

De rol van de huisarts bij genderincongruentie

Peter Leusink

De toenemende zichtbaarheid van genderincongruentie in de samenleving vraagt om aanpassing van kennis, attitude en vaardigheden van de huisarts. Omdat trans personen verschillende zorgbehoeften hebben is zorg op maat op zijn plaats. Bij de zorg aan trans personen gelden de huisartsgegevenskundige principes: laagdrempelig en inclusief toegankelijk, empathische communicatie, het beantwoorden van de hulpvraag vanuit een biopsychosociaal perspectief, het bieden van eenvoudige interventies op basis van basale kennis en gezamenlijke besluitvorming, en zo nodig adequaat verwijzen.

Ongeveer 1% van de Nederlandse bevolking ervaart genderincongruentie: hun genderidentiteit komt niet overeen met het geslacht dat zij bij de geboorte toegekend hebben gekregen.¹ Wanneer deze incongruentie tot psychische en/of lichamelijke

problemen leidt, spreken we van genderdysforie. Mensen met genderincongruentie noemen we trans(gender) personen, een koepelterm voor mensen met als genderidentiteit man (trans man), vrouw (trans vrouw) of noch man, noch vrouw (non-binair).

Door maatschappelijke ontwikkelingen zijn trans personen zichtbaarder geworden, maar we weten niet of het aantal is toegenomen.² Er zijn namelijk geen aanwijzingen voor 'sociale besmetting' of een hype onder jongeren.²

De etiologie van genderincongruentie is multifactorieel bepaald en kent een grote neurobiologische component, terwijl de ervaren dysforie vooral contextueel wordt bepaald. Dat wil zeggen dat de reactie van de omgeving (ouders, school, samenleving) op de genderincongruentie de ernst van de ervaren dysforie mede bepaalt.²⁻⁴



Niet elke genderincongruente persoon heeft dezelfde zorgvraag of bevindt zich in dezelfde fase van de genderontwikkeling. Foto: Shutterstock

DE KERN

- Genderincongruentie is zichtbaarder geworden in de samenleving. Dit vraagt om aanpassing van kennis, attitude en vaardigheden van de huisarts.
- Zorg aan trans personen is zorg op maat: er zijn verschillende zorgbehoeften.
- Huisartsgeneeskundige zorg aan trans personen is geen substitutie van specialistische transgenderzorg; de huisarts blijft trouw aan de huisartsgeneeskundige principes.

Momenteel wachten ongeveer 7000 personen enige jaren op hulp bij enkele academische centra en perifere genderklinieken.¹ Dit leidt tot versterking van de problematiek: de genderdysforie en minderheidsstress nemen toe en de sociale en psychoseksuele ontwikkeling kunnen stagneren. Dit kan bijdragen aan het verhoogde percentage suïcidaliteit, eenzaamheid, werkeloosheid en stemmingsklachten binnen de groep trans personen vergeleken met cispersonen [tabel 1].⁴ Eenmaal in contact met de gespecialiseerde transgenderzorg verdwijnt bij 90% binnen 3 jaar de genderdysforie en neemt het algemeen en psychisch welbevinden toe.^{5,6} Weinig personen hebben spijt na een medische behandeling voor genderincongruentie. Van een groep Nederlandse jongeren die met puberteitsremmers werd behandeld ging 98% door met het gebruik van hormonen.⁷ Van de volwassen trans vrouwen en mannen heeft respectievelijk 0,6% en 0,3% spijt van de gonalectomie.⁸

Uit recent landelijk onderzoek onder trans personen blijkt de zorgvraag gedifferentieerder dan gedacht.² Niet iedereen blijkt behoefte te hebben aan specialistische medische zorg. Trans personen willen met hun vragen vaak ook terecht kunnen bij de huisarts en de reguliere ggz.

Met welke vragen wenden trans personen zich tot de huisarts en welke rol speelt de huisarts hierin?

KINDERTIJD EN ADOLESCENTIE

CASUS: DIE EN DIENS

Noah, 12 jaar, aan wie bij de geboorte het vrouwelijk geslacht werd toegewezen, heeft aan diens ouders aangegeven dat die 'waarschijnlijk non-binair' is. Noah vindt het niet fijn borsten te krijgen en vraagt aan mensen om zich heen om de voornaamwoorden 'die' en 'diens' te gebruiken. Veel vrienden respecteren dit, maar op de hockeyclub lachen ze die soms uit. Vader vraagt u: 'Is ze transgender? Moet ze verwezen worden naar een academisch expertisecentrum?' Vader vindt 'die' en 'diens' maar een gedoe.

