

Advies
vergoeding van zorg aan transseksuelen ten laste van
de basisverzekering

van

Zorgcentrum voor Genderdysforie VUmc
Stichting Nederlands Gender Centrum
Humanitas
Genderteam UMCG

M.A.A. van Trotsenburg
C.R. Smand

Met medewerking van:
A.G. Becking
M.B. Bouman
A. L. Elliott
R.B. Karim
J.Megens
R.N.P.M. Rinkel
W.C.M. Weijmar Schultz
Th.W. Wormgoor

Eindredactie:
E.Ch. Demmers

februari 2007

Inhoud

Verantwoording

1. Inleiding
2. Geslachtsaanpassende chirurgie bij transseksuelen; nut en noodzaak.
 - 2.1 genderdysforie en transseksualiteit
 - 2.2 geslachtsaanpassende chirurgie - knelpunten
3. De behandeling van transseksuelen - organisatie en werkwijze
4. Beoordelingskader geslachtsaanpassende chirurgie bij transseksuelen
 - 4.1 Beoordelingskader
 - 4.2 Toelichting bij het beoordelingskader
 - 4.2.1 vrouw-man transseksuelen - noodzakelijke chirurgische ingrepen
 - 4.2.2 man-vrouw transseksuelen - noodzakelijke chirurgische ingrepen
 - 4.2.3 man-vrouw transseksuelen - chirurgische ingrepen op basis van strikt individuele indicatie
5. Paramedische verrichtingen - gerelateerd aan geslachtschirurgische ingrepen
 - 5.1 Epilatie

Personalia

Verantwoording

Tot het jaar 2002 bestond er een situatie waarin de vergoeding van medisch noodzakelijke hulp aan transseksuelen - hulp waaronder ook plastische chirurgie valt - weinig tot geen problemen opleverde. Sinds 1 januari 2005 zijn echter, als gevolg van de voortdurend stijgende kosten, de vergoedingsmogelijkheden voor plastisch chirurgische behandelingen ten laste van de sociale ziektekostenverzekering aanzienlijk beperkt.

Deze beperking brengt dusdanige negatieve gevolgen met zich mee voor de zorg voor transseksuelen, dat de door het ministerie van VWS erkende kenniscentra voor genderdysforie - het VUmc en het UMCG - in samenwerking met de Stichting Nederlands Gender Centrum (SNGC) en Humanitas - zijn gekomen tot het opstellen van het voorliggende advies.

Dit advies wil inzicht bieden in de geslachtsaanpassende chirurgische aspecten en gerelateerde paramedische verrichtingen ten behoeve van de behandeling van transseksualiteit. Het verklaart de onderliggende argumentatielijn voor de vergoeding van ingrepen van plastisch-chirurgische aard, en verstrekt informatie over achtergronden en indicaties van elke ingreep.

Op basis van zorginhoudelijke criteria worden voor elke ingreep voorstellen gedaan voor mogelijke begrenzing van de vergoeding.

Transseksualiteit is een erkende psychologisch-psychiatrische diagnose (ICD F64.0, DSM IV-TR 302.85 / 302.6), en is uniek binnen de kaders van ziektes: een voor het overige vaak volkomen gezonde persoon geeft op de meest nadrukkelijke manier aan dat hij/zij tot het andere geslacht behoort. Deze unieke problematiek vereist specifieke maatregelen en maakt dat de behandeling van transseksualiteit niet kan en mag worden vergeleken met die van andere ziektes. In een eerste uitgebreide diagnostische fase ligt de focus op het diagnostiseren, dan wel uitsluiten van transseksualiteit of minder extreme

genderidentiteitsstoornissen, en op het identificeren van individuele risico's voor een geslachtsaanpassende behandeling.

De zo veel mogelijk geobjectiveerde diagnose sluit aan bij hetgeen hierover in het Burgerlijk Wetboek is opgenomen, t.w. *“de lichamelijke aanpassing van transseksuelen zover moet gaan als ... uit medisch of psychologisch oogpunt mogelijk en verantwoord is”* (BW 1, afd 13, art 28a, lid b).

Om een passabele lichamelijke aanpassing in geval van transseksualiteit te bereiken is de kandidaat bereid zich te onderwerpen aan een irreversibele behandeling, met grote chirurgische ingrepen met soms aanzienlijke morbiditeit. Het streven naar de meest optimale en maximale uiterlijke aanpassing is niet het voornaamste doel van de genderteams. Eveneens zeer belangrijk worden geacht: versterking van de psychosociale stabiliteit, en het vermogen om met bepaalde beperkingen in het nieuwe geslacht te kunnen leven. Toch moet het belang van chirurgische ingrepen niet worden onderschat. Uit wetenschappelijk follow-up onderzoek blijkt dat een adequate aanpassing van het lichaam van de betrokkene aan het 'gewenste' geslacht tot aanzienlijke vermindering - zowel in aantal als ernst - van psychosociale conflicten leidt.

De huidige vergoedingsmogelijkheden binnen de sociale ziektekostenverzekering beperken de daadwerkelijke aanpassing aan het gewenste geslacht. De genderteams en overige instellingen die aan dit rapport hebben meegewerkt, zijn van mening dat bij vastgestelde transseksualiteit - als erkende aandoening - het medisch en juridisch onjuist is om het argument van rechtsgelijkheid te gebruiken bij beslissingen over het al dan niet vergoeden van ingrepen, en transseksuelen hiermee op één lijn te stellen met niet-transseksuelen. In de eerste plaats omdat, zoals gezegd, in het Burgerlijk Wetboek is opgenomen dat *“de lichamelijke aanpassing van transseksuelen zover moet gaan als (...) uit medisch of psychologisch oogpunt mogelijk en verantwoord is”*. Een dusdanig ernstige beperking van de

vergoedingsmogelijkheden binnen de sociale ziektekostenverzekering, waardoor daadwerkelijke aanpassing aan het gewenste geslacht niet (meer) mogelijk is, is hiermee niet in overeenstemming te brengen.

Voorts leidt de poging om de weigering van vergoeding van mamma-augmentatie bij man-naar-vrouw transseksuelen te rechtvaardigen met als argument rechtsgelijkheid van transseksuelen en niet-transseksuelen, tot rechtsongelijkheid tussen man-vrouw transseksuelen en vrouw-man transseksuelen. Chirurgische geslachtsaanpassing wordt hiermee voor de vrouw/man wel toegestaan, maar voor de man/vrouw niet.

Het niet-vergoeden van mamma-augmentatie is het meest acute voorbeeld van inadequate behandeling van transseksuelen. Zorginhoudelijk wordt met de structurele afwijzing van vergoeding van mamma-augmentatie het langdurige en zorgvuldige diagnostische en therapeutische traject van behandeling van transseksualiteit ernstig gefrustreerd zowel bij behandelaars als patiënten.

De maatschappelijke consequenties zijn groot, inherent hieraan de extra kosten voor de gezondheidszorg ten gevolge van bijvoorbeeld depressiviteit, schaamte, niet integreren in de maatschappij, ziekteverzuim, etc.

Daarnaast is er een reeks van andere ingrepen en verrichtingen die eveneens niet worden vergoed, maar die uit medisch-specialistisch oogpunt toch een belangrijk onderdeel van een verantwoord integraal behandelingsbeleid zijn.

De genderteams streven niet naar kritiekloze vergoeding van alle mogelijke ingrepen en verrichtingen zodra transseksualiteit is vastgesteld.

Wel benadrukken de genderteams dat lichamelijke aanpassing passend bij de genderidentiteit niet tot slechts de primaire geslachtskenmerken mag worden teruggebracht, zoals nu is gebeurd. Secundaire geslachtskenmerken zijn voor een leven in overeenstemming met het gewenste geslacht eveneens van cruciale betekenis.

