



Patiëntenorganisatie
Transvisie

Onderzoek Transgenderzorg
Nederland

drs. E.M. van den Boom
e.vandenboom@transvisie.nl

© Stichting Transvisie, centrum voor genderdiversiteit, 2016

Postadres en Bezoek
Weteringschans 259
1017 XJ Amsterdam
Bezoek op afspraak

020 2050 914
ma-vr 13-17 uur
info@transvisie.nl
www.transvisie.nl

bankrekening
Stichting Transvisie
BIC: RABONL2U
NL43 RABO 0121 6921 83

Samenvatting

Patiëntenorganisatie Transvisie hield in januari en februari van 2016 een onderzoek onder Nederlandse transgenders die in transitie zijn of zijn geweest. Aan dit onderzoek namen 273 personen deel, waarvan 57% met als doel lichamelijke vervrouwelijking (hierna: transvrouw) en 43% voor vermannelijking (transman).

Uit het onderzoek kwam naar voren dat de grootste aanbieder voor dit type zorg het VUmc is met 78% van de respondenten. In totaal doorliepen 87% van de ondervraagden een transitie bij een academisch centrum. De overige 13% volgde een route buiten deze ziekenhuizen. Zij werden begeleid door onafhankelijk werkende psychologen, endocrinologen en chirurgen. Deze "decentrale route" werd hoger gewaardeerd bij de patiënten dan de traditionele route via de academische ziekenhuizen.

Wachlijsten vormen een van de grootste problemen in de transgenderzorg. Centra als het VUmc werken als een flessenhals. Iedere aanmelding moet langs één loket voor indicatiestelling, waar opstoppingen ontstaan. Er wordt ook geen onderscheid gemaakt tussen de fase waarin transgenders bij binnenkomst zich bevinden: namelijk of iemand al klaar is voor de transitie of zelfs al begonnen is. 17% leeft bij binnenkomst al in het "nieuwe" ofwel wensgeslacht. Tijdens het wachten gaat nog eens 55% om. De wachlijsten leiden bij een grote meerderheid tot problemen; verlies van baan, studievertraging, problemen met partners, vrienden, familie, lastig gevallen worden op straat. Alarmerend is het aantal patiënten met zelfmedicatie en de gevolgen daarvan.

Maar liefst 26% van de transvrouwen en 7% van de transmannen bestelt hormonen via internet en ze worden onderling doorgegeven. In de meeste gevallen is er geen toezicht op de kwaliteit van de hormonen en weigeren de ziekenhuizen bloedonderzoeken en botscans. Een kwart van de respondenten met zelfmedicatie ondervond ernstige medische problemen: depressies, hartkloppingen, stress, slaapproblemen, angst- en paniekaanvallen en zelfs iemand met een herseninfarct.

Op dit moment zijn de wachlijsten bij het VUmc en UMCG wederom erg hoog. De totale doorlooptijd van aanmelding tot behandeling bedraagt anno juni 2016 zo'n **1,5 tot 2 jaar**. Een oplossing hiervoor is niet op korte termijn te verwachten.

Ook de kwaliteit van de geslachtsveranderende operaties laat te wensen over. In het algemeen moest in 63% van de gevallen de patiënt opnieuw onder het mes voor een herstellingreep. Bij de man-naar-vrouw (vaginoplastiek) operaties in het VUmc zelfs 81%. Ondanks dat krijgen de Nederlandse operaties wel een voldoende. Gemiddeld een 6,6 bij de transvrouwen en een 8,7 bij de mannen. De operaties bij transvrouwen die in het buitenland gedaan worden scoren beter, een 8,8 als rapportcijfer.

De patiëntenorganisatie beveelt naar aanleiding van dit rapport aan om de mogelijkheden voor invoering van flexibelere hormoonverstrekking te bekijken, om de zorg decentraler te organiseren zodat er geen opstoppingen meer ontstaan en om te innoveren op het gebied van operatietechnieken zodat er minder complicaties voorkomen.

Inhoud

[Samenvatting](#)

[Inhoud](#)

[Over Patiëntenorganisatie Transvisie](#)

[Wie zijn transgender / genderincongruent?](#)

[Genderdysforie](#)

[In transitie...](#)

[Stappen in een transitie](#)

[Decentraal versus centraal](#)

[Centraal \(multidisciplinair team\)](#)

[Decentraal](#)

[Waarom een patiëntenorganisatie?](#)

[Wat doet Patiëntenorganisatie Transvisie?](#)

[Doelstelling](#)

[Onderzoeksvragen](#)

[Onderzoeksopzet](#)

[Resultaten](#)

[Algemeen](#)

[Richting van de transitie](#)

[Leeftijd bij start transitie](#)

[Fase in het traject van de respondenten](#)

[Genderteams](#)

[Tijdspad](#)

[Duur transitie](#)

[Wanneer beginnen met hormonen?](#)

[Fulltime in wensgeslacht bij binnenkomst](#)

[Wachtlijsten](#)

[Hoe lang wachten?](#)

[Gevolgen wachttijden](#)

[Zelfmedicatie](#)

[Prevalentie](#)

[Zelfmedicatie en wachttijd](#)

[Zelfmedicatie bij jongeren/volwassenen](#)

[Zelfmedicatie: bron](#)

[Controle op zelfmedicatie](#)

[Gevolgen zelfmedicatie](#)

[Conclusie zelfmedicatie](#)

[Operaties](#)

[Operaties transvrouwen](#)

[Ad. 1. Vaginoplastiek](#)

[Ad. 2. Borstvergroting](#)

[Ad. 3. Gezichtsoperaties](#)

[Ad. 4. Orchidectomie](#)

[Ad. 5. Stemverhogende operatie](#)



[Ad. 6. Adamsappel reductie](#)

[Conclusies chirurgie transvrouwen](#)

[Operaties transmannen](#)

[Ad. 1 Borstoperatie \(Mastectomie\)](#)

[Ad. 2 en 3 Hysterectomie en adnectomie](#)

[Ad. 4. Colpectomie](#)

[Ad. 5 Testisprothese of erectieprothese](#)

[Ad. 6-9 Phalloplastiek en metaidoioplastiek](#)

[Conclusie chirurgie transmannen](#)

[Hersteloperaties en tevredenheid](#)

[Hersteloperaties](#)

[Tevredenheid](#)

[Reacties bij operaties](#)

[Conclusies](#)

[Centraal of decentraal](#)

[Vast tijdpad in het transitietraject](#)

[Wachttijden](#)

[Gevolgen wachttijden en zelfmedicatie](#)

[Operaties transvrouwen](#)

[Operaties transmannen](#)

[Aanbevelingen](#)

[Invoering informed consent](#)

[Operatietechnieken](#)

[Decentralisatie](#)

[Literatuur](#)

Over Patiëntenorganisatie Transvisie

Patiëntenorganisatie Transvisie behartigt de belangen van kinderen, adolescenten en volwassenen met transgender gevoelens, genderzoekenden en hun naasten.

Vanuit deze betrokkenheid onderhoudt zij contacten met onder andere:

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Zorginstituut Nederland
- Zorgverzekeraars
- Genderteams
- Onafhankelijk werkende psychologen met een specialisatie in genderzorg (Psycho Informa Instellingen en De Vaart)
- Andere behandelaars in de zorg voor transgenders

Wie zijn transgender / genderincongruent?

Transgenders hebben een genderidentiteit en/of genderexpressie die anders is dan het geboortegeslacht. Dit noemen we ook wel genderincongruentie.

- De genderidentiteit is de diepgewortelde, persoonlijke overtuiging te behoren tot een bepaald geslacht: man, vrouw, daar tussen in, beide, geen van beide, etc.
- Genderexpressie is de manier van presenteren: als man, vrouw of ergens daar tussen in. De genderidentiteit en de genderexpressie hoeven dus niet per se hetzelfde te zijn.

Transgender is dus een breed begrip. Iemand kan zichzelf presenteren in de kleding/rol van het andere geslacht. Dat kan altijd zijn of slechts af en toe. Niet alle transgenders hebben behoefte aan lichamelijke aanpassingen met operaties en/of hormonen.

Omdat de groep lastig te definiëren en af te bakenen is, lopen de schattingen van het aantal transgenders in Nederland heel sterk uiteen. De schattingen variëren tussen de 48.000¹ en 300.000 mensen.

Genderdysforie

Er is sprake van genderdysforie wanneer er een gevoel van onbehagen is bij het geboortegeslacht, al dan niet samen met de wens om lichamelijke aanpassingen te doen. Dysforie is het omgekeerde van euforie.

Mensen met genderdysforie kunnen onder meer lijden onder de sociale druk die op ze gelegd wordt om te leven in het geboortegeslacht. Dit leidt bijvoorbeeld tot stress, daaruit volgende lichamelijke klachten, problemen met het leggen van contacten, het gevoel niet begrepen te worden en anders te zijn. Genderdysforie kan ook een afkeer van de eigen

¹ Worden wie je bent. Het leven van transgenders in Nederland. Sociaal en Cultureel Planbureau, november 2012.

geslachtskenmerken met zich meebrengen en een wens hier aanpassingen aan te doen zodat genderidentiteit en de uiterlijke geslachtskenmerken in lijn met elkaar komen. Genderdysforie kan zich op alle leeftijden uiten en in meer of mindere mate aanwezig zijn.

In transitie...

Bij een kleine groep transgenders, ongeveer 10%, wordt de genderdysforie dusdanig ervaren dat zij medisch ingrijpen noodzakelijk achten voor een betere kwaliteit van leven. Dat kan zijn in de vorm van operaties en/of door hormoontherapie. We spreken van een transitie in de richting van lichamelijke vervrouwelijking of vermannelijking. Een grote groep wil overigens geen volledige maar een gedeeltelijke transitie naar het tegenovergestelde geslacht.

