucose, leverfunctie, en een compleet bloedonderzoek dat na 6 en 12 maanden herhaald wordt, daarna jaarlijks. Het prolactineniveau moet gecontroleerd worden voor de behandeling en herhaald worden na 1, 2 en 3 jaar. Als er gedurende deze periode geen sprake is van hyperprolactinemie zijn verdere onderzoeken niet nodig. Biologische mannen die een oestrogeenkuur volgen, moeten gescreend worden op borstkanker en gemotiveerd worden om aan zelfonderzoek te doen. Eenmaal men de desbetreffende leeftijd heeft bereikt, moet men onderzocht worden op prostaatkanker.

Voor degenen die een androgeenkuur krijgen, moet het minimale labonderzoek bestaan uit leverfunctietest voor behandeling en een compleet bloedonderzoek met controles na 6 en 12 maand, daarna jaarlijks. Er wordt ook aangeraden om jaarlijks de lever te laten onderzoeken. Vrouwen die al een mammectomie achter de rug hebben en waarbij

borstkanker vaak voorkomt in de familie moeten worden opgevolgd.

Dokters kunnen hun patiënten voorzien van een geschreven verklaring dat de persoon onder medische begeleiding is, onder andere de cross-seksehormoon-behandeling. Tijdens de eerste fasen van hormoonbehandeling wordt de patiënt best aangeraden deze verklaring altijd bij zich te hebben, dit om problemen met politie en andere autoriteiten te vermijden.

Vermindering van de dosis na het operatief wegnemen van geslachtsdelen. De oestrogeendosis na verwijdering van de testes kan met 1/3 tot 1/2 verminderd worden, waarbij de vervrouwelijking gehandhaafd blijft. Na verwijdering van de ovaria, moet een vermindering van testosteron overwogen worden rekening houdende echter met de kans op osteoporose. Levenslange opvolging is algemeen aangewezen bij genderpatiënten.

Misbruik van hormonen. Sommige personen verkrijgen hormonen zonder voorschrift door vrienden, familieleden of apotheken in het buitenland. Hormoongebruik zonder medische begeleiding kan nog grotere medische risico's inhouden voor de persoon. Er zijn verhalen gekend van personen die onder medische begeleiding hormonen namen, en ook nog bijkomende, illegaal verkregen hormonen innamen zonder hun geneesheer hiervan op de hoogte te stellen. De geneesheren die hormonen voorschrijven moeten hun patiënten motiveren om de voorgeschreven dosis na te volgen, dit om de morbiditeit te limiteren. Ethisch gezien worden dokters aangeraden om bij patiënten die de voorgeschreven dosis niet volgen, de behandeling stop te zetten.

Overige potentiële voordelen van hormonen. De hormonale behandeling, wanneer deze medisch verantwoord is, moet voorafgaan aan elke chirurgische geslachtsoperatie. Wanneer de patiënt blij is met de effecten van deze hormonen, kan dit voor een bevestiging van zijn/haar identiteit als iemand van het lang verlangde geslacht zorgen. Dit versterkt de overtuiging om de behandeling verder te zetten. Ontevredenheid over de hormonale effecten kan een teken zijn van ambivalentie rond het verder zetten van de behandeling en chirurgische ingrepen. Bij biologische mannen kunnen de hormonen voor voldoende borstontwikkeling zorgen, waardoor een vergrotende borstoperatie niet meer nodig is. Sommige patiënten die hormonale behandeling volgen, wensen geen geslachtsoperatie of andere chirurgische ingrepen.

Het gebruik van anti-androgenen en aansluitende behandeling. Anti-androgenen kunnen gebruikt worden als een toevoeging bij de oestrogeenkuur aan biologische mannen, hoewel deze niet altijd nodig zijn voor vervrouwelijking. Patiënten die teveel last hebben van neveneffecten van oestrogenen kunnen baat hebben van anti-androgenen die de productie van testosteron onderdrukken, waardoor een lagere dosis oestrogeen kan toegediend worden. Vervrouwelijking behoeft geen aansluitende behandeling. Pogingen om de menstruatiecycclus na te bootsen door een onderbroken oestrogeenkuur voor te schrijven of

tijdens een deel van de maand oestrogeen te substitueren door progesteron, zijn niet nodig om vervrouwelijking te verkrijgen.