De genderteams van het VUmc en het UMCG streven naar een regeling die zorginhoudelijke argumenten prioriteit geeft. De genderteams zouden vergoedingsregelingen verwelkomen die helder en transparant zijn. Gezien de grote interindividuele verschillen binnen deze patiëntengroep zijn genderteams bereid tot structurele samenwerking met verzekeraars, om zo tot een heldere, voor alle partijen hanteerbare leidraad te komen voor vergoeding van ingrepen en verrichtingen bij transseksuelen.

Alle bij dit rapport betrokken instellingen tonen begrip voor het streven om tot bezuinigingen in het zorgstelsel te komen. Tegelijkertijd achten wij het onze plicht om de noodzaak te benadrukken van zorginhoudelijk juiste behandeling van transseksuelen. Voor de vergoeding van de behandeling van genderdysforie mag de vergelijking tussen transeksuelen en niet-transseksuelen geen leidraad zijn vanwege de specificiteit van dit zeer bijzondere fenomeen.

1. Inleiding

Het VU Medisch Centrum te Amsterdam (VUmc) en het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) zijn in 2002 door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aangewezen als kenniscentra voor de behandeling van transseksualiteit. Ongeveer 95% van de transseksuelen in Nederland wendt zich voor behandeling tot het VUmc. Het UMCG neemt de drie noordelijke provincies Groningen, Friesland en Drente voor haar rekening.

De behandeling omvat in principe 4 fasen:

- diagnostische fase, met uitgebreide psychologische en/of psychiatrische diagnostiek
- behandelfase met hormoonbehandeling, 'real-life-experience' en psychosociale begeleiding
- behandelfase met chirurgische aanpassing van de primaire en secundaire geslachtskenmerken aan het gewenste geslacht
- vervoltraject: levenslange follow-up met medische, en zo nodig voortgezette psychologische begeleiding. Deze psychologische begeleiding heeft niet het karakter van psychologische behandeling of psycho-sociale hulpverlening. Daarvoor verwijzen de genderteams patiënten naar eerstelijns psychologen danwel instanties zoals Humanitas, met specifieke ervaring en deskundigheid op dit terrein.

In zowel het VUmc als het UMCG is sprake van een in hoge mate geprotocolleerde behandeling. Beslissingen over (aanpassing van) de behandeling worden niet door individuele psychologen of artsen genomen, maar zijn de uitkomst van plenaire vergaderingen van het genderteam.

Om de wachttijd voor plastische chirurgische ingrepen te bekorten, werkt het VUmc samen met (onder andere) de afdeling Plastische Chirurgie van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) in Amsterdam.

Hoewel aanspraak op (vergoeding van) zorg voor transseksuelen in de zorgverzekeringswet is vastgelegd, doen zich bij de uitvoering hiervan knelpunten voor. Dat geldt in het bijzonder voor de vergoeding van ingrepen van reconstructieve aard en de ontharing van het gelaat.

De beperkingen zijn in tegenspraak met BW 1, afd 13, art 28a, lid b., waar geformuleerd is hoever de lichamelijke aanpassing moet gaan, namelijk: *“zover als [...] uit medisch of psychologisch oogpunt mogelijk en verantwoord is”*.

Sinds de invoering van de pakketbeperkende maatregelen op 1 januari 2005 zijn de knelpunten rond de vergoeding van deze ingrepen dusdanig belemmerend, dat het VUmc, in samenwerking met het UMCG, de Stichting Nederlands Gender Centrum (SNCG), de werkgroep Transseksualiteit en Genderdysforie van Humanitas, en de Beroepsvereniging van plastisch chirurgen, in februari 2006 contact heeft opgenomen met het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), verantwoordelijk voor het pakketbeheer. Na overleg met het CVZ is besloten tot opstelling van dit advies, als leidraad voor zowel aanpassing van de regeling plastische chirurgie, als bevordering van een eenduidige toepassing van de regeling in de praktijk.

De opbouw van dit advies is als volgt: Hoofdstuk 2 bevat een algemene introductie van het begrip “transseksualiteit”, alsmede een overzicht van de knelpunten die zich rond de vergoeding van ingrepen van plastisch-chirurgische aard voordoen. Hoofdstuk 3 gaat in op de organisatie en de werkwijze rond de behandeling van transseksuelen.

In hoofdstuk 4 is een overzicht opgenomen van een chirurgisch beoordelingskader dat als leidraad kan dienen voor zowel aanpassing van de zorgverzekeringswet op dit punt, als toepassing van de regeling door zorgverzekeraars bij de beoordeling van aanvragen van individuele verzekerden.

2. Geslachtsaanpassende chirurgie bij transseksuelen – nut en noodzaak

2.1 Genderdysforie en transseksualiteit

Over het algemeen sluit de genderidentiteit, ofwel de psychische geslachtsbeleving, aan bij de bestaande lichamelijke geslachtskenmerken. Incidenteel is dat niet het geval en bestaat er een probleem met de genderidentiteit. We spreken dan van genderdysforie. Soms worden de problemen op den duur zo ernstig dat hormoonbehandeling nodig is en het lichaam operatief moet worden aangepast. Er is dan sprake van transseksualiteit. Transseksualiteit is een erkende psychologisch-psychiatrische diagnose (ICD F64.0 , DSM IV-TR 302.85 / 302.6). Al heel lang en wereldwijd is geprobeerd om de genderidentiteit van transseksuelen te veranderen, niet het lichaam. Dat zou heel wat minder ingrijpend zijn. Helaas blijkt het zelden of nooit mogelijk om transseksualiteit succesvol te behandelen met uitsluitend psychologische of psychiatrische hulp, en blijkt reconstructief chirurgisch ingrijpen noodzakelijk.

(bron: Stichting Nederlands Gender Centrum; Zorg & Onderzoek (brochure), 2006)

Plastische chirurgie - knelpunten

Al in 1972 besliste de Raad van Beroep Rotterdam dat de medische ingreep bij mannelijke transseksuelen als een 'gewone' medisch noodzakelijke ingreep moest worden beschouwd, en door het ziekenfonds moest worden betaald.

(bron: F.A. v d Reijdt. Juridische aspecten van transseksualiteit, 1986)

Sinds begin jaren tachtig is de vergoeding van ingrepen van plastisch-chirurgische aard bij vastgestelde transseksualiteit opgenomen in de sociale ziektekostenverzekering.

Tot midden jaren '90 gaf vergoeding van deze behandelingen weinig of geen problemen. Zodra een psycholoog of psychiater psychisch lijden als gevolg van afwijkingen aan het uiterlijk bij een transseksueel vaststelde, was vergoeding van

de plastisch chirurgische behandeling mogelijk. Als gevolg van de stijgende kosten van plastisch chirurgische ingrepen ten laste van de sociale ziektekostenverzekering in het algemeen, werd in 1 januari 2000 besloten dat psychisch lijden niet langer een reden kon zijn om deze behandelingen te vergoeden. Hoewel deze beperking het onbegrip voor de aandoening onderstreept en de zorg voor transseksuele mensen niet gemakkelijker maakte, ontstonden er in de praktijk relatief weinig problemen.

De aanspraak op plastische chirurgie in het algemeen was dusdanig geformuleerd dat adequate behandeling mogelijk bleef, hoewel zich ook toen al problemen voordeden bij het eenduidig interpreteren van de regeling door zorgverzekeraars.