Vroeger werd de groep transgenders die lichamelijke aanpassingen wenst vaak transseksueel genoemd. Die term wordt als verwarrend gezien tegenwoordig. Want "transseksualiteit" heeft niets met geaardheid te maken maar met de eigen genderidentiteit. Vaker gebruikt: transvrouw (man naar vrouw, M-V), transman (vrouw naar man, V-M), transpersoon of transgender (algemeen) of genderqueer (man noch vrouw).

Omwille van de eenvoud zullen we in dit rapport spreken van transman (transitie richting vermannelijking), transvrouw (transitie richting vervrouwelijking) of transgenders in het algemeen. Afgekort in de tabellen tot M-V voor transvrouwen en V-M voor transmannen.

In totaal hebben ongeveer 10.000 mensen zo'n behandeling doorlopen in Nederland. Ook hier zijn geen exacte aantallen bekend.

Stappen in een transitie

Een transitie valt grofweg uiteen in de volgende stappen:

1. **WachtlIJst:** na aanmelding bij een genderteam en psycholoog komt de patiënt vaak terecht op een wachtlIJst.
2. **Indicatiestelling:** voordat de patiënt in aanmerking komt voor verdere behandeling wordt met een psycholoog gekeken naar onder meer psychische problemen die eerst (of gelijktijdig) behandeld moeten worden, of er voldoende steun in de directe omgeving is, etc.

N.B. De term 'diagnostiek' wordt ook wel gebruikt, maar is verwarrend omdat uiteindelijk alleen de patiënt zelf kan vaststellen of sprake is van genderdysforie en in welke mate. Beter is het om te spreken van een indicatiestelling voor behandeling.

3. **Real life fase:** na de indicatiestelling krijgt de patiënt al toegang tot een aantal behandelingen. Echter, voor genitale chirurgie is het verplicht om eerst een jaar te leven in het wensgeslacht en de daarbij behorende geslachtshormonen.

4. **Operaties:** de diverse operaties worden ondergaan. Waar gewenst natuurlijk. Tussen de operaties zitten wachttijden, omdat niet alles tegelijk kan of omdat er wachtlijsten zijn.
5. **Afronding:** na de operaties zal een groot deel van de transgenders de transitie als afgerond beschouwen. Sommigen zullen nog door willen sparen voor behandelingen die niet vergoed worden. Anderen zijn misschien in afwachting van betere technieken.
6. **Detransitie of tweede transitie:** ofschoon dit nauwelijks voorkomt kan het zijn dat iemand de transitie deels terug wil draaien. Bijvoorbeeld na een man-naar-vrouw transitie stoppen met hormonen en gender non-conform verder leven. Dit wil overigens niet zeggen dat diegene spijt heeft van de transitie.

Decentraal versus centraal

In Nederland zijn grofweg twee soorten trajecten beschikbaar: de centrale en decentrale route..

Centraal (multidisciplinair team)

In een multidisciplinair team worden meerdere specialismen onder één dak samengebracht. Deze multidisciplinaire teams zijn te vinden in de academische ziekenhuizen. Zij hebben niet alleen de psychologen en psychiaters in dienst om de indicatie te stellen maar ook de artsen die de somatische zorg voor hun rekening nemen. Het gaat dan met name om endocrinologen en chirurgen.

De overdracht van dossiers van het psychische naar het somatische deel gaat in gezamenlijk overleg tussen de specialisten. Dat heet een multidisciplinair overleg (MDO).

Decentraal

In een decentrale opzet bevinden de psycholoog, endocrinoloog en chirurg zich niet noodzakelijk onder één dak. De psycholoog neemt de indicatiestelling voor rekening. De endocrinoloog begeleidt het hormoongebruik. Patiënten gaan voor de operaties naar een chirurg.

In deze opzet verwijzen de zorgverleners naar elkaar door. Zij controleren de verwijzingen bij elkaar en controleren elkaars competenties. Er is geen multidisciplinair overleg nodig. Door deze manier van werken is de zorg schaalbaarder. Een psycholoog kan bijvoorbeeld eenvoudiger doorverwijzen naar een groot aantal endocrinologen, waardoor de patiënt minder ver hoeft te reizen of kan kiezen voor een arts met minder lange wachttijden.

Waarom een *patiëntenorganisatie*?

Genderdysforie is geen ziekte, maar er is wel behoefte aan zorg. Niet alleen tijdens het transitietraject, maar ook daarna.

Een zorgvrager in een ziekenhuis noemen we een patiënt, vandaar de term patiëntenorganisatie. Dat is wettelijk zo bepaald, al zullen de meeste transmannen/vrouwen zich niet identificeren als patiënt.

Wat doet Patiëntenorganisatie Transvisie?

De patiëntenorganisatie **informeert** transgenders die bijvoorbeeld op zoek zijn naar zorg, vragen of twijfels hebben over het zorgaanbod en of het aansluit bij de wensen.

De patiëntenorganisatie komt daarnaast op voor de **belangen** van de zorgvragers: op individueel niveau tussen een enkele patiënt en een enkele zorgverlener/verzekeraar, op collectief niveau voor de hele groep.

Tenslotte organiseert patiëntenorganisatie ook **zelfhulp** waarbij onder meer in de vorm van groeps gesprekken transgenders contact vinden met elkaar en gevoelens, twijfels en vragen kunnen delen.

Doelstelling

Als patiëntenorganisatie doen we onze uiterste best de belangen te behartigen van alle transgenders in Nederland. Dat is niet altijd even gemakkelijk. De achterban is namelijk niet georganiseerd en daarom lastig te raadplegen.

Raadpleging is nodig voor de patiëntenorganisatie om problemen te signaleren en daar prioriteiten aan te geven.

De informatie die voorhanden is beperkt zich vaak tot cijfers van individuele zorgverleners, zoals genderteams. Dit is niet voldoende voor de patiëntenorganisatie. Deze onderzoeken kunnen (onbedoeld) gestuurd worden. Zo kan het zijn dat patiënten strategisch antwoorden op vragen in een tevredenheidsonderzoek wanneer zij afhankelijk zijn van diezelfde zorgverleners.

Eind 2015 nam de patiëntenorganisatie daarom het initiatief zelf onderzoek te gaan doen naar de manier waarop Nederlandse transgenders invulling geven aan hun transitietraject.

De doelstellingen van het onderzoek zijn:

- Signaleren van knelpunten in de transgender zorg
- Impact en prevalentie van die knelpunten vaststellen. Ofwel; waar liggen prioriteiten voor de Patiëntenorganisatie
- Verkrijgen van onafhankelijke informatie voor gesprekken met zorgverleners, zorgverzekeraars en overheidsinstanties (ministerie, zorgautoriteit, inspectie etc.)

Onderzoeksvragen

De doelstellingen zijn verder uitgewerkt in de volgende onderzoeksvragen:

- Wat zijn demografische kenmerken van de respondenten?
- Hoe zag het tijdspad van de transitie eruit?



- Wie begeleidde het transitietraject?
- Hoe lang moest gewacht worden op behandeling en welke gevolgen heeft dat?
- Was er sprake van zelfmedicatie?
- Welke operaties zijn ondergaan of nog gewenst?
- Waar vonden de operaties plaats?
- Hoe werd de verleende zorg beoordeeld?
- Was de zorg tijdig beschikbaar?
- In welke mate is het zorgaanbod geconcentreerd?

Onderzoeksopzet

Het onderzoek is uitgevoerd in de vorm van een online vragenlijst. In totaal waren er 35 vragen. De vragenlijst bestond uit een combinatie van open- en meerkeuze vragen. Gekozen is voor een vraagstelling gericht op zoveel mogelijk feitelijke informatie, met een voorkeur voor meerkeuze vragen. Nadere toelichting kon in open vragen gegeven worden.

De vragenlijst is in concept voorgelegd aan de vrijwilligers van de patiëntenorganisatie, van wie de feedback verwerkt werd in de definitieve vragenlijst. Bij proef invulling bleek de vragenlijst ca. 15 minuten in beslag te nemen om in te vullen.

De vragenlijst is verspreid onder transgenders via diverse op de doelgroep gerichte social media, zoals facebook-groepen voor transgenders en via Twitter. Ook is de vragenlijst rondgestuurd aan alle vrijwilligers van zelfhulpgroepen met het verzoek deze te verspreiden onder bezoekers van de groepen. Ook is iedereen opgeroepen het onderzoek verder te delen onder transgender vrienden.

Er is bewust niet voor gekozen de vragenlijst te verspreiden via de zorgverleners, om te voorkomen dat er een vertekend beeld ontstaat van de verdeling van patiënten over de diverse zorgverleners.

Het onderzoek is gehouden van 1 januari tot en met 14 februari 2016. In totaal waren er 273 respondenten.

Resultaten

Algemeen

In de eerste plaats is gekeken naar demografische kenmerken van de groep, zoals leeftijd en de richting van de transitie.

Richting van de transitie

We gebruiken de term transvrouw voor een man-naar-vrouw transitie en een transman voor een vrouw-naar-man transitie. Dit wil niet zeggen dat diegene zich als transvrouw of transman identificeert. Echter dit is de richting aan te geven van de verandering: van geboorte- richting wensgeslacht, waarbij wensgeslacht dus niet het label "man" of "vrouw" hoeft te hebben.

Richting transitie	Aantal	Perc.
Vervrouwelijking (Transvrouwen)	156	57%
Vermannelijking (Transmannen)	117	43%
Totaal	273	100%

De verhouding transmannen en transvrouwen in het onderzoek is nagenoeg gelijk.