Geïnformeerde toestemming. Hormonale behandeling kan alleen worden voorzien voor mensen die wettelijk gezien hun toestemming hiertoe kunnen geven. Hieronder vallen onder meer de door een rechtbank ontvoogde minderjarigen en personen in opsluiting die competent worden geacht om medische beslissingen te nemen. Bij adolescenten moeten naast de adolescent zelf, ook de ouders (of voogd) geschreven toestemming geven.

Voortplantingsopties. Geïnformeerde toestemming houdt in dat de patiënt begrijpt dat hormoonbehandeling de vruchtbaarheid beperkt en dat de verwijdering van geslachtsdelen de mogelijkheid tot voortplanting stopt. Er bestaan voorbeelden van mensen die de hormoonbehandeling hebben gevolgd en de SRS ondergaan hebben, die later spijt hadden dat ze niet meer de mogelijkheid hadden om nog ouder te worden van een genetisch gerelateerd kind. De psychiater/psycholoog die de hormoonbehandeling goedkeurt moet de patiënt op de hoogte stellen van deze voortplantingsopties en dit bevragen voor aanvang van de hormoonkuur. Biologische mannen, en dan specifiek mannen die nog geen kinderen hebben geproduceerd, moeten geïnformeerd worden over de mogelijkheid tot opslaan van sperma, en gemotiveerd worden om dit te doen voor aanvang van de hormoonkuur. Biologische vrouwen hebben niet direct mogelijke oplossingen om hun eicellen op te slaan, behalve dan het invriezen van reeds bevruchte embryo's. Zij moeten echter wel op de hoogte gesteld worden van de reproductiekwesties, inclusief deze optie. Wanneer andere oplossingen mogelijk worden, moeten ook deze gepresenteerd worden.

9. REAL-LIFE EXPERIENCE

Het al dan niet volledig opnemen van de nieuwe of evoluerende genderrol of genderpresentatie in het dagelijks leven staat ook wel bekend als de real-life experience. Deze real-life fase is een essentieel onderdeel in de transitie van de genderrol overeenkomstig de genderidentiteit van de patiënt. Omdat de geslachtsaanpassing onmiddellijke diepgaande persoonlijke en sociale gevolgen heeft, moet de beslissing hiertoe eerst besproken worden: wat de familiale, werksfeergerelateerde, interpersoonlijke, educatieve, economische en legale gevolgen kunnen zijn. Professionele hulpverleners

hebben de verantwoordelijkheid om deze mogelijke gevolgen te berekenen met hun patiënten. Het veranderen van de genderrol en genderpresentatie kan een belangrijke factor worden tot werkdiscriminatie, scheiding, huwelijksproblemen en beperking of verlies van bezoekrecht van kinderen. Dit alles zijn externe realiteitskwesaties waarmee men moet kunnen omgaan om succes te boeken in de nieuwe genderpresentatie. De gevolgen kunnen anders zijn dan wat de patiënt zich had voorgesteld voor aanvang van de real-life test. Echter, niet alle veranderingen zijn negatief.

Parameters van de real-life experience. Wanneer dokters de real-life test evalueren, zal men volgende aspecten bekijken:

Het volhouden van het full - of halftime werk;

Het functioneren als student;

Het functioneren in vrijwilligerswerk;

Het combineren van de bovenstaande items;

Het bekomen van een (legale) naam die aangepast is aan de genderidentiteit;

Het voorzien van documenten dat andere personen (naast de therapeut) weet hebben dat de patiënt functioneert binnen de gewenste genderrol.

Real-life experience als proef. Hoewel professionele hulpverleners aanraden om in de gewenste genderrol te leven, blijft de beslissing over hoe en wanneer hiermee te beginnen de verantwoordelijkheid van de patiënt. Sommigen beginnen met de real-life test en beslissen dan dat deze vaak ingebeelde levenswijze toch niet de beste oplossing is voor hen. Professionele hulpverleners zien de real-life test soms als de ultieme proef voor hun uiteindelijke diagnose. Als patiënten zich goed voelen en alles voorspoedig verloopt, wordt de diagnose "transseksueel" bevestigd, maar als ze beslissen om niet verder te doen, zullen ze "het wel niet geweest zijn". Deze redenering verwacht de factoren die bijdragen aan een succesvolle aanpassing van de genderrol, met de aanwezigheid van GID op zich. De real-life test stelt het besluit van de patiënt op de proef, de mogelijkheid om te kunnen functioneren in het gewenste geslacht, en de geschiktheid van de sociale, economische en psychologische steun. Het helpt de patiënt en de psychiater/psycholoog in hun beoordeling over hoe verder te gaan. De diagnosestelling, echter altijd open voor heroverweging, is een aanbeveling voor de aanvang van de real-life test. Als de patiënt de real-life test succesvol doorloopt, winnen zowel de patiënt en als de psychiater/psycholoog vertrouwen in het nemen van verdere stappen.