Sinds 1 januari 2005 zijn de vergoedingsmogelijkheden voor plastisch chirurgische behandelingen in het algemeen ten laste van de sociale ziektekostenverzekering echter nog verder beperkt. Aanleiding waren wederom de stijgende kosten en de beperking van vergoeding van medisch niet noodzakelijk behandelingen. De regeling is nu als volgt geformuleerd:

1. Op behandeling van plastisch chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien de behandeling strekt tot correctie van:

- a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval, of geneeskundige verrichting;*
- c. verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;*
- d. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak-, en gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;*
- e. uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.*

2. De in het eerste lid bedoelde behandelingen omvatten niet:

- a. behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan bedoeld in het eerste lid, onderdeel c;*
- b. abdominoplastiek en liposuctie van de buik;*
- c. het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na een status bij een gehele of gedeeltelijk borstamputatie;*
- d. het operatief verwijderen en plaatsen van een borstprothese na de in onderdeel c bedoelde behandeling.*

(Zorgverzekeringswet, 2006)

Bij toepassing van deze regeling doen zich in de praktijk de volgende knelpunten voor:

1. Eenduidige interpretatie van de regeling door de diverse zorgverzekeraars ontbreekt, met als gevolg ongewenste verschillen in de vergoeding van plastisch chirurgische ingrepen bij vastgestelde transseksualiteit.
2. De regeling is beperkt tot vergoeding van correctie van alleen **uiterlijke** geslachtskenmerken. In de toelichting bij de regeling is opgenomen dat uitsluitend primaire geslachtskenmerken als uiterlijke geslachtskenmerken dienen te worden beschouwd. Deze afbakening lijkt vooral gericht op het beperken van de vergoedingsmogelijkheden. Er liggen geen zorginhoudelijke criteria aan ten grondslag, wat bij vergoeding van andere ingrepen van medisch-specialistische aard wel het geval is.

Verder kan worden vastgesteld dat er bij toepassing van deze bepaling kennelijk geen consensus bestaat over de definitie van primaire en secundaire geslachtskenmerken.

Als gevolg van deze knelpunten is adequate behandeling van transseksuelen niet langer mogelijk.

3. De behandeling van transseksuelen – organisatie en werkwijze

De hulpverlening aan transseksuelen wordt in Nederland in twee centra verleend, het VUmc te Amsterdam en het UMC te Groningen. Beide genderteams zijn in 2002, samen met het UMC in Utrecht, door het ministerie van VWS als Kenniscentrum voor Genderdysforie erkend. De zorg voor genderdysfore kinderen en adolescenten in Utrecht is in 2003 overgegaan naar het VUmc.

De complexe multidisciplinaire behandeling van transseksualiteit binnen de academische centra is als 'topreferente' zorg gedefinieerd.

Gezien het complexe, multidisciplinaire, en irreversibele karakter van de behandeling, verloopt de hulpverlening in hoge mate protocollair.

Binnen de genderteams zijn alle relevante specialismen vertegenwoordigd: psychologie, psychiatrie, endocrinologie, dermatologie, foniatrie, logopedie, reconstructieve chirurgie, kaakchirurgie, KNO-heelkunde, urologie, gynaecologie en het maatschappelijk werk.

Elk lid van het genderteam draagt individueel verantwoordelijkheid voor de inhoud en de uitvoering van de eigen specifieke professionele bijdrage aan de behandeling van de individuele patiënt. Daarnaast dragen de teamleden een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het verlenen van optimale zorg. Deze gezamenlijke verantwoordelijkheid komt in het bijzonder tot uiting in het feit dat elke positieve indicatie voor geslachtsaanpassende behandeling (GAB) door het plenaire genderteam-overleg dient te worden geaccordeerd alvorens met een behandeling kan worden begonnen.

De behandelingsprocedure kent de volgende vier fasen:

- de diagnostische fase – tentatieve fase
- de behandelfase – start GAB en 'real-life-experience'
- de geslachtsaanpassende operatieve ingrepen
- de postoperatieve fase – nazorg

In de diagnostische fase staat de beantwoording van een drietal vragen centraal: (1) is er sprake van genderdysforie, (2) hoe ernstig is de genderdysforie, (3) welke mogelijke verklaring(en) kan/kunnen worden gegeven voor het ontstaan van de genderdysforie?

In het kader van de differentiaaldiagnose wordt transseksualiteit, naar de aard van mogelijke verklaringen voor de genderdysforie, onder andere onderscheiden van travestie, fetisjisme, gearveerde homoseksualiteit, autogynefilie en identiteitstoornissen, al dan niet in het kader van psychiatrische problematiek (met name psychosen en ernstige karakterstoornissen).

Medische of psychologische instrumenten die betrouwbaar 'transseksualiteit' meten bestaan niet. Om tot een afgewogen oordeel te komen bij iemand die een expliciete wens heeft de GAB te ondergaan, worden in het VUmc - behalve de informatie uit klinische gesprekken en aanvullende uitkomsten uit hetero-anamnese - tal van resultaten uit psychologische metingen in de overwegingen betrokken. In het UMCG is vooral de psychiater in het genderteam belast met de diagnostiek van genderdysforie. Als met voldoende zekerheid de diagnose 'transseksualiteit' wordt gesteld, beslist het genderteam over de indicatie en de start van de GAB.

In de volgende fase begint de hormoonbehandeling en leeft de patiënt in zijn of haar sociale context zo volledig en permanent mogelijk in het gewenste geslacht ('real-life-experience'). De betreffende kandidaat zal voor de duur van de behandeling door dezelfde psycholoog worden begeleid als in de eerste, diagnostische, fase. In het UMCG wordt de kandidaat in deze fase begeleidt door de gynaecoloog/coördinator in nauwe samenwerking met het maatschappelijk werk, dat laatste zowel individueel als in groepsverband, al naar gelang de wens van de kandidaat.

Alleen kandidaten bij wie het genderteam een indicatie voor operatieve ingrepen stelt, komen in aanmerking voor geslachtsaanpassende chirurgie (3^e fase). Chirurgische aanpassing van de externe genitalia vindt pas plaats nadat de 'real-life-experience' volledig en succesvol is doorlopen.

In enkele gevallen wordt bij man-vrouw transseksuelen reeds na één jaar hormoonbehandeling overgegaan tot chirurgische aanpassing van secundaire geslachtskenmerken (mamma-augmentatie, adamsappelreductie, stembandoperatie, kaakreductie). In het UMCG houdt men een real-life testperiode aan van 18 maanden voor zowel man/vrouw als vrouw.man.

Ter voorkoming of behandeling van ongewenste langetermijn effecten, en voor follow-up onderzoek, blijft de patiënt na afsluiting van het chirurgische traject in principe levenslang onder controle van de genderteams (4^e fase).

Deze controles vinden met intervallen van 1 tot 2 jaar plaats.

Momenteel worden door het VUmc structuren opgezet om de routinematige zorg in de postoperatieve fase uit de universitaire centra te verplaatsen naar extramurale centra met op dit gebied ervaren endocrinologen.

Over de langetermijn effecten van hoog gedoseerde cross-sex hormoonbehandeling is nog weinig bekend. Uit systematisch onderzoek kan geconcludeerd worden dat de transseksuele populatie na 10 jaar behandeling niet meer *at risk* is dan de gemiddelde populatie. Over de effecten na 20 jaar of meer zijn (nog) geen gegevens beschikbaar.

De jaarlijkse instroom van nieuwe patiënten is al sinds lang stabiel. Jaarlijks melden zich in het VUmc ca. 150 kandidaten, in het UMCG 15 kandidaten. Tweederde van deze kandidaten wordt geïndiceerd voor start van GAB. In het UMCG is dat 80%. Eenderde wordt (tijdelijk) aangehouden in verband met mogelijk relevante co-morbiditeit. Een deel hiervan stroomt alsnog in. De geslachtsratio is 2:1 tot 3:1 ten gunste van man-naar-vrouw. In 2006

ondergingen 63 patiënten van het Amsterdamse genderteam een chirurgische geslachtsaanpassing en 12 patiënten te Groningen.