Leeftijd bij start transitie

Genderincongruentie kan lang verborgen blijven, zowel voor de omgeving als voor de transgender zelf. Het kan op elk moment in het leven naar de oppervlakte komen. Vervolgens kan het ook nog een hele tijd duren voordat diegene in transitie gaat. In het onderzoek is gevraagd naar de leeftijd waarop de transitie zelf aanving:

Leeftijd	Aantal	Perc.
0-11	27	10%
12-17	33	12%
18-24	60	22%
25-34	37	14%
35-44	52	19%
45-54	44	16%
55-64	18	7%
65	2	1%
Totaal	273	100%

De gemiddelde leeftijd bij aanvang van de transitie is dus **31 jaar**.

Toch is dit niet de grootste groep. Een grotere groep is 18 tot 24 jaar, gevolgd door de groep van 35 tot 44 jaar oud.

Fase in het traject van de respondenten

In het onderzoek is gekeken bij de respondenten waar zij zich in hun transitietraject bevonden:

Fase van traject	M-V	V-M	Totaal
	<i>n=156</i>	<i>n=117</i>	<i>n=273</i>
Transitie afgerond	26%	25%	25%
In real life fase	21%	21%	21%
Bezig met gesprekken voor indicatiestelling	13%	10%	12%
Ondanks operaties, transitie niet afgerond	11%	12%	11%
Real life fase afgerond, wachtend op operaties	14%	7%	11%
Ondergaat operaties	3%	15%	8%
Overig	6%	6%	6%
Op wachtlijst	6%	4%	5%
Was afgerond, maar daarna in detransitie	0%	1%	0%
Gestopt tijdens real life fase	1%	0%	0%

Conclusie:

- **Voor ca. 36% van de respondenten is de transitie, in ieder geval voor nu, afgerond. Hiervan is redelijkerwijs een totaalbeeld te maken van hoe het traject eruit zag;**
- **Voor ca. 76% is er een indicatie gesteld voor genderdysforie en heeft daarmee een start gemaakt met de behandeling. Van deze groep is redelijkerwijs de balans op te maken over het voortraject van wachten en de gesprekken met de psycholoog;**
- **Het aantal transgenders dat in detransitie ging of de transitie staakte is nihil tot heel klein.**

Genderteams

De respondenten is gevraagd welk genderteam het grootste deel van de begeleiding verzorgd heeft. In een andere vraag konden zij aangeven hoe ze deze begeleiding beoordeeld hebben. De antwoorden daarop waren:

Genderteam	Waardering² (0-10)	Aantal	%
1. VUmc (Amsterdam)*	6.5	208	78%
2. De Vaart (Assen)	9.1	14	5%
3. UMCG (Groningen)*	6.1	14	5%
4. Psycho Informa (Schoonhoven)	8.9	9	3%
5. LUMC/Curium (Leiden)*	7.5	6	2%
6. UZ Gent (B)*	8.3	6	2%
7. Bas Fels (Amsterdam)		1	0%
8. De Herlaarhof (Eindhoven)		1	0%
<i>Overig</i>	4.6	9	3%
Totaal (met begeleiding)		268	

* Academisch centrum

Conclusie: Het grootste deel van de transgenders, 78%, wordt begeleid door het VUmc in Amsterdam.

Wanneer de lijst opgesplitst wordt tussen centraal (academische centra) en decentraal (onafhankelijke psychologen) ziet het overzicht er als volgt uit:

Academische Centra	Waardering (0-10)	Aantal	%
VUmc (Amsterdam)	6.5	208	78%
UMCG (Groningen)	6.1	14	5%
LUMC/Curium (Leiden)	7.5	6	2%
UZ Gent (B)	8.3	6	2%
Totaal/gemiddeld	6.5	234	87%

Onafhankelijke psychologen	Waardering (0-10)	Aantal	%
De Vaart (Assen)	9.1	14	5%
Psycho Informa (Schoonhoven)	8.9	9	3%
Totaal/gemiddeld	9.0	23	9%

De onafhankelijk/decentraal werkende psychologen scoren gemiddeld een 9, waar de academische centra niet verder komen dan een 6,5. Zou UZ Gent buiten beschouwing gelaten worden dan is het cijfer nog lager: een 6,3.

² Gemiddelde van; Zeer ontevreden: 0, Ontevreden: 2,5, Neutraal: 5, Tevreden: 7,5, Zeer tevreden: 10

Conclusie: de meeste transgenders, 87%, doorlopen hun transitie bij een academisch centrum. Echter, de decentraal werkende psychologen scoren een veel hogere tevredenheid.

Tijdspad

Duur transitie

Omdat niet ieder transitietraject er hetzelfde uit ziet is het moeilijk aan te geven hoe lang de transitie geduurd heeft:

- Voor veel transgenders begint de transitie met de stap naar een genderteam;
- Sommigen beginnen al voor aanmelding of tijdens het wachten met hormonen;
- Een groep leefde voor aanmelding al (deels) in het wensgeslacht.

De transitie loopt door tot wanneer de patiënt vindt dat deze afgerond is. Voor velen zal dat zijn na de genitale operatie. Maar ook daarna kan er een behandelwens zijn of later ontstaan.

Voor het onderzoek is gevraagd naar de meest ruime opvatting, vanaf de eerste stap in de behandeling tot het moment dat de transitie voor het gevoel afgerond is.

De respondenten gaven het volgende aan:

Duur transitie	M-V <i>n=46</i>	V-M <i>n=30</i>	Totaal <i>n=76</i>
<1	0%	0%	0%
1-2 jaar	7%	3%	5%
2-3 jaar	15%	23%	18%
3-4 jaar	30%	23%	28%
4-5 jaar	22%	13%	18%
5-6 jaar	7%	3%	5%
6-7 jaar	7%	0%	4%
7-8 jaar	7%	7%	7%
8-9 jaar	2%	0%	1%
9-10 jaar	0%	7%	3%
> 10 jaar	4%	20%	11%
Gemiddelde duur	4.49	5.80	5.01

N.B. Als alleen gekeken wordt naar de aanmelddatum bij een genderteam als begindatum dan komt het gemiddelde op 4.90 uit, vergelijkbaar met bovenstaande resultaten.

Conclusie: Gemiddeld duurt een transitie dus zo'n 5 jaar, wat bij de transvrouwen wat lager uitvalt en bij de mannen hoger.

Wanneer beginnen met hormonen?

Wat meer specifiek is ook gekeken naar de start van de hormoonbehandeling. Met allereerst de vraag of gelijktijdig met het gaan leven in het wensgeslacht ook gestart werd met hormonen. En daarnaast of dit beeld anders is voor patiënten die op eigen gelegenheid aan hormonen begonnen.

Wanneer een transgender het (lineaire) gendertraject bij het VUmc volgt dan start de hormoonbehandeling na de indicatiestelling. Diegene wordt geacht binnen 3 maanden na de start van de hormoonbehandeling in het wensgeslacht te gaan leven.

De groep transgenders die zelf met hormonen begon volgt per definitie niet dit lineaire traject.

Respondenten gaven aan:

Hormonen/fulltime	Geen zelfmedicatie	Zelfmedicatie	Totaal
	<i>n=148</i>	<i>n=36</i>	<i>n=184</i>
Eerst fulltime	72%	39%	65%
Gelijktijdig	18%	19%	18%
Eerst hormonen	11%	42%	17%

Allereerst valt op dat een meerderheid (**65%**) al fulltime in het wensgeslacht leeft voordat ze met hormonen beginnen.

Als wordt gekeken naar de groep die wacht tot ze hormonen krijgen van de behandelaars dan valt op dat maar liefst 72% voor die tijd al fulltime in het wensgeslacht ging leven. Slechts 18% deed de rolwisseling en start van de hormonen - zoals bedoeld - tegelijk.

Bij de mensen die zelf het moment kozen van het starten met medicatie daar is de groep die begon met hormonen voor de rolwisseling nagenoeg net zo groot als de groep daarna.

Conclusie: een lineair tijdspad zoals dit door zorgverleners gehanteerd wordt lijkt dus niet aan te sluiten bij de wensen van de transgenders. 72% leeft al in het wensgeslacht vóór de indicatiestelling.

Fulltime in wensgeslacht bij binnenkomst

In navolging van het vorige punt is ook gekeken wanneer de rolwisseling plaatsvond. Gevraagd werd of bij aanmelding bij een genderteam diegene al in het wensgeslacht leefde of nog niet:

Bij aanmelding...

Volgens geboortegeslacht	146	68%
Gelijktijdig	34	16%
In wensgeslacht	36	17%
Totaal	216	100%

Een minderheid leefde dus al in het wensgeslacht (17%) bij aanmelding.

In het vorige punt zagen we dat voor de hormoonverstrekking de groep die in het wensgeslacht leeft al was gegroeid tot 72%. Dat is dus in de periode tussen aanmelding en het "groene licht" van het genderteam. Een verschil van 55 procentpunt:

Conclusie: meer dan de helft (55%) van de transgenders gaat tussen aanmelding en de indicatiestelling leven in het wensgeslacht. 17% deed dat al. De indicatiestelling komt dus in de meeste gevallen te laat.

Wachtlijsten

Eén van de grootste problemen waar transgenders in Nederland tegen aan lopen zijn de wachtlijsten. Deze zijn erg lang, vergeleken met andere vormen van geestelijke gezondheidszorg.

Als reden voor de wachttijd wordt vaak genoemd het gebrek aan geld bij de instellingen of personeelsgebrek. Met toezeggingen na de patiëntenstop van 2014 bij het VUmc (78% marktaandeel) zijn over de financiële kant afspraken gemaakt tussen verzekeraars en het ziekenhuis.³ Toch blijven de wachtlijsten een probleem.

Een veelgehoord argument bij zorgverleners is, dat de wachttijden een zeker nut zouden dienen als bedenktijd. De patiëntenorganisatie hanteert echter als standpunt dat transgenders met een zorgvraag zich aanmelden om geholpen te worden en niet om te komen wachten. Zij maakt zich dan ook zorgen of er voldoende urgentie is bij de zorgverleners om de wachtlijsten aan te pakken.