Voor jongeren vormt de puberteit een periode van exploreren. Ze onderzoeken wensen en grenzen op het terrein van vriendschap, seksualiteit, genotsmiddelen, hun lichaam, zichzelf en ook – dankzij de grotere zichtbaarheid in de samenleving – hun genderidentiteit. Hun veranderende lichaam en de ter discussie staande rolopvattingen over mannelijkheid en vrouwe-

Tabel 1

Psychische comorbiditeit (in %) onder trans personen versus de Nederlandse populatie⁴

| | Trans personen | Nederlandse populatie |
|----------------------------|----------------|-----------------------|
| Zelfmoordgedachten | 65 | 8 |
| Zelfmoordpoging gedaan | 21 | 2 |
| In WAO | 17 | 4 |
| Eenzaamheid | 66 | 14 |
| Psychische problemen | 50 | 14 |
| Ernstig psychisch ongezond | 14 | 2 |

lijkheid zijn nog niet geëvolueerd tot een vaststaande genderidentiteit. Experimenteren met of het wensen van een andere genderexpressie hoeft niet te betekenen dat deze definitief wortelt als een nieuwe genderidentiteit, maar dat kan ook zeker niet worden uitgesloten. Voor de huisarts is het belangrijk dat onderscheid te maken tussen de prepuberale fase (tot 12 jaar), de adolescentie (tot 18 jaar) en de volwassen leeftijd.

De kindertijd – prepuberale fase

Of prepuberale signalen van genderincongruentie tot een aanhoudende wens tot transitie leiden hangt af van de mate waarin het kind prepuberaal al uit eigen beweging tot sociale transitie overgaat (consistent gebruik van gender-nonconforme naam, kleding, haardracht en expressie). Van de prepuberale trans personen (jonger dan 12 jaar) met een volledige, een gedeeltelijke of afwezige sociale transitie bleek in een longitudinaal onderzoek na 7 jaar respectievelijk 100%, 60,1% en 25,6% vast te houden aan hun wens.⁹

In deze situatie kunt u of kan de POH-ggz de ouders het volgende adviseren:

- *Watchful waiting*: erken de gevoelens van het kind, luister en sta open voor veranderingen, maar stimuleer deze niet. Volg het tempo van het kind. Normaliseer de zoektocht.
- Geef niet op voorhand een label of 'diagnose'. Volg de benaming van het kind of de adolescent.
- Kom er als ouders niet ongevraagd mee naar buiten. Kijk met het kind of en wanneer dit passend is en wat tegenie wordt gezegd.
- Wees alert op nevenschade: is er sprake van pesten of geweld? Heeft het kind stemmingsklachten, suïcidale gedachten of eetproblemen?
- Zoek contact met lotgenoten.

Besteed ook aandacht aan vragen en onzekerheid bij ouders die geconfronteerd (kunnen gaan) worden met verandering. Verwijs het kind naar de POH-ggz of de reguliere (jeugd-)ggz bij bijkomende problemen, zoals autismespectrumstoornis en/of ADHD. Dit hoeft niet te wachten tot de intake bij een gendercentrum. Voor ouders of naasten kan zo nodig de website Transgender Wegwijzer behulpzaam zijn.

Tabel 2Effecten en risico's van de hormonale behandeling van trans mannen¹⁰⁻¹³

| Effecten | Cardiovasculair risico | Oncologisch risico | Fertiliteit |
|---|--|--|---|
| Stemverlaging Toename van de beharing Kans op kaalheid [familiaal] Toename van de spierkracht Afname van de menstruaties Clitorishypertrofie Toename van de seksuele opwindbaarheid | 4 x hoger risico op myocardinfarct dan cisvrouwen en gelijk aan dat van cismannen [cave hematocriet > 0,52%] | Risico op borstkanker lager dan bij cisvrouwen [tenzij mastectomie] Risico op cervixkanker [tenzij hysterectomie] | Lijkt omkeerbaar bij staken van testosteron Counseling nodig rond de procedure en timing; zelden eicelpreservatie noodzakelijk |

Tot slot kan het kind of de adolescent alvast op de wachtlijst van een gendercentrum worden geplaatst voor eventueel te verwachten medisch-specialistische zorg.