In 2006 heeft het VUmc de genderzorg geherstructureerd en integraal ondergebracht in een ZorgCentrum voor Genderdysforie. In het jaar 2007 is een inhaalslag gepland en wordt verwacht dat de wachttijden significant korter zullen worden.

Een niet bekend aantal patiënten ondergaat geslachtsaanpassende chirurgie in het buitenland. Problemen die zich in het vervolg hierdoor voordoen (ook ten koste van Nederlandse zorgverzekeraars), zijn niet het thema van dit verslag.

Het genderteam van het VUmc bestaat reeds meer dan 30 jaar en in totaal zijn momenteel meer dan 3.500 transseksuelen behandeld. De meesten van hen worden incidenteel teruggezien. Het genderteam in het UMCG bestaat 27 jaar.

Sinds 2003 is ook de zorg voor genderdysfore kinderen en adolescenten bij het VUmc ondergebracht. Ook genderdysfore kinderen uit de Noordelijke provincies worden naar het VUmc verwezen. Ca. 65 kinderen met genderdysfore problematiek worden jaarlijks door het VUmc gezien

Met grote intensiteit en inzet worden kinderen en adolescenten begeleid en gediagnostiseerd. Van hen wordt hooguit 20 tot 25 procent uiteindelijk als transseksueel gediagnostiseerd. Bij deze kinderen worden tegenwoordig vanaf de puberteit de endogene geslachtshormonen geblokkeerd. Deze behandeling is reversibel. Indien succesvol, wordt vanaf de leeftijd van 16 jaar met cross-sex hormoonbehandeling begonnen. Geslachtsaanpassende operatieve interventie vindt op z'n vroegst op 18-jarige leeftijd plaats. De patiënten worden daarna nog jarenlang intensief gevolgd, om mogelijke langetermijn neveneffecten te kunnen registreren.

4. Beoordelingskader geslachtenaanpassende chirurgie bij transseksuelen

4.1 Beoordelingskader

Voor het vaststellen van de noodzakelijke reconstructieve ingrepen bij transseksuelen is voor zowel zorgverzekeraars, zorgaanbieders als patiënten een goed beoordelingskader zinvol en noodzakelijk. Onderstaand beoordelingskader wordt voorgesteld:

Beoordelingskader		
Medische behandeling:	A) Vrouw-man Transseksualiteit	B) Man-vrouw Transseksualiteit
I. Noodzakelijke behandeling	<ul style="list-style-type: none"> a. Bilaterale subcutane mastectomie met reconstructie van bilateraal gereduceerde areola-mamillen-complexen contouring thorax b. hysterectomie, adnexectomie, colpectomie c. constructie van mannelijke uitwendige genitalia, c.q. metaidoioplastiek 	<ul style="list-style-type: none"> a. bilaterale orchidectomie; b. penisamputatie, c. constructie neovagina d.m.v. peniele huideversie d. constructie van sensorisch intacte neoclitoris e. mamma-augmentatie^{*)} f. adamsappelreductie^{*)}
II. Strikt individuele indicatie	<ul style="list-style-type: none"> a. phalloplastieken 	<ul style="list-style-type: none"> a. constructie labia minora b. stemverhogende operatie c. kaak-/gelaatschirurgie
Paramedische behandeling:		
I. Noodzakelijke behandeling		<ul style="list-style-type: none"> a. epilatie gelaat b. epilatie genitalia b. logopedie
II. Strikt individuele indicatie	<ul style="list-style-type: none"> a. logopedie 	<ul style="list-style-type: none"> a. haartransplantatie b. pruik c. invriezen van semen

^{*)} Mamma-augmentatie en adamsappelreductie worden noodzakelijk geacht, mits wordt voldaan aan de onder 4.2.2 b en c opgenomen criteria.

De opstellers van dit advies zijn van mening dat besluitvorming over de toepassing ervan uitsluitend dient te gebeuren door de behandelend arts in overleg met de patiënt, en met de psycholoog of psychiater van het genderteam. De medisch specialist in kwestie en de begeleidend psycholoog/psychiater stellen gezamenlijk vast of een behandeling “op strikt individuele indicatie” noodzakelijk is. Van deze vaststelling wordt de zorgverzekeraar tevoren schriftelijk in kennis gesteld. Daarbij worden eveneens de zorginhoudelijke argumenten genoemd.

4.2. Toelichting bij het beoordelingskader

4.2.1 Vrouw-man transseksualiteit - noodzakelijke geslachtsaanpassende ingrepen

a) Mastectomie

Achtergrond en indicatie

Borsten worden algemeen beschouwd als typisch vrouwelijk, en het zichtbaar hebben van borsten levert voor vrouw-man transseksuelen vaak meer emotionele problemen op dan het genitale geslacht.

Bilaterale subcutane mastectomie met of zonder reconstructie van een gereduceerd areola-mamillen-complex, en met of zonder thorax *contouring*, is volgens het protocol van het genderteam van het VUmc de eerste noodzakelijke operatieve ingreep. Mastectomie wordt bijna altijd als verlossing ervaren.

Voorwaarden

Diagnose en indicatie volgens protocol van erkend centrum, vastgestelde transseksualiteit, gecontinueerde psychologische begeleiding, minstens 1 jaar hormoontherapie, real-life-experience, indicatie en ingreep door medisch specialist in samenwerking met een genderteam.

Grenzen en beperkingen

Mastectomie bij grote borsten vereist een omvangrijke incisie, met als gevolg een breed, dwars, bilateraal zichtbaar incisielitteken, alsmede een vrij transplantaat van het gereduceerde areola-mamillen-complex. Een vrij transplantaat heeft meer kans op (partiële) necrose.

Voorstel

Beleid ongewijzigd voortzetten.

b) Hysterectomie, adnexectomie, colpectomie

Achtergrond en indicatie

Voorwaarde van de wetgever voor officiële statuswijziging is dat de postoperatieve transseksueel zich niet meer zal kunnen voortplanten. In principe is met deze ingreep aan de wettelijke voorwaarde voor geslachtswijziging voldaan en kan een verzoekschrift ter wijziging van de geboorteakte worden ingediend. De tegenwoordige mogelijkheid om bij m/v genderdysforie voorafgaand aan de behandeling zaad in te vriezen ten behoeve van latere progenituur vraagt aanpassing van de wet in deze.

Gezien mogelijke maligne veranderingen van voortplantingsorganen als gevolg van hormoonspiegels die hoger zijn dan onder fysiologische omstandigheden, is verwijdering van uterus, tubae en ovaria een absolute voorwaarde.

Tegenwoordig wordt abdominale benadering hierbij zo veel mogelijk vermeden.

Huidige technieken zijn totale laparoscopische hysterectomie (TLH), laparoscopisch-geassisteerde vaginale hysterectomie (LAVH), of vaginale uterusexstirpatie in combinatie met bilaterale adnexectomie (BSO). Op grond van operatietechnische, endocrinologische, juridische, en *last but not least* preventief-oncologische overwegingen wordt sterk aanbevolen tijdens de hysterectomie ook de ovaria en tubae te verwijderen.

In principe kunnen mastectomie en de verwijdering van de inwendige genitalia in één sessie worden uitgevoerd.

De colpectomie kan primair tijdens de hysterectomie plaatsvinden, of secundair, desgewenst tegelijk met de constructie van een clitoropenoïd, of eventueel op een nog later tijdstip.