Vandaar dat in dit onderzoek niet alleen gekeken is naar de wachtlijsten, maar ook naar de negatieve gevolgen daarvan. In het bijzonder is gekeken naar:

- Middelengebruik (alcohol, drugs, etc.);
- Negatieve effecten op relaties met partner, vrienden, ouders;
- Verlies van baan of studievertraging;
- Zelfmedicatie

Het laatste punt over zelfmedicatie is in een afzonderlijke subparagraaf uitgewerkt. In die gevallen is er feitelijk geen sprake meer van wachten.

³ Brief Nederlandse Zorgautoriteit aan de minister van VWS, 29-09-2014

Merk op dat suicide, of pogingen daartoe, in relatie tot de wachtlijsten buiten beschouwing zijn gelaten.

Hoe lang wachten?

De respondenten is gevraagd wat de wachttijd was tussen aanmelding en het eerste inhoudelijke gesprek bij de psycholoog. Een intakegesprek telt niet mee als einde van de wachttijd.

Wachttijden	Totaal <i>n</i> =268 ⁵	VUmc ⁴ <i>n</i> =208
Minder dan 1 maand	6%	3%
> 1 maand	94%	97%
> 2 maanden	81%	85%
> 4 maanden	69%	74%
> 6 maanden	52%	57%
> 8 maanden	42%	46%
> 10 maanden	32%	33%
> 12 maanden	24%	25%

Samengevat is duidelijk dat meer dan de helft van de patiënten meer dan een half jaar moet wachten op transgenderzorg. Bij het VUmc is dit percentage zelfs nog iets hoger. Een kwart van de respondenten heeft langer dan een jaar moeten wachten tot de gesprekken voor de indicatiestelling begonnen. Voordat daarna tot een behandeling wordt overgegaan is de patiënt vaak nog zo'n driekwart jaar verder.

Ofschoon de Treeknorm⁶ slechts een richtlijn is, blijkt nagenoeg geen enkele transgender binnen de gestelde tijd van 4 weken voor aanmelding gezien te worden.

Conclusie: 94% van alle transgenders kan niet binnen de Treeknorm van 4 weken beginnen aan de gesprekken voor de indicatiestelling. Bij het VUmc zelfs 97%. De helft van de patiënten moest meer dan een half jaar wachten en een kwart zelfs meer dan een jaar.

⁴ De groep VUmc patiënten had als enige voldoende respondenten voor afzonderlijke vermelding.

⁵ 5 respondenten werden niet begeleid door een genderteam en zijn buiten beschouwing gelaten.

⁶ Ministerie van VWS, Treeknormen per Zorgsector:

<http://www.zorgcijfers.nl/actuele-cijfers/maximaal-aanvaardbare-wachttijden-treeknormen-per-zorgsector/58#209>

Gevolgen wachttijden

De lange wachttijden kunnen ernstige gevolgen hebben voor transgenders. Veel patiënten geven aan het gevoel te hebben dat hun leven stil gezet wordt totdat ze toestemming krijgen om zich verder te ontwikkelen, wat veel stress oplevert.

De respondenten werd gevraagd een of meerdere van deze gevolgen aan te geven:

Gevolgen wachttijden	%
	<i>n=268</i>
Zelfmedicatie*	18%
Studievertraging of baan kwijtgeraakt	15%
Relatie familie, vrienden, partner slechter	18%
Middelengebruik (alcohol, drugs, etc.)	5%
Lastig gevallen worden op straat	60%

* Zie volgende paragraaf

In totaal gaf een meerderheid van de ondervraagden aan op enige wijze schade te hebben ondervonden door de wachttijden.

Conclusie: een meerderheid van de transgenders kreeg te maken met sociale problemen (verlies van baan, studievertraging, familie en vrienden) en middelengebruik als gevolg van de lange wachttijden. Een meerderheid gaf aan een enkele keer tot dagelijks lastig gevallen te worden op straat.

Zelfmedicatie

Ook tijdens het wachten zet ongewenste vermannelijking (bij transvrouwen) en vervrouwelijking (bij transmannen) zich door. In het onderzoek zagen we al dat een grote groep in het wensgeslacht leeft bij aanmelding of dat kort daarna gaat doen. Zij lopen vervolgens tegen onder meer passabiliteitsproblemen⁷ op.

Wanneer transgenders niet het gevoel hebben op een afzienbare termijn geholpen te worden dan gaat een groep over tot zelfmedicatie (Rotondi, Nooshin Khobzi, 2013). Zij bestellen hun medicatie via het internet, krijgen dit via andere transgenders of slikken grote (soms levensgevaarlijke) hoeveelheden voedingssupplementen met een licht hormonale werking.

Zelfmedicatie kan ernstige gevolgen hebben voor de fysieke gezondheid. Onder meer

⁷ Het gevoel niet door de buitenwereld of zichzelf gezien te worden in het wensgeslacht.

aan de orde zijn botontkalking, trombose, hypertensie, diabetes type II, hartklachten⁸.

Prevalentie

Van de respondenten gaf 18% aan hormonen te hebben gebruikt voordat deze door de hulpverleners verstrekt werden.

Zelfmedicatie	Totaal	Nee	Ja	Perc.
Transvrouwen	155	115	40	26%
Transmannen	115	107	8	7%
Totaal	270⁹	222	48	18%

Deze cijfers sluiten aan bij eerder onderzoek in het Verenigd Koninkrijk (Mepham, Nick, 2014). Zij vonden een percentage van 32% bij de transvrouwen en 6% bij de transmannen.

Conclusie: 26% van de transvrouwen deed aan zelfmedicatie tegen 7% van de transmannen.

Zelfmedicatie en wachttijd

De groep van transgenders met zelfmedicatie was met 48 respondenten niet groot genoeg om deze direct, dus per maand, te linken aan de lengte van de wachtlijsten.

Wel is gekeken naar extreem lange wachtlijsten:

Wachttijd/zelfmedicatie	M-V <i>n=155</i>	V-M <i>n=115</i>	Gemiddeld <i>n=270</i>
< 12 maanden	21%	8%	16%
Langer dan 12 maanden	41%	3%	24%
Gemiddeld	26%	7%	18%

Conclusie: zelfmedicatie komt vaker voor bij extreem lange wachtlijsten, vooral bij transvrouwen.

Zelfmedicatie bij jongeren/volwassenen

Gekeken is of zelfmedicatie meer voorkomt bij volwassenen dan bij jongeren. Daarbij is uitgegaan van de leeftijd bij aanvang van de transitie, zoals die door de respondenten is opgegeven.

Leeftijd/zelfmedicatie	M-V <i>n=155</i>	V-M <i>n=115</i>	Totaal <i>n=270</i>
Jongeren (<18 jr)	12%	0%	5%

⁸ Standards of Care 7, p. 40

⁹ 3 respondenten gaven aan geen hormonen te willen.

Volwassenen	28%	10%	21%
Gemiddeld	26%	7%	18%

Conclusie: zelfmedicatie komt vaker voor bij volwassenen.

Zelfmedicatie: bron

Gevraagd is, langs welke weg respondenten hun hormonen verkregen.

Hierop waren meerdere antwoorden mogelijk omdat niet iedereen de medicatie uit één bron zou halen. Bijvoorbeeld transvrouwen gebruiken veelal een mix van antiandrogenen en oestrogenen. Bij transmannen gaat het om testosteron.

Zelfmedicatie via	M-V	V-M	Totaal
	<i>n=40</i>	<i>n=8</i>	<i>n=48</i>
Internet besteld	58%	38%	54%
Via andere transgenders	20%	50%	25%
Huisarts	13%	25%	15%
Specialist (o.a. endocrinoloog)	5%	0%	4%
Overig	0%	0%	0%

Wat opvalt in deze cijfers is dat de transmannen hun hormonen veelal via andere transgenders kregen. Bijvoorbeeld omdat zij hormonen overhielden wanneer zij geopereerd werden. De vrouwen bestelden de hormonen vaker via internet. Vooral oestrogeen preparaten zijn in de regel gemakkelijk online te verkrijgen.

Conclusie: het merendeel van de medicatie werd buiten officiële kanalen verkregen (internet) of via het recept van een ander (andere transgenders).

Controle op zelfmedicatie

Bij het veilig gebruik van hormoonpreparaten hoort periodiek bloed- en botdichtheidsonderzoek. De respondenten is gevraagd of ze begeleiding hebben gezocht en of ze een arts bereid vonden ze te helpen.

(meerdere antwoorden waren mogelijk)

Controles op zelfmedicatie	M-V	V-M	Totaal
	<i>n=40</i>	<i>n=8</i>	<i>n=48</i>
Nee, geen hulp te vinden	33%	13%	33%
Nee, geen hulp gezocht	33%	25%	29%
Ja, via huisarts	23%	38%	27%
Ja, via specialist	13%	25%	19%

Conclusie: 62% van de transgenders met zelfmedicatie kreeg geen begeleiding in de vorm van bloedonderzoeken, botskans. Circa de helft daarvan heeft wel om die hulp gevraagd, maar niet gekregen.

Gevolgen zelfmedicatie

Aan de respondenten is gevraagd of zij negatieve gevolgen hebben gehad van zelfmedicatie. Dat is uitgesplitst in directe negatieve gevolgen voor de gezondheid en secundair ook de stress die mensen ervaren hebben door ongecontroleerd hormoongebruik.