Verwijdering van baard en andere ongewenste haren voor de man-naar-vrouw transseksueel. Baardharen verdwijnen niet door het nemen van cross-seksehormonen. Verwijdering van het gezichtshaar door elektrolyse wordt over het algemeen beschouwd als een redelijk veilig proces dat vaak de real-life test voor biologische mannen vergemakkelijkt.

De nevenwerkingen hiervan zijn ongemak tijdens en onmiddellijk na de procedure en minder hypo- of hyperpigmentatie, littekens en ontsteking van de haarzakjes. Er is geen formele medische toestemming nodig voor haarverwijdering; er kan met elektrolyse begonnen worden wanneer de patiënt dit nodig vindt. Het is meestal aangeraden om toch te beginnen voor aanvang van de real-life test, omdat baardharen moeten groeien tot een zichtbare lengte om verwijderd te kunnen worden. De meeste patiënten zullen toch een tweetal jaar regelmatige behandeling nodig hebben om al hun gezichtsbehaarings effectief te verwijderen. Een nieuwe techniek is laserepilatie, maar er is nog niet veel over bekend.

10. OPERATIE

SRS is een effectieve en medisch aangeraden behandeling bij ernstige GID. Bij personen gediagnosticeerd met transeksualiteit of ernstige GID, is SRS samen met een hormoonkuur en real-life test, de behandeling die het meest effectief blijkt te zijn. Deze therapeutische behandeling, wanneer deze voorgeschreven wordt door gekwalificeerde personen, is medisch aangewezen en nodig. Geslachtsaanpassende behandeling wordt niet beschouwd als zijnde “experimenteel”, “onderzoekend”, “facultatief”, “cosmetisch”, of optioneel in elke betekenis. Het vormt een erg effectieve en gepaste behandeling voor transeksualiteit of ernstige GID.

Hoe omgaan met ethische vragen rond SRS? Veel mensen, inclusief sommige medische professionals, hebben ethische bezwaren op operaties voor GID. Bij gewone chirurgische interventies worden pathologische weefsels weggenomen om verstoorde functies te herstellen of worden er aanpassingen gemaakt aan het lichaam om het zelfbeeld van de patiënt te verbeteren. Voor diegenen die bezwaar hebben op SRS, worden deze voorwaarden niet aanwezig geacht wanneer men personen met GID opereert. Het is dus belangrijk dat artsen die patiënten met GID in behandeling hebben, zich goed voelen rond het anatomisch aanpassen van ‘normale’ structuren. Om te kunnen begrijpen hoe chirurgie het psychologisch onbehagen van patiënten gediagnosticeerd met GID kan wegnemen, moeten de dokters/psychiaters/psychologen luisteren naar de patiënt, discussiëren over hun levensverhaal en dilemma’s. De weerstanden tegen de chirurgische ingrepen op basis van “boven alles geen letsels toebrengen” moeten gerespecteerd worden, bediscussieerd worden en bekeken worden samen met de patiënt om zo te kunnen leren over hen en het psychologisch onbehagen dat ze ervaren door hun GID.

Het is onethisch patiënten te weigeren voor chirurgische ingrepen of hormoonbehandeling alleen op basis van bloedgerelateerde infecties zoals HIV, of Hepatitis B of C,...