Voorwaarden

Diagnose en indicatie volgens protocol van erkend centrum, vastgestelde transsekssualiteit, gecontinueerde psychologische begeleiding, ten minste 1 jaar hormoontherapie, real-life-experience.

Voor wat betreft de colpectomie: vaginale klachten met een psychische of somatische achtergrond (versterkte afscheiding bij seksuele opwinding, seniel-atrofe colpitis, etc.)

Ingreep door medisch specialist in samenwerking met een genderteam.

Grenzen en beperkingen

De verwijdering van de vagina (colpectomie) is een ingreep die in het verleden zelden werd uitgevoerd, gezien de hoge morbiditeit.

Ook omdat technieken worden beschreven ter verlenging van de urethra waarbij vagina-epitheel wordt gebruikt, wordt colpectomie niet onmiddellijk aanbevolen.

c) Constructie van mannelijke uitwendige genitalia

Achtergrond en indicatie

Vrije-lap phalloplastiek:

Er zijn verschillende technieken beschreven voor phalloplastiek bij vrouw-man transseksuelen. De vrije-lap phalloplastiek is een uitgebreide, langdurige *multistep* ingreep. Internationaal is de meeste ervaring opgedaan met de *radial forearm flap*. Bij de eerste stap wordt hierbij een verlenging van de vrouwelijke urethra gemaakt, een zogenaamde verlenging van de *pars fixa*. Bij de volgende stap wordt een neopenis uit de voorarm geconstrueerd en als *pars pendulans* op de *pars fixa* aangesloten. Arteriële, veneuze en neuronale anastomosen vereisen microchirurgische technieken. In een dan volgende stap wordt constructie van

een neoscrotum uit de labia majora uitgevoerd. Na complete genezing kan eventueel een erectieprothese worden ingebracht.

Voor het creëren van een phalloplastiek zijn verschillende technieken beschreven. Van een *state-of-the-art* procedure is voorsnog geen sprake. Als alternatief kan een metaidoioplastiek worden verricht. Deze wordt in Nederland standaard aangeboden aan patiënten die geslachtsaanpassing willen ondergaan. De facto ondergaan ca. 80% van de vrouw-man transeksuele personen bij het genderteam van het VUmc een metaidoioplastiek. Ca. 15% kiest voor een afwachtend beleid, zonder constructie van uitwendige mannelijke genitalia, in de hoop op toekomstige verbetering van chirurgische technieken.

Metaidoioplastiek

Afkomstig uit het grieks: *meta* (concept van verandering) *aidoio* (combinatie van vorm in relatie tot de genitaliën) *plastos* (vormen).

Techniek: de onder testosteron gehypertrofieerde clitoris wordt vrijgeprepareerd (gemobiliseerd) om als mikrophallus te kunnen fungeren. De urethra wordt verlengd tot juist onder de top van de clitoris, en geconstrueerd uit een vaginavorwandlap dan wel uit de beide labia minora. Het scrotum wordt geformeerd uit de beide labia majora welke middels V-Y transposities onder de mikrophallus worden gefuseerd in de middellijn.

Afhankelijk van de grootte van de clitoris en de daarbij behorende mogelijke verlenging, is staand plassen na de operatie mogelijk - een belangrijke factor voor het sociaal functioneren.

Voordelen van deze techniek: intacte clitorale/peniele sensibiliteit en sensualiteit, uiterlijk mannelijke genitalia, mogelijk voorstadium voor vrije phalloplastiek.

Nadelen van deze techniek: prepuberale mikrophallus met maximale lengte van 4 cm, geen seksueel contact mogelijk in de zin van vaginale penetratie, vaak secundaire correcties nodig (testikelprothesen, scrotumcorrectie, bifiditeit, littekencorrecties).

Complicaties: fistels en stenosen van de neo-urethra (incidentie > 30%).

Sommige patiënten vinden het risico van complicaties te groot en opteren voor een gemodificeerde metaidoioplastiek zonder urethraverlenging. Hierbij wordt de introitus vaginae achter het geconstrueerde scrotum opengelaten, zodat zittend plassen mogelijk blijft.

Voorwaarden

Diagnose en behandeling door erkend centrum, vastgestelde transseksualiteit, gecontinueerde psychologische begeleiding, minstens 18 maanden hormoontherapie, real-life-experience, indicatie door erkend genderteam.

Om onrealistische verwachtingen ten aanzien van aspect en functioneren van het geconstrueerde geslacht te voorkomen, dient de patiënt zorgvuldig geïnformeerd te worden over de mogelijkheden en beperkingen van de operatieve geslachtsaanpassing. Psychologische begeleiding tijdens de periode van genitaal-reconstructieve chirurgische ingrepen is aanbevolen.

Genitale genderchirurgie kent een hoge morbiditeit en moet daarom uitsluitend plaatsvinden in centra met de grootst mogelijke ervaring op dit deelgebied, onder nauwe samenwerking van alle betrokken snijdende vakken (plastische chirurgie, urologie, gynaecologie).

De patiënt (en zorgverzekeraars) worden met nadruk gewezen op de hoge morbiditeit van genitale genderchirurgie en mogelijk noodzakelijke verdere operaties.

Grenzen en beperkingen

Kenmerkend voor vrouw-man transseksualiteit is het onomkeerbare verlangen permanent als man te leven, met de daarbij behorende aanpassing van de geslachtskenmerken voor zover mogelijk. Indien er sprake is van een wens tot gedeeltelijke behandeling, dan moet transgenderisme differentiaal-diagnostisch worden uitgesloten.

De morbiditeit bij phalloplastieken is nog hoger dan bij metaidoioplastieken, en betreft zowel de *donorsite* als het penoïd.

Mogelijke complicaties zijn: (partiële) neo-phallusnecrose, neo-urethrafistels, nabloedingen, infectie, neo-urethrastenose, neo-scrotumnecrose, dislocatie testikelprothese.

Constructie van een vrije-lap phalloplastiek is een van de oerlijkste plastisch-chirurgische ingrepen. Werelwijd wordt deze ingreep slechts weinig uitgevoerd. Ervaren chirurgen zijn schaars. Vrije-lap phalloplastieken worden in Nederland sporadisch uitgevoerd. De afdeling plastische chirurgie van het VUmc ontwikkelt hiervoor momenteel een nieuwe techniek.

Het VUmc-genderteam en het UMCG bevelen standaard een metaidoioplastiek aan. Een phalloplastiek wordt op strikt individuele indicatie uitgevoerd.

Een eventueel noodzakelijke tweede, derde, vierde of vijfde operatie is niet als een op zichzelf staande chirurgische behandeling te beschouwen, maar als voortgezette behandeling. De nadere correctie heeft tot doel alsnog het beoogde, en naar medisch deskundig oordeel optimale operatieresultaat te bereiken.

Voorstel

Beleid ten aanzien van de metaidoioplastiek continueren. Samenwerking met andere specialismen bevorderen en versterken. Systematische evaluatie van resultaten betreffende subjectieve tevredenheid, functionaliteit en aspect. Ten aanzien van phalloplastiek: uitsluitend op strikt individuele indicatie van een genderteam, preoperatief overleg met zorgverzekeraar, perioperatieve psychologische begeleiding.