Adolescentie

In een academisch gendercentrum volgen diagnostiek, indicatiestelling, fertiliteitscounseling en een medische check.¹⁰ Parallel aan de psychosociale zorg is het mogelijk om de jongere te behandelen met een GnRH-analoog (triptoreline), mits de puberteit nog niet is voltooid. Dat middel onderdrukt tijdelijk de aanmaak van de eigen gonadale hormonen, waardoor de jongere de ruimte heeft om te exploreren zonder dat er puberteitskenmerken ontstaan. Behandeling buiten de academische setting en zonder indicatiestelling en psychologische begeleiding wordt ontraden.

Bij persisterende genderdysforie kan de medische behandeling, na herhaalde indicatiestelling en counseling, gecontinueerd worden met genderbevestigende hormoonbehandeling (testosteron/oestrogeen). Deze wordt vanwege irreversibele veranderingen pas vanaf de leeftijd van 15 à 16 jaar gestart. De jongere moet hiervoor *informed consent* geven. Als de jongere geen transitie wenst, stopt deze met GnRH-analogen, waarna de productie van de eigen gonadale hormonen weer op gang komt.¹⁰ Wanneer de jongere wel voor transitie kiest, wordt bij een trans meisje het GnRH-analoog gecontinueerd, totdat definitief wordt overgegaan tot gonadectomie. Bij de trans jongen wordt het GnRH-analoog pas gestaakt als de volledige dosis testosteron is opgebouwd.¹¹

TRANS MAN

CASUS: TRANS MAN MET MENSTRUATIES

De heer A, trans man, 32 jaar, komt nieuw in de praktijk. U leest in het dossier dat hij al 14 jaar testosterongel gebruikt, ooit een mastectomie heeft gehad en dat ovaria, uterus en vagina nog in situ zijn. Hij komt kennismaken en heeft een vraag. Hij heeft nog steeds 4 tot 5 keer per jaar menstruaties met onderbuikspijn en wil daar graag vanaf.

Transgenderzorg is vooral zorg op maat. Niet iedereen wil een volledige hormonale en chirurgische genderbevestigende behandeling. Wanneer iemand geen chirurgische behandeling wil, betekent dat niet dat deze persoon niet 'echt' trans is. De

hormonale behandeling van trans mannen bestaat uit testosteron, dat kan worden toegediend als gel (dagelijks) of als intramusculaire injectie (3-wekelijks of 3-maandelijks).¹¹ De effecten en risico's van deze behandeling staan in [tabel 2].¹¹⁻¹³ Wanneer ovaria en uterus bij een trans man nog in situ zijn, is er ondanks testosterongebruik een kleine kans op ovulaties en endometriumopbouw, en daarmee op menstruatie of, bij onbeschermd coïtus, op een zwangerschap. Vraag of de trans man seksueel actief is en zo ja met een man of vrouw, en indien met een man of er sprake is van onbeschermd coïtus en of er een kindwens is. U kunt dan zo nodig een progestageenpreparaat als anticonceptivum geven, dat ook ongewenste menstruaties reduceert (subcutaan etonogestrel of intramusculair medroxyprogesteron).¹¹ Wanneer er geen anticonceptie nodig is, kunt u ook een progestageen oraal voorschrijven (dagelijks lynestrenol, norethisteron).¹¹ Een trans man met een uterus in situ komt in aanmerking voor bevolkingsonderzoek naar cervixkanker. Wanneer hij juridisch vrouw is, zal hij opgeroepen worden. Is hij juridisch man, dan kan hij zich eenmalig aanmelden bij Bevolkingsonderzoek Nederland.

Twee tot 3 jaar na de start van de genderbevestigende behandeling staat een trans persoon meestal niet meer onder vaste controle. Bij een leeftijd vanaf 40 jaar volgt u de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement zoals beschreven voor cismannen. Aan de laboratoriumbepalingen hoeft u alleen het hematocriet toe te voegen. Overleg met een endocrinoloog wanneer deze waarde $\leq 0,52\%$ is.¹³ Besteed bij alle trans personen die hormonen gebruiken aandacht aan een gezonde leefstijl.^{10,11}

TRANS VROUW

CASUS: WEL OF GEEN BEVOLKINGSONDERZOEK?

Mevrouw B, trans vrouw, 53 jaar, gebruikt een estradiolpleister 100 mcg 2 keer per week en heeft een orchidectomie en falloplastiek ondergaan. Ze heeft borstprotheses. Controles in het academisch centrum waar ze ooit behandeld is, zijn al jaren niet meer noodzakelijk. Ze consulteert u met enkele vragen: 'Moet ik meedoen aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker?' en 'Moet ik doorgaan met de pleister? Die geeft toch trombose nu ik ouder word?'