De relatie tussen de chirurg, de hormoonvoorschrijvende arts en de psychiater/psycholoog. De chirurg is niet louter een technicus, ingehuurd om een procedure uit te voeren. De chirurg maakt deel uit van een team van artsen die samenwerken aan een behandeling op lange termijn. De patiënt heeft vaak een grote achting voor de chirurg, waardoor er (in een ideale situatie) een mogelijkheid is tot follow-up op lange termijn. Door de verantwoordelijkheid van de chirurg ten opzichte van zijn patiënt, moet hij de diagnose begrijpen die geleid heeft tot de aanbeveling voor chirurgie. De chirurg moet de kans hebben een aantal gesprekken met zijn patiënt te voeren, om zichzelf ervan te overtuigen dat de patiënt baat zal hebben bij de ingreep. In een ideale situatie zal de chirurg nauw samenwerken met de andere artsen die een actieve rol hebben gespeeld bij de psychologische en medische begeleiding van de patiënt. Dit wordt best verwezenlijkt door deel uit te maken van een interdisciplinair team van professionals die gespecialiseerd zijn in genderidentiteitstoornissen. Deze genderteams bestaan echter niet overal. De chirurg moet op zijn minst zekerheid hebben dat de psychiater/psycholoog en de arts die de hormonen voorschrijft gereputeerde professionals zijn met een duidelijke ervaring in genderidentiteitsstoornissen. Dit kan vaak worden afgeleid uit de kwaliteit van de aanbevelingsbrieven. Omdat er in het verleden vaak fictieve of vervalste brieven gepresenteerd werden, dienen chirurgen persoonlijk te communiceren met tenminste één psychiater/psycholoog om de authenticiteit van hun brieven te controleren.

Voor de chirurgische ingreep moet de chirurg alle medische omstandigheden bekeken hebben en onderzoek gevoerd hebben naar de effecten van de hormonale behandeling op de lever en andere organen. Dit kan alleen gebeuren of in samenwerking met medische collega's. Omdat er door reeds bestaande aandoeningen complicaties kunnen voorkomen tijdens de geslachtsaanpassende operatie, moet de chirurg ook kennis hebben van het urologisch vakgebied. Het medisch dossier moet een geschreven toestemming bevatten om deze afzonderlijke operatie te kunnen uitvoeren.

11. BORSTOPERATIE

Borstvergrotingen en verwijderingen zijn alledaagse operaties, gemakkelijk verkrijgbaar voor het brede publiek en voor een waaier van indicaties. Redenen voor dit soort operaties variëren van puur cosmetische tot borstkanker. Hoewel borstvorming erg belangrijk is als een secundair seksekenmerk, wordt de aanwezigheid of de grootte ervan niet betrokken in de wettelijke definities van geslacht of gender en zijn ze niet belangrijk voor de voortplanting. Het verrichten van borstoperaties dient met hetzelfde voorbehoud bekeken

worden als de start met hormoontherapie. Beide hebben immers onomkeerbare lichaamsveranderingen tot gevolg.

De aanpak voor man-naar-vrouw transseksuelen is anders dan die voor vrouw-naar-man transseksuelen. Bij vrouw-naar-man transseksuelen is een mammectomie meestal de eerste operatie die uitgevoerd wordt om het leven in de genderrol als man gemakkelijker te maken; voor enkele patiënten is het de enige operatie die ondernomen wordt. Wanneer de hoeveelheid borstweefsel dat weggenomen wordt te groot is en verwijdering van de huid noodzakelijk is, kan er hierdoor een litteken ontstaan. De patiënt moet hiervan op de hoogte gesteld worden. Vrouw-naar-man transseksuelen kunnen deze operatie ondergaan bij het begin van de hormoonbehandeling. Bij man-naar-vrouw transseksuelen kan de borstvergroting ondergaan worden indien de hormoonvoorschrijvende dokter en de chirurg overeenkomen dat de borstgroei na 18 maanden hormoonkuur nog niet voldoende is om de genderrol comfortabel op te nemen.

12. GENITALE OPERATIE

Geschiktheidvereisten. Minimumcriteria voor de verschillende geslachtsoperaties zijn dezelfde voor zowel mannen als vrouwen. Deze zijn:

De wettelijke volwassenheid bereikt hebben in het land van herkomst;

Gewoonlijk 12 maand van hormoontherapie achter de rug hebben voor degenen zonder medische contra-indicaties (zie verder: "Kan chirurgie ondergaan worden zonder hormoonbehandeling en real-life test");

12 maanden van succesvol en fulltime real-life test achter de rug hebben. Perioden van terugkeer naar de originele genderrol kunnen verwijzen naar ambivalentie en moeten gewoonlijk niet gebruikt worden om deze criteria te vervullen;

Indien dit gevraagd wordt door de psychiater/psycholoog, regelmatige participatie in de psychotherapie tijdens de real-life test aan een frequentie die onderling is afgesproken door patiënt en psychiater/psycholoog. Psychotherapie op zich is geen absolute geschiktheidscriterium voor operatie;

Besef hebben van de kosten van operatie, aangewezen duur van hospitalisatie, mogelijke complicaties en postoperatieve herstellereisten van diverse operatie(s);

Weet hebben van het bestaan van de diverse competente chirurgen.