4.2.2 Man-vrouw transseksualiteit - noodzakelijke chirurgische ingrepen

a) Verwijdering van mannelijke, en constructie van vrouwelijke genitalia

Achtergrond en indicatie

De penectomie, orchidectomie, het creëren van een neovagina, een geïnnerveerde neoclitoris, labia majora en desgewenst mamma-augmentatie vinden in één operatie plaats. Als er geen correctie op het resultaat of andere

operaties nodig zijn (b.v. mamma-augmentatie), dan is de geslachtsoperatie de enige ziekenhuisopname in het kader van de man-vrouw geslachtsaanpassing. Gouden standaard is de penis-inversie vaginaplastiek. Hierbij wordt de haarloze huid van de penis naar binnen gekeerd en als bekleding van de neovagina gebruikt. Voor het verwijden van de neovagina wordt (doorgaans) een perineoscrotale lap ingenaaid. Van de glans penis met zijn neurovasculaire verzorging wordt gebruik gemaakt om een sensibele en sensorische neoclitoris te construeren.

Voorwaarden

Diagnose en behandeling door erkend centrum, vastgestelde transseksualiteit, gecontinueerde psychologische begeleiding, minstens 18 maanden hormoontherapie en succesvolle real-life-experience, indicatie door erkend genderteam. Uitvoering door ervaren chirurgen verbonden aan een genderteam, in multidisciplinair samenwerkingsverband.

Grenzen en beperkingen

Postoperatief: vaginadiepte mogelijk te gering. Alternatief: abdominale benadering met neovagina-constructie, met sigmainterponat
Contra-indicaties: vooroperaties en/of bekkenbodem-bestraling, condylomata accuminata in het penoscrotale gebied, prostaatacarcinoom, etc.
Eventueel noodzakelijke tweede of derde operaties zijn niet als op zichzelf staande chirurgische behandeling te beschouwen, maar als een voortgezette behandeling. De nadere correctie heeft tot doel om alsnog het beoogde, en naar medisch deskundig oordeel haalbare, operatieresultaat te bereiken.

Eventuele secundaire correcties: medialisatie labia majora (in ca. 30% nodig, waarbij tijdens de tweede sessie een bilaterale Z-plastiek moet worden gedaan. Dit gebeurt niet tijdens de eerste ingreep wegens het risico voor de gesteelde penishuid), uitdunnen labia majora, creëren labia minora, verwijderen restanten

zwellichaamweefsel, meatotomie in verband met mictieproblematiek, introitusplastiek, correctie clitoriscapuchon (20%).

De perineoscrotale lap is behaard. Dit zou veel overlast kunnen geven.

Preoperatieve laserbehandeling ter verwijdering van haar in dit gebied lost dit probleem op.

Als penisinversie mislukt kan het nodig zijn om een *full thickness graft* van de buikhuid te nemen, en hiermee een neovagina te maken.

Mogelijke complicaties: (partiële) necrose van de vaginawand, darmlaesies, blaaslaesies, nabloedingen, infecties, clitoris-insensibiliteit (anorgasmie), clitorisnecrose.

Voorstel

Continuering van het recente beleid.

Vergoeding preoperatieve laserbehandeling ter verwijdering van haar in het perineo-scrotale gebied, ter verbetering van het operatieresultaat.

b) Mamma-augmentatie

Achtergrond en indicatie

Transseksualiteit wordt gezien als de meest extreme vorm van genderdysforie, waarbij de patiënt permanent en zo volledig mogelijk wil leven als een persoon van het andere geslacht.

Borsten worden algemeen beschouwd als typisch vrouwelijk. Een vrouw zonder borsten is gestigmatiseerd en heeft te maken met ernstige negatieve sociale en emotionale implicaties. Voor man-vrouw transseksuelen met een imperatieve wens tot aanpassing aan het vrouwelijke geslacht geven borsten in hoge mate uiting aan de feminiene identiteit.

Man-vrouw transseksuelen waarbij de hormoonbehandeling niet tot voldoende borstgroei (gynaecomastie) heeft geleid, kunnen een borstvergrotende operatie laten verrichten. Dit blijkt bij tweederde van de populatie geïndiceerd. Mannen zijn anders gebouwd dan vrouwen. Er bestaat duidelijk verschil tussen de

biologisch mannelijke en de vrouwelijke borst, waarbij de breedte van een mannelijke borst tussen 13,5 en 14 cm ligt, en die bij de vrouwelijke borst tussen 11,5 en 12,5 cm. Ook de positie van de inframammaire plooi en de relatie tot het tepel-areola-complex verschillen bij man en vrouw.

Alhoewel door hormoongebruik borstgroei kan ontstaan bij de transseksuelen, zal een groot deel van deze patiënten mede om deze reden een mamma-augmentatie nodig hebben.

Biometrische factoren bepalen de noodzaak van een borstvolume van een B-cup of groter.

Voorwaarden

Diagnose en indicatie volgens protocol van erkend centrum, vastgestelde transseksualiteit, succesvolle real-life-experience en minstens 18 maanden hormoontherapie om de mogelijkheden van hormonaal geïnduceerde gynaecomastie volledig te benutten, gynaecomastie < cup B.

Ingreep door medisch specialist, in samenwerking met een erkend genderteam.

Grenzen en beperkingen

De zorg als bedoeld in artikel 2.4 van de Zorgverzekeringswet omvat niet:: *“c) het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie.”*

Uit die toelichting blijkt dat uitdrukkelijk tot uitsluiting van deze behandelingen is besloten omdat anders, op grond van het eerste lid, een aantal van de genoemde behandelingen alsnog voor vergoeding in aanmerking zou kunnen komen.

Om onbedoelde vergoeding te voorkomen zijn deze in het tweede lid expliciet van vergoeding uitgesloten. Dit heeft onder andere tot gevolg dat plaatsing van borstimplantaten in het kader van een behandeling van transseksualiteit niet meer wordt vergoed, en dat vervanging (operatieve verwijdering en plaatsing) van een borstprothese uitsluitend wordt vergoed indien de eerdere borstprothese operatief was geplaatst na een (gedeeltelijke) borstamputatie”.

De wensen van man-vrouw transsekssuelen ten aanzien van het borstvolume sluiten echter altijd aan bij de plastisch-chirurgische opvattingen ten aanzien van een volume dat redelijk in verhouding is met de biometrie van de torso.

Voorstel

Mamma-augmentatie is een essentieel onderdeel van het behandeltraject, en moet daarom weer worden vergoed.

Een verantwoorde integrale behandeling van man-vrouw transseksuelen houdt mamma-augmentatie in, met inachtneming van de biometrische feiten. Deze argumentatie sluit volledig aan bij hetgeen hierover in het Burgerlijk Wetboek 1, afd. 13, art 28a, lid b is opgenomen: *“lichamelijke aanpassing [...] zover uit medisch of psychologisch oogpunt mogelijk en verantwoord is.”*

Opstelling van biometrische indicatoren door medisch specialisten en verzekeraars, als criteria voor vergoeding van mamma-augmentatie bij man-vrouw transseksuelen.

Geen vergoeding bij hormonaal geïndiceerde gynaecomastie conform cup B of meer.

c) Adamsappelreductie

Achtergrond en indicatie:

Een prominente adamsappel is een geslachtstyperend kenmerk voor de man. Indien bij een man-vrouw transseksueel een prominente adamsappel aanwezig is, dient dit gezien te worden als een indicatie voor een operatie. Voor de grootte van de adamsappel bestaan geen duidelijke normwaarden. Bij vrouwen dient de adamsappel in zij-aanzicht niet voor de halscontour te prominieren. Een dergelijke prominentie is een indicatie voor een adamsappelreductie. Een duidelijke schaduw van en door de adamsappel in vooraanzicht is eveneens een indicatie. Verdere indicatie: cricothyroid approximatie. Deze ingreep leidt tot subluxatie van het cricothyroid, en levert een prominentere adamsappel op.

Voorwaarden

In principe vindt adamsappelreductie pas plaats na de andere, grotere, geslachtsaanpassende ingrepen.

Ingreep onder algehele anaesthesie. Een litteken kan achterblijven.