(meerdere antwoorden waren mogelijk)

Gevolgen zelfmedicatie	M-V	V-M	Totaal
	<i>n=40</i>	<i>n=8</i>	<i>n=48</i>
Geen klachten	58%	88%	73%
Stress	28%	0%	25%
Negatieve gevolgen gezondheid	15%	13%	15%

De respondenten konden in een open vraag nader toelichten wat die klachten waren. De reacties daarop waren heel divers:

- Herseninfarct
- Depressie
- Hartkloppingen
- Gejaagdheid
- Angst- en paniekaanvallen
- Slaapproblemen
- Overmatig zweten
- Extreme botontkalking
- Ogen
- En tenslotte: "Op eigen gelegenheid als aanvulling op VU rantsoen: het gaat echt stukken beter met me"

Conclusie: een kwart van de respondenten met zelfmedicatie ondervond daar (ernstige) medische problemen van: depressies, hartkloppingen, stress, slaapproblemen, angst- en paniekaanvallen en zelfs een herseninfarct.

Conclusie zelfmedicatie

Resumerend kan vastgesteld worden dat een aanzienlijke groep van de ondervraagde transgenders te maken heeft gehad met zelfmedicatie: 26% van de vrouwen en 7% van de mannen.

Zelfmedicatie neemt met name een vlucht wanneer de wachtlijsten extreem lang zijn en bij volwassenen. De zelfmedicatie werd veelal verkregen buiten officiële kanalen en een meerderheid kreeg geen medische begeleiding. De helft van die groep zocht naar medische begeleiding, maar werd hulp geweigerd.

Het gebruik van zelfmedicatie leidde in een kwart van de gevallen tot soms ernstige complicaties, zoals: depressie, hartkloppingen, stress, angst- en paniekaanvallen en zelfs in één geval tot een herseninfarct.

Operaties

Het laatste onderdeel van het onderzoek naar de transgenderzorg bestond uit de ervaringen en wensen rond operaties.

Respondenten werd gevraagd welke geslachtsaanpassende operaties zij:

- a) al gedaan hebben;
- b) nog willen laten uitvoeren, ongeacht vergoedingen of beschikbaar budget;
- c) zouden willen uitvoeren, maar niet zelf kunnen betalen.

Er is bewust voor gekozen de vraagstelling zo feitelijk mogelijk te houden. De vraag welke operaties gedaan zijn is concreter dan de vraag naar wensen voor de toekomst, omdat die nog kunnen veranderen. Dit geldt in meerdere mate zelfs voor de operaties die te duur zijn omdat persoonlijke financiële situaties kunnen veranderen.

Toch zijn die laatste vragen niet onbelangrijk. Voor de patiëntenorganisatie is het belangrijk te peilen waar de behoeftes liggen. Zeker op het gebied van operaties die nu niet vergoed worden, maar waar dat wel zou moeten. De impact op persoonlijk niveau daarvan is voor diegene natuurlijk erg hoog.

Operaties transvrouwen

Allereerst het overzicht voor de transvrouwen (man-naar-vrouw transgenders).

In dit overzicht staat achtereenvolgens het aantal transvrouwen dat de operatie gedaan heeft, interesse heeft in de operaties (aantal en %) en het aantal vrouwen dat de operatie wil maar deze niet kan betalen.

Transvrouwen	Gedaan	Wil nog	Interesse*	Interesse	Te duur	Te duur
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1. Vaginoplastiek	59	85	144	92%	13	9%
2. Borstvergroting	31	72	103	66%	60	58%
3. Gezichtsoperaties	10	55	65	42%	48	74%
4. Orchidectomie	13	38	51	33%	5	10%
5. Stemverhogende operatie	10	38	48	31%	23	48%
6. Adamsappel reductie	12	36	48	31%	13	27%
Totaal	135	324	459		162	

Ad. 1. Vaginoplastiek

Bij de vaginoplastiek wordt van de penis een zogenaamde neovagina geconstrueerd. Dit kan op een aantal manieren. De in Nederland meest toegepaste manier is de penis-inversie. De penis wordt als het ware naar binnen toe gebracht, waarbij de zenuwbanen uit de eikel van de penis gebruikt worden om een clitoris op te bouwen.

Deze operatie **wordt vergoed** vanuit het basispakket en is in het overzicht de meest gevraagde operatie (92%). Wel lijkt de populariteit de laatste jaren iets af te nemen. Dit

zou een gevolg kunnen zijn van de nieuwe transgenderwet, waarin het mogelijk is de wettelijke geslachtsvermelding aan te passen zonder dat diegene daarvoor eerst onvruchtbaar moet zijn. Ofwel, hier valt een stuk noodzaak weg. De aantallen zijn helaas nog wel te klein om hier al een overtuigende conclusie uit te trekken.

Overigens geeft een deel van de respondenten aan de operatie niet te kunnen betalen. Dit hangt mogelijk samen met een wens om de operatie in het buitenland te doen. Met name in Thailand wordt volgens een andere techniek geopereerd (non-inversie). De verzekeraars dekken daarvoor niet alle kosten.

Ad. 2. Borstvergroting

De borstvergroting door middel van plaatsing van borstimplantaten is na vaginoplastiek de meest gewenste operatie.

In 2005 is deze operatie uit het basispakket verdwenen en wordt **niet meer vergoed**. De patiëntenorganisatie maakt zich sterk voor heropname in het basispakket per 2017/2018. Gesprekken daarover worden hervat in de herfst van 2016, die mogelijk gaan leiden tot een tijdelijke subsidieregeling per 1 januari 2017 en een eventuele heropname per 1 januari 2018.

Ad. 3. Gezichtsoperaties

Gezichtsoperaties zijn een verzamelterm waarbinnen operaties aan de kaak/kin, voorhoofd en neus bedoeld worden. Deze operaties dienen als doel het gezicht verder te feminiseren. Door het slikken van hormonen verandert alleen de vetverdeling en wordt de huid zachter. Dat samen met permanente ontharingen geeft het gezicht al een vrouwelijkere oogopslag.

Echter, op latere leeftijd of bij een forse bouw kan dit onvoldoende zijn. In die gevallen kan met gezichtsoperaties een nog vrouwelijker ogend resultaat bereikt worden.

Gezichtsoperaties worden in ongeveer **80% van de gevallen vergoed**, op basis van maatwerk.

Ad. 4. Orchidectomie

Bij een orchidectomie worden de testes verwijderd. Dit is een veel minder ingrijpende operatie dan de vaginoplastiek. Deze ingreep leidt er ook toe dat de aanmaak van mannelijke hormonen (testosteron) gestopt wordt. De medicatie die geslikt wordt om testosteron te blokkeren heeft vaak vervelende bijwerkingen. Voor wie geen behoefte heeft aan de neovagina kan de orchidectomie dit probleem oplossen.

De orchidectomie **wordt vergoed** vanuit de basisverzekering.

Ad. 5. Stemverhogende operatie

Gebruik van hormonen heeft geen effect op de stem bij de transvrouw. De "baard in de keel" is een onomkeerbaar proces in dat opzicht. Met behulp van logopedie kan de stem omhoog gebracht worden. Toch is dat niet altijd voldoende en kunnen met behulp van een operatie de stembanden ingekort worden. Net als bij het aanspannen van de snaren van een gitaar gaat het stemgeluid omhoog.

Deze operatie **wordt vergoed** vanuit de basisverzekering, mits de stemfrequentie na logopedie niet hoger is dan 160 Hz.

De ervaring binnen de patiëntenorganisatie is dat veel vrouwen niet weten dat de operatie vergoed wordt of zijn onbekend met nieuwere technieken die natuurlijkere resultaten opleveren. Waarschijnlijk heeft een vrij groot deel daarom geantwoord dat zij zich de operatie niet kunnen veroorloven.

Ad. 6. Adamsappel reductie

Bij een adamsappel reductie wordt de adamsappel operatief afgeschaafd.

Deze operatie **wordt vergoed** vanuit de basisverzekering wanneer de adamsappel, aantoonbaar met foto, meer dan 5 mm uitsteekt.

Conclusies chirurgie transvrouwen

Conclusie 1: het verdient aanbeveling in te blijven zetten op vergoeding van borstvergrotingen en aangezichtschirurgie voor zover die nu niet vergoed wordt.

Conclusie 2: De patiëntenorganisatie zou daarnaast moeten werken aan betere informatie over vergoedingen/mogelijkheden van stemoperaties en aangezichtschirurgie.

Operaties transmannen

Hierna volgt het overzicht van operaties voor transmannen (vrouw-naar-man transgenders).

In dit overzicht staat achtereenvolgens het aantal mannen dat de operatie gedaan heeft, interesse heeft in de operaties (aantal en %) en het aantal dat de operatie wil maar deze niet kan betalen.

Transmannen	Gedaan	Wil nog	Interesse*	Interesse	Te duur	Te duur
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1. Borstoperatie	63	48	111	95%	3	3%
2. Hysterectomie	50	42	92	79%	3	3%
3. Adnectomie	43	35	78	67%	2	3%
4. Colpectomie	15	30	45	38%	3	7%
5. Testisprothese	7	25	32	27%	10	31%
6. Phalloplastiek (met)	5	22	27	23%	4	15%
7. Metaidoioplastiek (met)	10	16	26	22%	3	12%
8. Metaidoioplastiek (zonder)	1	9	10	9%	1	10%
9. Phalloplastiek (zonder)	0	4	4	3%	0	0%
Totaal	194	231	425		21	5%

Ad. 1 Borstoperatie (Mastectomie)

De borstoperatie (ook wel: 'top surgery') is de meest populaire ingreep bij transmannen (95%), niet zelden ook de enige. De borsten worden bij deze operatie verwijderd en tegelijk wordt ook een mannelijke borstkas geconstrueerd.

De operatie **wordt vergoed** vanuit de basisverzekering in Nederland.