Klaarheidvereisten. Deze criteria houden het volgende in:

Duidelijke en aantoonbare vooruitgang in het verankeren van de genderidentiteit;

Duidelijke en aantoonbare vooruitgang in het omgaan met werk, familie en interpersoonlijke problemen met als resultaat een betere mentale gezondheid (dit impliceert bevredigende controle over problemen als bijvoorbeeld sociopathie, middelenmisbruik, psychosen, zelfmoordproblemen).

Kan chirurgie ondergaan worden zonder hormoonbehandeling en real-lifetest?

Mensen kunnen geen chirurgische ingrepen ondergaan zonder aan de geschiktheidvereisten te voldoen. Genitale chirurgie is een behandeling voor mensen met een gediagnosticeerde GID, en kan pas ondernomen worden na zorgvuldige evaluatie. Genitale chirurgie is geen recht dat moet ingewilligd worden op verzoek. De Standards of Care voorzien een individuele aanpak voor elke patiënt; dit betekent niet dat de algemene richtlijnen rond de behandeling bestaande uit diagnostische evaluatie, mogelijke psychotherapie, hormonen en real-lifetest, genegeerd kunnen worden. Als een persoon echter al gedurende een lange tijd overtuigend als een lid van het gewenste geslacht heeft geleefd en geëvalueerd wordt als psychologisch gezond na een bepaalde tijd van psychotherapie, is er geen reden waarom de persoon hormonen moet nemen voorafgaand aan genitale chirurgie.

Voorwaarden waaronder de operatie kan gebeuren. De geslachtsoperaties als behandeling voor mensen met een diagnose van genderidentiteitsstoornis, zijn niet louter een set van facultatieve procedures. De typische facultatieve procedures bestaan uitsluitend uit een wederzijds instemmend privé-contract tussen chirurg en patiënt. De geslachtsoperatie voor patiënten gediagnosticeerd met GID kan slechts ondergaan worden na een begrijpbare evaluatie door de psychiater/psycholoog. De operatie kan ook pas ondergaan worden als er een geschreven document aanwezig is waarin staat dat deze begrijpbare evaluatie is gebeurd en dat de patiënt voldeed aan de geschiktheid- en klaarheidvereisten. Door deze procedure delen de psychiater/psycholoog, de chirurg en de patiënt de verantwoordelijkheid over de beslissing om onomkeerbare lichamelijke veranderingen te ondergaan.

Vereisten gesteld aan de chirurg die de genitale reconstructie uitvoert. De chirurg moet een uroloog, gynaecoloog, plastisch chirurg of algemene chirurg zijn, en officieel erkend worden door een nationaal gekende organisatie met een goede reputatie. De chirurg moet gespecialiseerde kennis hebben van genitale reconstructieve technieken door een gedocumenteerde en gesuperviseerde training bij een meer ervaren chirurg. Ook ervaren chirurgen moeten bereid zijn hun therapeutische vaardigheden te laten nakijken door hun collega's. Er moeten professionele bijeenkomsten georganiseerd worden door chirurgen waar nieuwe technieken voorgesteld worden.

Ideaal kent de chirurg meer dan één chirurgische techniek voor genitale reconstructie, zodanig dat hij/zij, in overleg met de patiënt, de aangewezen techniek kan kiezen voor deze

patiënt. Als de chirurg gespecialiseerd is in één enkele techniek, moet hij/zij dit te kennen geven aan de patiënt. Degenen die deze techniek niet wensen of er niet geschikt voor zijn, moeten door de chirurg doorverwezen worden.

Genitale chirurgie bij de man-naar-vrouw patiënt. De genitale chirurgie bestaat uit een orchidectomie (verwijdering van de teelballen), penectomie (verwijdering van de penis), vaginoplastie (creëren van een vagina), clitoroplastie (creëren van een clitoris) en labiaplastie (creëren van schaamlippen). Deze operaties vereisen vakkundige chirurgie en postoperatieve zorgen. De technieken bevatten een omkering van de penishuid, transplantatie van de huid tussen penis en scrotum of andere huidtransplantaties om een neovagina te creëren. Het behouden van seksuele sensaties is een belangrijk onderdeel in de vaginoplastie, samen met de creatie van een functionele vagina en een acceptabele uitzicht.