Ingreep door medisch specialist, in samenwerking met een erkend genderteam.

Grenzen en beperkingen

Daar zich juist onder de adamsappel de aanhechting van de stembanden bevindt, is volledige verwijdering van de adamsappel niet altijd mogelijk, vanwege de kans op stemverslechtering.

Voorstel

Uit oogpunt van doelmatigheid en adequate zorg is correctie van de adamsappel pas geïndiceerd als de operatieve (geslachtsaanpassende) behandeling van de primaire geslachtsdelen is uitgevoerd.

De geslachtsaanpassing kan in dit stadium als definitief beschouwd worden.

Vergoeding kan verleend worden naar analogie van het criterium verminking. De aanvragen dienen individueel beoordeeld te worden. Het genderteam dient een aanvraag voor vergoeding in met een schriftelijke verklaring van een aan een genderteam verbonden KNO-arts en bijgevoegde foto's (voor- en zijaanzicht).

4.2.3 Man-vrouw transseksualiteit - chirurgische ingrepen op strikt individuele indicatie

a) Stemverhogende operatie (cricothyroid approximatie)

Indicatie

De gemiddelde spreektoonhoogte ligt voor mannen tussen 84 en 184 Hz en voor vrouwen tussen 160 en 286 Hz. Indien de gemiddelde spreektoonhoogte voor een man-vrouw transseksueel lager is dan 160 Hz, mag worden aangenomen dat, bij het bestaan van subjectieve klachten, een indicatie bestaat voor een cricothyroid approximatie. Indien een cricothyroid approximatie wordt uitgevoerd, bestaat altijd de indicatie om tijdens dezelfde ingreep een adamsappelreductie uit te voeren. In de aard van de cricothyroid approximatie is namelijk gelegen dat de adamsappel juist prominenter wordt.

Voorwaarden

Patiënten dienen pre-operatief logopedie te hebben gehad zonder bevredigend toonverhogend resultaat.

Ingreep door medisch specialist, in samenwerking met een erkend genderteam.

Grenzen en beperkingen

Reinkes-oedeem van de stembanden (meestal ten gevolge van roken), of anatomische afwijkingen van het larynxskelet of de stembanden, zijn relatieve contra-indicaties voor de ingreep. Patiënten dienen te beseffen dat een cricothyroid approximatie alleen de toonhoogte van de stem aanpast, en dat prosodische eigenschappen van de mannelijke spraak niet veranderen. Dit leidt tot noodzaak van eventuele post-operatieve logopedie om een vrouwelijke manier van spreken aan te leren, ook al is de toonhoogte duidelijk verbeterd.

Voorstel

Uit oogpunt van doelmatigheid en adequate zorg is een stemverhogende operatie pas dan geïndiceerd als de operatieve (geslachtsaanpassende) behandeling van de primaire geslachtsdelen is uitgevoerd.

De geslachtsaanpassing kan in dit stadium als definitief beschouwd worden.

De logopedische mogelijkheden moeten zijn uitgeput.

Aanvragen dienen individueel beoordeeld te worden. Het genderteam dient een aanvraag voor vergoeding in met een schriftelijke verklaring van een aan het team verbonden foniater, en een bijgevoegd foniatisch stemprofiel.

d. Kaak-/gezichtschirurgie

Achtergrond en indicatie

Uitgangspunt van het genderteam van het VUmc is dat *evidence based* behandelen van transsekssualiteit moet worden gestimuleerd.

Aangezichtscorrecties zouden hiervan onderdeel moeten uitmaken.

Vaak is er sprake van doorslaggevende geslachtskenmerken in het kader van passabiliteit. Demografisch gaat het uitsluitend om man-vrouw transseksuelen, waarvan ongeveer 15% voor een aangezichtscorrectie in aanmerking komt. De meest voorkomende indicatie is het passabiliteitsprobleem, dat soms al bij aanvang van de *real-life-experience* als onoverkomelijk wordt beoordeeld.

De tweede categorie zijn patiënten met een passabiliteitsprobleem dat pas in een latere fase zichtbaar wordt (na de genitale aanpassingen).

De indicaties die worden gesteld vloeien voort uit de beoordeling van het gelaat in drie delen:

Bovenste 1/3: voorhoofd, haar, ogen

Middengezicht: ogen, jukbeenderen, neus

Onderste 1/3: kin, kaaklijn, lippen

De volgende ingrepen zijn, individueel toegesneden, geïndiceerd en worden *peer-reviewed* als feminiserend beschouwd:

Bovenste 1/3:

- reductie supra-orbitale prominentie
- wenkbrauw-lift

- haarlijnwijziging
- orbitavergroting

Middengezicht

- zygoma-osteotomie
- blepharoplastiek
- rhinoplastiek
- paranasale augmentatie

Onderste 1/3

- kinreductie
- kaakhoekreductie
- osteotomie bovenkaak
- osteotomie onderkaak
- lipfilling

Voorwaarden

Bij transeksuelen die voor kaak-/gezichtschirurgie in aanmerking wensen te komen dient er sprake te zijn van een passabiliteitsprobleem, vastgesteld door een gedragswetenschapper van een erkend genderteam. Op basis daarvan dient het genderteam een verzoek in tot vergoeding van de behandeling bij de betreffende zorgverzekeraar. Integraal onderdeel van dit verzoek is een indicatiebeschrijving en behandelingsvoorstel van een kaak- en gezichtschirurg die verbonden is aan een genderteam. Hij/zij voert de behandeling uit.

Grenzen en beperkingen

Een kleine groep beschouwt deze behandeling als een mogelijkheid tot cosmetische chirurgie, hetgeen met de voorgestelde constructie moet worden voorkomen.

Voorstel

Zie voorwaarden.

5. Paramedische Verrichtingen

5.1 Epilatie (permanente ontharing)

Achtergrond en indicatie:

Baardgroei en lichaamsbehairing zijn vanaf de puberteit kenmerken van het geslacht.

Mannen hebben altijd een zichtbare baardgroei die nauwelijks door hormonen te beïnvloeden is. De sterkte van de beharing is genetisch gedetermineerd en vertoont grote interindividuele verschillen.

Buiten de context van transseksualiteit wordt ontharing beschouwd als een cosmetische ingreep. Maar voor man-vrouw transseksuelen is permanente ontharing één van de belangrijkste momenten van het traject van geslachtsaanpassing, en onontbeerlijk voor sociale acceptatie.

Een mannelijk beharingspatroon, c.q. baardgroei, heeft naar ervaring van het genderteam van het VUmc in hoge mate negatieve psychosociale consequenties en psychosomatische gevolgen. De sociale omgeving erkent een transseksueel met sterke baardgroei niet als vrouw, wat - gezien de grote medische en economische inzet tijdens de fase van geslachtsaanpassing - als contraproductief moet worden aangemerkt.

Door de behandeling met cross-sex hormonen treedt na 6 tot 12 maanden vermindering van de haargroei op en wordt het haar dunner, maar de haren verdwijnen niet. Er is vooral weinig effect op het baardhaar.

De behandeling van man-vrouw transseksuelen omvat drie categoriën:

- a. lichaamsbehairing
- b. gezichtsbehairing (baard)
- c. perineoscrotaal gebied

State-of-the-art techniek voor reconstructie van de neovagina bij transseksuelen is het gebruik van onbehaarde peniele huid als bekleding van de nieuw gecreëerde holte. Om de neovagina groot genoeg te maken, wordt gebruik gemaakt van een perineoscrotale flap die gemobiliseerd en ingehecht wordt ter

plaatse van de neovaginale achterwand. Deze flap moet zorgvuldig onthaard zijn. Haar in de neovagina kan tot infectie en afscheiding leiden, vooral ook omdat de neovagina niet de zelfreinigende eigenschappen van een natuurlijke vagina heeft.