Ad. 2 en 3 Hysterectomie en adnectomie

De hysterectomie (baarmoederverwijdering) en adnectomie (verwijdering eierstokken en eileiders) vinden gewoonlijk tegelijk plaats. Deze operatie heeft als doel de menstruatie en de aanmaak van vrouwelijke hormonen (oestrogenen) te stoppen.

De operatie **wordt vergoed** vanuit de basisverzekering in Nederland.

Ad. 4. Colpectomie

Bij de colpectomie wordt de vagina inclusief wand verwijderd. Deze zware ingreep is verplicht wanneer ook een metaidoioplastiek of phalloplastiek wordt uitgevoerd.

De operatie **wordt vergoed** vanuit de basisverzekering in Nederland.

Ad. 5 Testisprothese of erectieprothese

Na de constructie van de penis kan het geconstrueerde scrotum gevuld worden met implantaten voor een beter esthetisch resultaat. Ook is het mogelijk dat er een erectieprothese geplaatst wordt. Dat is een mechanisme dat ervoor zorgt dat de penis stijf kan worden door middel van een pompje in de balzak.

Beide ingrepen worden **niet vergoed** vanuit de basisverzekering, dat terwijl er met 31% van de respondenten wel een ruime vraag naar is.

Voor de pakketbesprekingen van 2018 zet de patiëntenorganisatie zich in op vergoeding hiervan.

Ad. 6-9 Phalloplastiek en metaidoioplastiek

Bij de phalloplastiek en metaidoioplastiek wordt een penis geconstrueerd. In het overzicht staan beide ingrepen dubbel vermeld omdat deze zowel met als zonder verlenging van de plasbuis uitgevoerd kunnen worden. Worden de ingrepen zonder plasbuisverlenging uitgevoerd dan blijft de oude blaasopening intact.

Het verschil tussen de phalloplastiek en metaidoioplastiek is de manier waarop de penis geconstrueerd wordt. Bij de metaidoioplastiek wordt de penis geconstrueerd uit de door hormonen groter geworden clitoris. Van de schaamlippen wordt het scrotum gemaakt. Helaas levert deze methode maar een korte penislengte op. Staand plassen is daarom nog erg lastig, evenals penetratie.

Bij de phalloplastiek wordt de penis en plasbuis geconstrueerd uit huid van de onderarm of het bovenbeen.

Voor beide ingrepen geldt dat ze zeer ingrijpend zijn, deels nog als experimenteel beschouwd kunnen worden en dat complicaties erg vaak voorkomen. Dit verklaart waarschijnlijk ook de beperkte populariteit van de beide ingrepen. Deze ingrepen zijn dan ook niet meegenomen in het verdere onderzoek ten aanzien van hersteloperaties.

De phalloplastiek en metaidoioplastiek **worden vergoed** vanuit de basisverzekering. Alternatieven zoals een uitwendige penisprothese niet.

Conclusie chirurgie transmannen

Conclusie: de patiëntenorganisatie dient zich in te (blijven) zetten voor het vergoed krijgen van testis- en erectieprothesen.

Conclusie: gezien het experimentele karakter van de phallo- en metaidoioplastiek is er veelal niet de wens de ingreep te ondergaan. Uitwendige penisprothesen zouden daarom als alternatief vergoed moeten worden.

Hersteloperaties en tevredenheid

In het onderzoek is ook gekeken naar de kwaliteit van de operaties. Omdat tevredenheid lastig te meten is, is zowel gevraagd naar de hoeveelheid hersteloperaties als de tevredenheid met het uiteindelijke resultaat van de operatie. Tenslotte is gevraagd om in een open veld de ervaring te beschrijven.

Bij het onderdeel hersteloperaties is gekeken naar operaties aan de primaire geslachtskenmerken:

- a) Vaginoplastiek bij transvrouwen
- b) Baarmoeder-, eierstok-, vaginaverwijdering en/of penisconstructie bij transmannen

Hersteloperaties

Patiënten werd gevraagd óf en hoeveel hersteloperaties zij nodig hebben gehad:

Hersteloperaties	M-V	V-M	Totaal
	<i>n=51</i>	<i>n=53</i>	<i>n=104</i>
Nee	37%	36%	37%
Ja, ik weet nog niet hoeveel	10%	11%	11%
Ja, 1	25%	26%	26%
Ja, 2	22%	11%	16%
Ja, 3 of meer	6%	15%	11%

Samengevoegd levert dit het volgende beeld op:

Hersteloperaties	M-V	V-M	Totaal
(geaggregeerd)	<i>n=51</i>	<i>n=53</i>	<i>n=104</i>
Nee	37%	36%	37%
Ja	63%	64%	63%

Conclusie: Na 63% van de geslachtsveranderende operaties waren 1 of meerdere herstelgrepen nodig.

De hoeveelheid hersteloperaties is dus erg hoog, gezien het feit dat deze operaties bedoeld zijn om in een enkele zitting uitgevoerd te kunnen worden. Dit geldt overigens in mindere mate voor de operaties aan de primaire geslachtskenmerken bij transmannen, gezien de stand van de wetenschap.

Een vaginoplastiek daarentegen kan wel als een routinebehandeling gezien worden.

De cijfers zijn verder uitgesplitst per behandelaar:

Transvrouwen	Patiënten	Patiënten met hersteloperatie	%
VUmc	26	21	81%
UMCG	7	5	71%
MCA	5	2	40%
UZ Gent	3	0	-
Duitsland	1	1	-
Thailand	3	0	-
Overig	3	3	-
Totaal	48	32	

Gent/Thailand/Duitsland 7 1 14%

Transmannen	Patiënten	Patiënten met hersteloperatie	%
VUmc	21	16	76%
Slotervaart	11	9	- ¹⁰
UMCG	6	2	33%
MCA	3	3	-
UZ Gent	1	1	-
Totaal	42	31	

Met de geslachtsoperaties voor transmannen buiten beschouwing gelaten is het VUmc een uitschieter qua aantal patiënten met hersteloperaties. Voor de andere centra is het moeilijker conclusies te trekken gezien het aantal operaties dat er uitgevoerd is bij respondenten in het onderzoek.

Als gekeken wordt naar het *aantal* hersteloperaties dan scoort het VUmc, in de meest conservatieve berekening¹¹, zelfs meer hersteloperaties (34x) dan initiële operaties (26x).

Conclusie: 81% van de vaginoplastieken in het VUmc leidt tot één of meer hersteloperaties

Op basis van de voorzichtige cijfers die er liggen, daarbij de gegevens van Thailand/Duitsland/Gent(B) optellende, lijkt het percentage hersteloperaties in genoemde

¹⁰ Het Slotervaart Ziekenhuis doet geen phalloplastieken en metaidoioplastieken en is daarom niet meegerekend in de percentages. Dit zou een vertekend beeld geven.

¹¹ Het aantal vrouwen dat een hersteloperatie nodig had maar niet wist hoeveel is op 1 gesteld. En mensen die invulden 3 of meer, daar is 3 aangehouden.

landen wel beduidend lager. Nader onderzoek zou hier mogelijk uitsluitsel over kunnen geven.

Tevredenheid

Naast de hoeveelheid complicaties is ook gekeken naar de tevredenheid met het resultaat. Omwille van de vergelijking nogmaals de vorige tabel, nu aangevuld met tevredenheidscijfers:

Transvrouwen	Patiënten	Patiënten+ herstel	%	Waardering (0-10)¹²
VUmc	26	21	81%	6.5
UMCG	7	5	71%	6.7
MCA	5	2	40%	7.1
UZ Gent	3	0	-	8.3
Duitsland	1	1	-	7.5
Thailand	3	0	-	10.0
Overig	3	3	-	8.4
Gemiddeld				
- Nederland	38	28	74%	6.6
- Gent/Thailand/Duitsland	7	1	14%	8.8
Transmannen	Patiënten	Patiënten+ herstel	%	Waardering (0-10)
VUmc	21	16	76%	7.7
Slotervaart	11	9	-	10.0
UMCG	6	2	33%	6.3
MCA	3	3	-	10.0
UZ Gent	1	1	-	2.5
Gemiddeld	42	31	74%	8.7

Opvalt is dat er niet een direct verband lijkt te bestaan tussen het aantal hersteloperaties en de tevredenheid met het uiteindelijke resultaat. Hierbij kan een rol spelen dat er geen direct vergelijking mogelijk is voor iedere patiënt, immers de operatie wordt maar eenmaal uitgevoerd. Ook zou mee kunnen spelen dat, ondanks alle tegenslag, het doel van de operatie wel bereikt is. Nader onderzoek zou dit verder uit kunnen splitsen.

¹² Zeer ontevreden: 0, Ontevreden: 2,5, Neutraal: 5, Tevreden: 7,5, Zeer tevreden: 10



In de cijfers zien we dat bij de transmannen de tevredenheid erg hoog is. Gemiddeld wel een 8,7. Dit ondanks de complexiteit en vele hersteloperaties die nodig zijn.

Bij de transvrouwen valt op dat de tevredenheid veel minder hoog is. Zij geven het resultaat bij de Nederlandse klinieken een 6,6. In het buitenland lijkt dit hoger te liggen, ook al is het aantal respondenten dat naar het buitenland ging erg laag.

Conclusie: geslachtsveranderende operaties van transmannen krijgen een 8,7 als rapportcijfer. De operaties voor transvrouwen een 6,6 in Nederland en een 8,8 daarbuiten.

Reacties bij operaties

Naast de complicatie- en rapportcijfers is de respondenten ook gevraagd naar hun ervaring met de operatie.

- **Transvrouw, vaginoplastiek VUmc**

Technisch netjes gedaan. Houding van chirurg was echter niet acceptabel. Ernstig heteronormatief, seksistisch en toeëigenend: "Hoe is het met het deel van u dat van mij is?" vroeg hij bij controle ...