Andere operaties bij de man-naar-vrouw patiënt. Andere operaties die uitgevoerd kunnen worden om te helpen bij de vervrouwelijking zijn een verkleinende chondroplastie (kraakbeen), lipoplastie (toevoeging van vet) rond het middel, rhinoplastie (neuscorrectie), verandering van de kaakbeenderen, facelift en een correctie van de oogleden. Voor deze operaties zijn geen aanbevelingsbrieven nodig van psychiaters/psychologen.

Er zijn bedenkingen rond de veiligheid en effectiviteit van stembandoperaties en men is van mening dat er eerst meer follow-uponderzoek dient te gebeuren eer men deze procedure wereldwijd toepast. Om hun stembanden te beschermen moeten de patiënten die deze operatie willen dit pas doen nadat ze alle andere chirurgische ingrepen met algemene verdoving door intubatie achter de rug hebben.

Genitale chirurgie bij vrouw-naar-man patiënten. De genitale procedures voor de vrouw-naar-man patiënten bestaan uit de volgende: hysterectomie (verwijdering van de baarmoeder), salpingo-oophorectomie (verwijdering van de eierstokken en eileiders), vaginectomie (verwijdering van de vagina), metaoidioplastie (creatie van een penis door het verlengen van de clitoris), scrotoplastie (creatie van een scrotum), urethroplastie (verlening van de urinebuis), plaatsing van testikelprothesen en een phalloplastie (creatie van een penis). Er bestaan verschillende technieken voor phalloplastie. De keuze van de techniek kan beperkt worden door anatomische of chirurgische overwegingen. Als het doel van de phalloplastie de creatie van een neo-fallus is met een mooi uiterlijk, mogelijkheid tot staand plassen, aanwezigheid van seksuele sensaties en/of coïtale mogelijkheden, dient de patiënt goed geïnformeerd te worden dat er verschillende afzonderlijke fasen van chirurgie zijn en meerdere technische moeilijkheden verdere ingrepen kunnen vereisen. Zelfs een metaoidioplastie, die in principe een eenmalige ingreep is om tot een microfallus te komen, vraagt vaak nog bijkomende ingrepen. De veelheid aan technieken voor penisconstructies toont aan dat verdere technische ontwikkeling nodig is.

Andere operaties bij de vrouw-naar-man patiënten. Een andere operatie die nog kan ondergaan worden voor vermannelijking is een liposuctie van het vet in de heupen, dijen en billen.

13. NAZORG

Postoperatieve follow-up op lange termijn is aangeraden omdat het een van de factoren is die bijdraagt aan goed psychosociaal resultaat. De nazorg is eveneens belangrijk voor de daaropvolgende anatomische en medische gezondheid van de patiënt en voor de chirurg, die op deze manier bijleert over de voordelen en beperkingen van chirurgie.

Follow-up op lange termijn bij de chirurg is bij alle patiënten aan te raden om een optimaal chirurgisch resultaat te verzekeren. Chirurgen die patiënten die van ver komen opereren, moeten persoonlijke follow-up opnemen in hun zorgplan en een betaalbare, locale nazorg in de regio van de patiënt op lange termijn proberen te verzekeren. Postoperatieve patiënten kunnen soms zelf beslissen om deze follow-up niet verder te zetten bij de hormoonvoorschrijvende dokter, waarbij ze zich niet realiseren dat deze dokters het bekwaamst zijn in het voorzien, diagnosticeren en behandelen van mogelijke medische aandoeningen op lange termijn die alleen voorkomen bij patiënten die een hormonale en chirurgische behandeling gevolgd hebben. Postoperatieve patiënten moeten de regelmatige medische screenings die normaal zijn voor hun leeftijd ondergaan. De follow-up kan ook voorzien worden door de psychiater/psycholoog, die langer dan elke andere professional met de patiënt bezig was, en daarom in een uitstekende positie zit om te assisteren in alle postoperatieve moeilijkheden.

© HBIGDA, 2001. Nederlandse vertaling: Noémie Saey, Genderstichting.