Technieken

Traditioneel epilieren: het resultaat van gewoon epilieren is niet blijvend. Bovendien leidde deze techniek dikwijls tot allergische reacties, met rode vlekken en - als gevolg van het teruggroeien van haartjes – tot kleine kystes.

Elektrische epilatie: Sinds de opkomst van laserbehandeling is elektrische epilatie voor donkere haren achterhaald.

Omdat laserbehandeling niet werkt bij zeer blond haar, kan voor deze specifieke groep elektrisch epilieren wel nuttig zijn. Deze behandeling is tijdrovend en pijnlijk. Er kan wel 20 uur nodig zijn om alle haren te verwijderen, wat kan neerkomen op een behandeling van een half jaar.

Laserepilatie: sinds enkele jaren is het mogelijk om met laserbehandeling (donker) haar te verwijderen. De diode-laser genereert krachtige pulsen die gedurende een fractie van een seconde inwerken op de haarzakjes. Per puls worden zo meerdere haarzakjes in een gebied van zo'n twee vierkante centimeter behandeld. Het licht wordt alleen geabsorbeerd door pigmentcellen en passeert dus vrijwel ongestoord de niet-gepigmenteerde huidcellen. Door het pigment in het haarzakje wordt de energie van het laserlicht omgezet in warmte. De zogenaamde kiemcellen rond het haarzakje worden vernietigd. De haarwortel raakt dusdanig beschadigd dat het haar niet meer kan groeien. Als de haarwortel niet geheel verwijderd is kan er nog wel een zeer dun, niet gepigmenteerd haartje, ontstaan. Cosmetisch is dit echter meestal niet storend. Het haartje, dat nog even doorgroeit, valt vijf tot 20 dagen na de behandeling uit. Twee tot zes weken later is het definitieve resultaat goed zichtbaar en kan een volgende behandeling plaatsvinden.

Het aantal behandelingen waarmee een optimaal resultaat wordt bereikt, is afhankelijk van de hoeveelheid haren in de groeifase. Alleen haar in de groeifase heeft voldoende pigment voor een goed resultaat. Hoeveel haar zich op een bepaald moment in de groeifase bevindt, verschilt per lokatie. In het gelaat is zo'n 25 procent van het haar in de groeifase, op de benen slechts zo'n 15 à 20 procent.

Een laserbehandeling beslaat gemiddeld vijf zittingen van 15 minuten tot twee uur. De behandeling is vrijwel pijnloos. Een laserflits voelt hooguit warm en tintelend aan. De nieuwste generatie diode-lasers is uitgerust met een koelend systeem, zodat irritatie van de huid voorkomen kan worden. Meestal is een jaarlijkse 'touch-up' behandeling nodig.

Voorwaarden

Indicatie voor de somatische behandeling door een erkend zorgcentrum voor genderdysforie, en verwijzing voor epilatie van gelaat en lichaam door een arts van een genderteam.

Epilatie van het perineo-scrotale gebied op indicatie van een plastisch chirurg.

Grenzen en beperkingen

Typisch uitwendige kenmerken van een biologische man en vrouw vertonen nogal wat overlap. Dit maakt het moeilijk een duidelijke, wetenschappelijk onderbouwde grens te trekken.

Toch zijn mensen in staat om met verbazingwekkende zekerheid een vreemde als man of vrouw te identificeren. Hierbij wordt een groot aantal kenmerken in één ogenblik onbewust samengevat en volgt geslachtsidentificatie. Enkele kenmerken worden onlosmakelijk met het mannelijke geslacht in verband gebracht, te weten de baardgroei, de adamsappel en de stem. Op grond hiervan mag het belang van de secundaire geslachtskenmerken niet worden onderschat. Sommige mannen vertonen nauwelijks lichaamsbeharing. Jonge transseksuelen die vanaf de puberteit onder (reversibele) GnRH-analoga behandeling staan en

vanaf de leeftijd van 16 jaar cross-sex hormonen, ontwikkelen nauwelijks baardgroei, zodat bij deze groep epilatie nauwelijks nodig is.

Epilatie van de perineoscrotale regio is niet altijd noodzakelijk. Deze behandeling kan dus alleen op indicatie van een plastisch chirurg worden uitgevoerd.

Voorstel

Gezien de problematische grens met hypertrichose en hirsutisme, is voor minimale behandeling het advies als volgt:

- a. drie sessies laserepilatie van extremiteiten en torso,
- b. vijf sessies baard,
- c. vijf sessies genitalia.

Bij blond of grijs haar of bij coloured personen: het dubbele aantal sessies elektrische epilatie.

Indien meer sessies nodig zijn, kan een aanvraag ingediend worden bij de zorgverzekeraar, met een aanbeveling van een dermatoloog verbonden aan het ZorgCentrum voor Genderdysforie, met het verzoek extra sessies te vergoeden. 'Touch-up behandelingen' worden door de patiënten zelf betaald.

6. Tenslotte

In de hoofdstukken 4 en 5 is een overzicht gegeven van medische en paramedische ingrepen die bij de behandeling van transseksualiteit aan de orde *kunnen* zijn. Voor alle genoemde verrichtingen geldt dat er zorginhoudelijke argumenten aan ten grondslag liggen die eveneens in dit rapport zijn opgenomen.

Omdat er binnen de groep transseksuelen grote interindividuele verschillen zijn en gezien het feit dat niet bij iedere transseksuele persoon sprake is van een indicatie voor de ene of de andere ingreep, zal de uiteindelijke behandeling van persoon tot persoon verschillen. Echter door grenzen, beperkingen en voorwaarden in het beoordelingskader op te nemen wordt voorkomen dat kosten voor niet noodzakelijke zorg ten laste van de sociale ziektekostenverzekering worden gebracht.

Personalia

Dr. A.G. Becking is kaak- en gezichts chirurg en lid van het genderteam van het VUmc

Dhr M.B. Bouman is plastisch chirurg en lid van het genderteam van het VUmc

Mw. E.Ch. Demmers is beëdigd medisch vertaler, en bestuurslid (secretaris-penningmeester) van de Stichting Nederlands Gender Centrum (SNGC)

Mw. A. Elliott is maatschappelijk werkster in dienst van de afdeling Obstetrie en Gynaecologie. Zij is lid van het Groninger Genderteam, begeleidt individueel en in groepsverband patiënten met gender dysforie ('bondgenoten') en verzorgt de Groninger website.

Dr. R.B. Karim is als plastisch chirurg werkzaam in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG), en is bestuurslid van de Beroepsvereniging van Plastisch Chirurgen. Hij werkt samen met het genderteam van het VUmc.

Dhr J. Megens is medeoprichter en coördinator van het genderteam van het VUmc

Dr. R.N.P.M. Rinkel is KNO-arts, en lid van het genderteam van het VUmc

Mw. C.R. Smand is adviseur en daarnaast bestuurslid van de Stichting Nederlands Gender Centrum (SNGC)

Dr. M.A.A. van Trotsenburg is gynaecoloog en directeur van het ZorgCentrum voor Genderdysforie (genderteam) van het VUmc te Amsterdam

Prof. Dr. W.C.M. Weijmar Schultz, gynaecoloog/seksuoloog NVVS, is hoogleraar psychosomatiek verloskunde en gynaecologie / seksuologie aan het UMCG en coördinator van het Groninger Genderteam.

Mr. Th.W. Wormgoor is jurist en coördinator van de Werkgroep Transseksualiteit en Genderdysforie van Humanitas, Nederlandse Vereniging voor Maatschappelijke Dienstverlening en Samenlevingsopbouw.