(1 hersteloperatie)

- **Transvrouw, vaginoplastiek VUmc**

Vaginoplastiek arts was een botte eikel en er is ook een corrigerende operatie nodig, die ik niet laat uitvoeren omdat ik lesbisch ben. Het kunnen laten penetreren door een man was alles doorslaggevend boven mijn eigen behoud van seksueel plezier (qua doorsnijden van zenuwen, verwijderen van zwellichamen, aangeboden opties etc.) Super seksistisch. Gelaatsoperaties ben ik heel tevreden over. Die man en zijn assistent in opleiding hebben veel voor mij betekend. (...)

(aantal hersteloperaties nog niet bekend)

- **Transvrouw, vaginoplastiek VUmc**

Vanuit het genderteam totaal verkeerde voorlichting voor orchidectomie, moest VERPLICHT voorlichting vaginoplastiek bijwonen? Assistent chirurg dacht dat ik voor een vagina kwam? Geen voorlichting over de orchidectomie gehad, en bij de pre-operatieve screening werd ik in een volle wachtkamer als MENEER opgeroepen. Zucht....

(aantal hersteloperaties nog niet bekend)

- **Transvrouw, vaginoplastiek VUmc**

Over de eerste operatie zeer tevreden; de hersteloperatie was traumatisch; de chirurg heeft zonder overleg en ongewenst extra aanpassingen gedaan die niet meer terug te draaien zijn. Daar heb ik maanden last van gehad.

(1 hersteloperatie)

- **Transvrouw, vaginoplastiek VUmc & hersteloperatie in Thailand**

Er worden vaak vergelijkingen getrokken tussen Thailand en de VU. Helaas focussen deze vergelijkingen zich voornamelijk op kosten en wachttijden. Naar mijn mening zou er meer gekeken mogen worden naar het verschil in kwaliteit. Dan bedoel ik niet alleen het percentage hersteloperaties maar ook vooral de natuurgetrouwheid en de functionaliteit. Ik had in deze enquête daar graag ook wat meer aandacht voor gezien.

Ik snap overigens ook dat op deze punten het lastig is om duidelijke resultaten uit een onderzoek als dit te halen. Ik vermoed ook dat ik een van de weinigen ben, die in Thailand een 2nd opinion heeft laten uitvoeren op een VU-operatie. Het resultaat van die 2nd opinion was ook voor mij ontluisterend; Dit was er mis met mijn VU-resultaat:

- clitoris zit te laag

- clitorishood zit te hoog
- urinebuis zit te hoog en veel te dicht bij de clit
- (*naam arts bekend bij Transvisie*) heeft de Corpus spongiosum laten zitten en die hoort daar niet, dus die moet er alsnog uit
- de kleine schaamlippen zijn heel erg asymmetrisch en zitten bovendien allebei veel te hoog, dus die moeten omlaag
- de grote schaamlippen staan veel te breed, bedekken dus veel te weinig en moeten dus naar binnen toe.

Ik wist wel dat het kwaliteitsverschil tussen VU en Thailand aanzienlijk was, maar dat het zo groot was had ik ook niet verwacht.

(2 hersteloperaties)

● **Transvrouw, vaginoplastiek VUmc**

De chirurg heeft me niet laten praten, ik ging onder narcose, geen communicatie. Ik had twee complicaties, dilatatie is me niet uitgelegd.

(2 hersteloperaties)

● **Transvrouw, vaginoplastiek VUmc**

Er is geen vrije keus van de arts welke opereert. deze kan op de dag zelf gewijzigd worden. Daarnaast enorm slordig geopereerd, nu een jaar later met alle gevolgen van dien eindelijk erkenning en een herkansing dit najaar.

(hersteloperaties nodig, weet nog niet hoeveel)

● **Transvrouw, vaginoplastiek VUmc**

Wat me opvalt is het gebrek aan nazorg, na opname ben ik naar huis gestuurd en sinds dat moment heb ik heel erg het idee er alleen voor te staan. Er is mij beperkt informatie gegeven over dilateren en mogelijke complicaties en heb een aantal dingen (met vallen en opstaan) zelf moeten uitzoeken. De controle na 1 maand heeft hier weinig aan veranderd.

(weet nog niet of hersteloperaties nodig zijn, net geopereerd)

● **Transvrouw, vaginoplastiek VUmc**

Vaginoplastiek is op zich goed gegaan, afgezien van een kleine ontsteking met weinig gevolgen. Ik ben erg tevreden met de chirurg die mij geopereerd heeft (*naam arts bekend bij Transvisie*).

Over de hersteloperatie voor de verstopte plasbuis ben ik medisch gezien tevreden, maar niet over de manier waarop de artsen met mij zijn omgegaan. (...)

(1 hersteloperatie)

● **Transvrouw, vaginoplastiek VUmc**

Tevreden over initiele operatie. De planning van de hersteloperatie was chaotisch omdat de oorspronkelijke chirurg met verlof ging. Andere artsen wisten niet wat er gedaan moest worden en weigerden het plan uit te voeren. Door het lange wachten groeide de urethra steeds verder dicht waardoor ik genoodzaakt werd dagelijks te catheteriseren.

Op de dag van de operatie bleek de chirurg niet ingeroosterd te zijn en werd een ander ingeschakeld. Deze heeft zonder toestemming werk aan de clitoris verricht waarin ik sindsdien het gevoel ben verloren.

(2 hersteloperaties)

● **Transvrouw, vaginoplastiek VUmc**

Te veel complicaties en deze werden niet adequaat behandeld.

(heeft hersteloperaties nodig, weet nog niet hoeveel)

● **Transvrouw, vaginoplastiek VUmc**

Omdat mijn vagina nog steeds niet eruit ziet zodat ik een onbezorgd sexleven kon/kan hebben zonder angst en eeuwige uitleg aan (sex) partners, met mogelijke gevolgen van agressie, afwijzing of anders. Het VU zal met haar operatie technieken op een hoger niveau moeten gaan zitten, zoals topchirurgen Dr. Suporn, Dr. Meltzer, Dr. Bowers etc, ze hebben al veel spijtoptanten en dit is zo ontzettend belangrijk om toekomstige depressies/zelfmoord etc meer te kunnen uitsluiten, step up your game VU!

(heeft hersteloperaties nodig, weet nog niet hoeveel)

● **Transvrouw, vaginoplastiek VUmc**

Ik heb een prachtige, goed werkende vagina. Mannen zien niet dat ik deze nog maar een half jaar heb. Mijn borsten zijn ook erg mooi, ondanks de (nog) zichtbare littekens.

(geen hersteloperaties)

● **Transvrouw, vaginoplastiek UMCG**

Eerste operatie: mislukt. Bij maken extra diepte door dikke darm gegaan. Toen is operatie afgebroken. Tweede operatie: overtollige huid weggehaald, en weefsel in vagina weggehaald waardoor toch iets extra diepte ontstond. Goed gelukt, beter dan verwacht.

(2 hersteloperaties)

● **Transvrouw, vaginoplastiek UMCG**

De operaties werden uitstekend uitgevoerd, inclusief verzorging. Echter mijn vagina plastiek is deels mislukt. Ik heb geen clitoris. D.w.z is niet te zien, niet te voelen, niet door mij en ook niet door mijn chirurg. Dat is voor een vrouw een ramp. Daar werd maar oppervlakkig op gereageerd door mijn chirurg.

(1 hersteloperatie)

● **Transvrouw, vaginoplastiek in MCA**

Dr. Kanhai is een zeer ervaren chirurg. Ook zijn nazorg is zeer goed. Hij is duidelijk, heeft geen tijd voor onzin of flauwekul. Precies wat ik van een arts verwacht.

(3 of meer hersteloperaties)

● **Transvrouw, vaginoplastiek in MCA**

Ik ben met een mannen lichaam de operatie in gegaan en als vrouw er uitgekomen en dat maakte mijn eenwording met mezelf compleet, waardoor ik voor het mijn innerlijke geluk heb mogen ontdekken en daar ben ik heel blij mee, ik voel mij een ander mens

(geen hersteloperaties)

- **Transvrouw, vaginoplastiek in Thailand (Suporn)**
Ik ben voor mijn SRS in Thailand geweest en totaal nooit klachten gehad, Lang leve Dr. Suporn. The BEST of the world! Laat je operatie in Thailand doen als je de mogelijkheden hebt!
(geen hersteloperaties)
- **Transvrouw, vaginoplastiek in Thailand (Suporn)**
De vaardigheid en deskundigheid van Dr Suporn met meer dan 3000 SRS'en is samen met de perfecte nazorg ter plaatse (30 dagen intern) absoluut perfect
Ik vind het jammer dat steeds de indruk wordt gevestigd dat verzekeraars "Thailand" niet willen betalen. Het tegendeel is waar.
(geen hersteloperaties)
- **Transman, operaties in VUmc**
Ben tevreden met mijn operatie eindelijk dat ik naar zware jaren heb gevochten tot einde dat ik niet verder mee kon en hulp gezocht heb in vumc anders had ik niet verder kunnen leven zonder deze operatie.
(hersteloperaties nog niet bekend)
- **Transman, operaties in VUmc**
Goede zorg tijdens opname, resultaat boven verwachting, goed geholpen/gehoord gevoeld door chirurgen, dus ondanks complicatie geen reden voor ontevredenheid gehad.
(1 hersteloperatie)
- **Transman, operaties in VUmc**
Uiteindelijk is de operatie wel goed gelukt allen, ben ik er door een domme fout bijna aan dood gegaan.
(geen hersteloperaties)
- **Transman, operaties in Slotervaart**
Borst en baarmoeder combi ging perfect, aardige chirurgen, goed geholpen, zorg oke.
(geen hersteloperaties)

N.B. De reacties zijn één-op-één overgenomen uit het onderzoek, met hooguit aanpassingen op taalfouten, interpunctie. Waar ze ingekort zijn is dit aangegeven met (...). Enkele namen van artsen zijn onleesbaar gemaakt, maar bekend bij de patiëntenorganisatie.