De hormonale behandeling van trans vrouwen bestaat uit

Tabel 3Effecten en risico's van de hormonale behandeling van trans vrouwen¹⁰⁻¹³

| Effecten | Cardiovasculair risico | Oncologisch risico | Fertiliteit |
|---------------------------------------|---|--|--|
| Afname van de spierkracht | 2-3 x hoger risico op trombose dan cis-mannen [5,5 versus 1,9/1000] | Risico op mammacarcinoom hoger dan bij cismannen en lager dan bij cisvrouwen | Beperking van de spermakwaliteit; bij een [eventuele] kinderwens is cryopreservatie van semen noodzakelijk |
| Afname van de seksuele opwindbaarheid | 2-4 x hoger risico op CVA dan cismannen [4,8 versus 1,2/1000] | Verminderd risico op prostaatkanker | |
| Afname van de lichaamsbeharing | | | |
| Borstvorming | | | |
| Zachtere huid | Geen hoger risico op een myocardinfarct | | |
| Toename van subcutaan vet | | | |
| Toename van de emotionaliteit | | | |

estradiolgebruik (dagelijks als gel, spray of tabletten of 2 keer per week een pleister) en – zolang de testes nog aanwezig zijn – uit het blokkeren van de androgenen (als eerste keuze triptoreline-injecties 3-maandelijks, eventueel kortdurend een lage dosering cyproterontabletten).¹⁰ De effecten en risico's staan in [tabel 3].¹¹⁻¹³

Trans vrouwen die met de hormonale behandeling starten zullen voor hun feminisatie waarschijnlijk ook laserbehandeling van het gezicht en logopedie voor stemverhoging nodig hebben. Beide worden nauwelijks beïnvloed door de hormoonbehandeling.

Trans vrouwen wordt aanbevolen deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek borstkanker, hoewel het risico op borstkanker kleiner is dan bij cisvrouwen. Ook zij kunnen zich eenmalig centraal aanmelden bij Bevolkingsonderzoek Nederland wanneer ze juridisch geen vrouw zijn. Bedenk dat de prostaat aanwezig blijft bij een orchidectomie/falloplastiek en dat een trans vrouw ondanks het lage testosterongehalte een geringe kans op prostaatkanker blijft houden.¹³

Wanneer uw patiënt de 40 passeert, is het aan te bevelen van estradioltabletten over te stappen naar transdermale toediening, zodat het tromboserisico vermindert door vermindering van het *first pass effect*.^{5,11} Na het 50e jaar wordt de dosering oestrogeen gehalveerd, maar niet gestaakt omdat anders de botdichtheid in het geding komt.¹¹

BESCHOUWING

Met een prevalentie in Nederland van ongeveer 1% zijn er ongeveer 20 genderincongruente personen in een normpraktijk. Zoals blijkt uit de casuïstiek heeft niet elke genderincongruente persoon dezelfde zorgvraag en bevindt niet iedereen zich in dezelfde fase van de genderontwikkeling. Trans personen hebben naast hun specifieke vragen of problemen dezelfde gezondheidsproblemen als andere patiënten in de praktijk. U krijgt dus hoe dan ook te maken met trans personen. Het is daarom aan te bevelen om na te denken over de algemene bejegening en over dossiervoering: hoe roep ik iemand uit de wachtkamer, welke voornaamwoorden gebruik ik, welke kenmerken schrijf ik waar in het dossier, zodat deze voor iedereen goed te vinden zijn, hoe laat ik merken dat trans personen

welkom zijn in de praktijk? Het zijn deze factoren die belangrijk zijn voor trans personen, om voorkomen dat ze zorg gaan mijden.¹⁴

U hoeft geen specialistische kennis over genderincongruentie te hebben en u hebt ook geen rol in de substitutie van medisch-specialistische transgenderzorg. Wel kunt u gedurende de wachttijd zowel bestaande comorbiditeit aanpakken, als versterking van de effecten van genderdysforie voorkomen. Daarbij past u de bekende huisartsgeneeskundige interventies toe: luisteren, doorvragen en de hulpvraag beantwoorden. U kunt uitleg geven over genderincongruentie, stilstaan bij de rol van leefstijl en de noodzaak van screening op borst- en cervixkanker, adviezen geven over anticonceptie of cycluscontrole, injecties (laten) geven, verwijzen naar logopedie en laserbehandeling, voor cryopreservatie van semen verwijzen, de hulp inroepen van de (POH-)ggz, en ondersteunen bij de sociale transitie of het voorkomen van sociaal isolement. De Transgender Wegwijzer kan u hierbij helpen.