Conclusies

Het onderzoek naar transgenderzorg in Nederland werd gehouden in de maanden januari en februari 2016. In totaal waren er **273 respondenten**, waarvan 57% transvrouw (man-naar-vrouw transgenders) en 43% transman (vrouw-naar-man transgenders).

De gemiddelde leeftijd van de respondenten was **31 jaar** bij aanvang van de transitie. Respondenten uit alle leeftijdsgroepen zijn ruim vertegenwoordigd.

Gemiddeld duurt een transitie zo'n **5 jaar**, wat bij de transvrouwen wat lager ligt en bij de mannen hoger.

Het aantal transgenders dat in detransitie ging of de transitie staakte is nihil tot heel klein.

Centraal of decentraal

Transgenders hebben de keuze om hun transitie te doorlopen bij een centraal, multidisciplinair team in een academisch ziekenhuis. Daar zitten disciplines als psychologen, endocrinologen en chirurgen onder één dak. **87%** doorloopt de transitie bij een academisch ziekenhuis, waarvan **78%** alleen al bij het VUmc.

De andere mogelijkheid, de decentrale route, is om de indicatiestelling te halen bij een daarin gespecialiseerd centrum van psychologen (zoals de Psycho Informa Instellingen of De Vaart), waarna doorverwezen wordt naar endocrinologen en chirurgen in perifere ziekenhuizen of in het buitenland. 13% van de transgenders kiest deze route.

Uit het onderzoek blijkt dat decentrale samenwerking een veel hogere tevredenheid scoort. De decentrale route brengt de zorg bovendien dichterbij huis, is minder gevoelig voor ophoping, kent kortere wachtlijsten, is schaalbaarder en kan meer op de patiënt gericht worden. Zo kan buiten het ziekenhuis vaak een breder pakket aan psychologische hulpverlening geboden worden, niet alleen gericht op genderdysforie maar in het algemeen om de levens van transgender goed op de rit te krijgen.

Vast tijdpad in het transitietraject

Met name de multidisciplinaire teams gaan ten onrechte uit van een vaste volgorde in het transitietraject. Er wordt er van uitgegaan dat er eerst een indicatie moet zijn van psychologen voor de start van hormoongebruik en het gaan leven in het wensgeslacht. In de praktijk leeft 72% bij de indicatiestelling al in het wensgeslacht. 17% bij aanmelding en nog eens 55% maakt de switch tijdens het wachten en de gesprekken voor de indicatiestelling.

Wachttijden

94% van alle transgenders kan niet binnen de Treeknorm van 4 weken beginnen aan de gesprekken voor de indicatiestelling. Bij het VUmc geldt dit zelfs voor 97% van de aanmeldingen. De helft van de patiënten moest meer dan een half jaar wachten en een kwart zelfs meer dan een jaar.

De *huidige stand* van de wachtlijsten (juni 2016)¹³ is bij het VUmc als grootste behandelaar voor volwassenen:

- Van aanmelding tot het Intakegesprek: 18 weken
- Van intakegesprek tot aan het eerste gesprek met de psycholoog: 20 weken
- Gesprekken met de psycholoog (: minimaal 26 weken
- Cross-sex hormoonbehandeling: 12 weken

In het beste geval duurt het **1,5 jaar** voordat met behandeling kan worden begonnen. In de praktijk loopt dit meestal op tot **2 jaar** of langer.

Bij het UMCG is de wachtlijst momenteel 40 weken voor het eerste gesprek met de psycholoog.

Bij de andere behandelaars is de wachttijd beduidend lager. Zij hebben geen afzonderlijke wachtlijst voor het intakegesprek.

Gevolgen wachttijden en zelfmedicatie

50% van de transgenders kampten met sociale problemen (verlies van baan, studieovertraging, familie en vrienden) en middelengebruik als gevolg van de lange wachtlijsten.

26% van de transvrouwen en 7% van de transmannen greep naar zelfmedicatie

Zelfmedicatie komt vaker voor bij extreem lange wachtlijsten, vooral bij transvrouwen. Met name bij de volwassen transgenders werd vaker toevlucht gezocht in zelfmedicatie. Het merendeel van de zelfmedicatie werd buiten officiële kanalen verkregen (internet) of via het recept van een ander (andere transgenders).

62% van de transgenders met zelfmedicatie kreeg geen begeleiding in de vorm van bloedonderzoeken en botscans. Circa de helft daarvan heeft wel om die hulp gevraagd, maar niet gekregen.

Een kwart van de respondenten met zelfmedicatie ondervond daar (ernstige) medische problemen van: depressies, hartkloppingen, stress, slaapproblemen, angst- en paniekaanvallen en zelfs een herseninfarct.

Operaties transvrouwen

De meest gewenste operaties zijn de vaginoplastiek, borstvergroting en aangezichts chirurgie. De borstvergroting en aangezichts chirurgie worden niet of slechts deels vergoed.

De in Nederland uitgevoerde operaties krijgen een **6,6**; de operaties in het buitenland een **8,8** als rapportcijfer.

¹³ <https://www.vumc.nl/afdelingen/zorgcentrum-voor-gender/verwijzers-aanmelden/wachttijden/>

Gemiddeld is bij 63% een of meerdere hersteloperaties nodig. Opvallende uitschieter in negatieve zin zijn de vaginoplastieken bij het VUmc: **81% hersteloperaties**. Het onderzoek telde voor het VUmc een groter aantal hersteloperaties dan initiële vaginoplastieken.

Operaties transmannen

De meest gewenste operaties zijn de borstoperatie, gevolgd door verwijdering van de baarmoeder en eierstokken. Pas op afstand volgen de operaties voor constructie van een penis. De testisprothese en erectieprothese worden niet vergoed. Dat geldt ook voor het alternatief voor de operatie, namelijk een uitwendige penisprothese.

Ondanks complexiteit en complicaties krijgen deze operaties een **8,7** als rapportcijfer. Buitenlandse operaties zijn niet afzonderlijk in het onderzoek betrokken.

Aanbevelingen

Naar aanleiding van het onderzoek en de resultaten kunnen een aantal aanbevelingen gedaan worden ten aanzien van beleidswijzigingen en vervolgonderzoek;

Invoering informed consent

Gezien de grote groep mensen die aan zelfmedicatie deed verdient het aanbeveling verder onderzoek te doen naar een meer flexibele toelating tot de hormoonverstrekking. In de Verenigde Staten, Canada en Groot-Brittannië wordt gewerkt met een systeem wat 'informed consent' heet. Daarbij krijgen patiënten de hormonen direct bij aanmelding, na een medische intake. Een formele indicatiestelling ("diagnose") is niet nodig. Immers, de "real life fase" is al de echte test.

In dit onderzoek zou afgewogen kunnen worden:

- a) De gevolgen van te snel behandelen: zijn er meer patiënten die spijt hebben van de behandeling?
- b) De gevolgen van te traag behandelen: het huidige systeem gaat ten koste van de gezondheid van transgenders zoals in dit onderzoek te lezen is. Suicide is hierin nog buiten beschouwing gelaten, want weliswaar heel lastig te meten, maar ongetwijfeld een van de risico's.
- c) Spanningsveld tussen a en b. Naar welke kant slaat de balans? Door alleen te kijken naar spijtoptanten blijft een grote groep transgenders in de kou staan en maakt een valse start.

Operatietechnieken

Ten aanzien van operatietechnieken wordt ook verder onderzoek aanbevolen. Weinig respondenten deden operaties in het buitenland. Met name in Thailand worden andere technieken voor de vaginoplastiek met succes toegepast. Verder onderzoek is nodig om te vergelijken of deze technieken beter zijn dan het aanbod in Nederland. Nederlandse onderzoekers zouden zich (ook) moeten verdiepen in tevredenheid bij operatietechnieken die zij zelf niet toepassen. Op dit vlak is innovatie hard nodig om het aantal hersteloperaties terug te dringen en patiënttevredenheid te vergroten.

Decentralisatie

In het onderzoek werd de decentrale route met afzonderlijk werkende psychologen, endocrinologen en chirurgen hoger gewaardeerd. Deze routes hebben voordelen qua schaalbaarheid omdat er niet één centrum als flessenhals fungeert.

Onderzocht zou kunnen worden in hoeverre bepaalde zorg gedecentraliseerd kan worden. De kennis voor indicatiestelling en begeleiding van transgenders kan geleerd worden aan meer psychologen. Ook andere endocrinologen kunnen de medische begeleiding en hormoonverstrekking voor hun rekening nemen, dit proces is voldoende gedocumenteerd. In veel andere landen gaat de hormoonverstrekking en controle al buiten gespecialiseerde centra.

Literatuur

Bauer, Scheim, et al. "*Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada*". *BMC Public Health* (2015) 15:525

Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. M., & Jaber, A. (2006). "*Physical aspects of transgender endocrine therapy*". *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 111–134. doi:10.1300/J485v09n03_06

Feldman, J., & Safer, J. (2009). "*Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the standards of care. International Journal of Transgenderism*", 11(3), 146–182. doi:10.1080/15532730903383757

Mepham, Nick, et al. "*People with Gender Dysphoria Who Self - Prescribe Cross - Sex Hormones: Prevalence, Sources, and Side Effects Knowledge*." *The journal of sexual medicine* 11.12 (2014): 2995-3001

Rotondi, Nooshin Khobzi, et al. "*Nonprescribed hormone use and self-performed surgeries: "do-it-yourself" transitions in transgender communities in Ontario, Canada*." *American journal of public health* 103.10 (2013): 1830-1836

WPATH, World Professional Association for Transgender Health (2011). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Nonconforming People*, versie 7