CONCLUSIE

De toenemende zichtbaarheid van genderincongruentie en de daarbij horende vragen en problemen vragen om aanpassing van uw attitude en vergroting van uw kennis en vaardigheden. U kunt daarbij trouw blijven aan huisartsgeneeskundige principes: laagdrempelige en inclusieve toegankelijkheid, empathische communicatie, beantwoorden van de hulpvraag vanuit een biopsychosociaal perspectief, eenvoudige interventies bieden op basis van basale kennis en gezamenlijke besluitvorming, en zo nodig adequaat verwijzen. ■

DANKWOORD

Het manuscript werd becommentarieerd door Ru Pothoven en Carien van Rijn, namens Transvisie, patiëntenorganisatie voor en door transgender mensen.

LITERATUUR

- SiRM. Onzekerheid over vraag transgenderzorg, inhaalcapaciteit zeker nodig. Onderzoek vraag transgenderzorg in Nederland. 2023. Beschikbaar via: <https://www.sirm.nl/docs/Publicaties/Vraag-transgenderzorg-rapport-definitief.pdf>. Geraadpleegd op 17 mei 2023.
- Das E, Wasserbauer M, Loopuijt C, Plug I, Uilhoorn A, Van der

- Vleuten A, et al. Mijn gender, wiens zorg? Onderzoek naar de toename in en veranderingen van de vraag naar transgenderzorg. Onderzoeksrapport. 2023. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/05/09/mijn-gender-wiens-zorg-onderzoeksrapport>. Geraadpleegd op 17 mei 2023.
3. Kreukels BPC, Steensma TD. Theorievorming over genderidentiteit en genderincongruentie. *Tijdschr Seksuol* 2020;44:198-208.
 4. Kuyper L, Vanden Berghe W. Transgender personen in Nederland. 2017. Beschikbaar via: <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2017/05/09/transgender-personen-in-nederland>. Geraadpleegd op 17 mei 2023.
 5. D'hoore L, T'Sjoen G. Gender-affirming hormone therapy: an updated literature review with an eye on the future. *J Intern Med* 2022;291:574-92.
 6. T'Sjoen G, Van Trotsenburg M, Gijs L. Transgenderzorg. Leuven/Den Haag: Acco, 2013.
 7. Van der Loos MATC, Hannema SE, Klink DT, Den Heijer M, Wiepjes CM. Continuation of gender-affirming hormones in transgender people starting puberty suppression in adolescence: a cohort study in the Netherlands. *Lancet Child Adolesc Health* 2022;6:869-75.
 8. Wiepjes CM, Nota NM, De Blok C, Klaver M, De Vries A, Wensing-Kruger A, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): trends in prevalence, treatment, and regrets. *J Sex Med* 2018;15:582-90.
 9. Roberts C. Persistence of transgender gender identity among children and adolescents. *Pediatrics* 2022;150:e2022057693.
 10. Claahsen-van der Grinten HL, Hannema SE, Klink D, Roeffen J, Spath MA, Verhaak C et al. Jongeren met genderincongruentie. Dilemma's in de multidisciplinaire behandeling met hormonen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2023;167:D7548.
 11. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch. 2018. Beschikbaar via: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/kwaliteitsstandaard_transgenderzorg/startpagina_-_transgenderzorg.html. Geraadpleegd op 17 mei 2023.
 12. Ozer M. Genderincongruentie. In: Lagro-Janssen T, Teunissen D, redactie. *Urogynaecologie*. Houten: Bohn Stafleu Loghum, 2019:525-39.
 13. De Blok CJM, Wiepjes CM, Nota NM, Den Heijer M. Hormoonbehandeling bij transgenderpersonen. Gezondheidseffecten op de lange termijn. *Ned Tijdschr Geneesk* 2020;164:D4481.
 14. Bos RC, Bos MCW. Factors affecting communication between transgender and non-binary individuals and general practitioners: recommendations for inclusive interactions. *SSM Qual Res Health* 2023;3:100284.

Leusink P. De rol van de huisarts bij genderincongruentie. *Huisarts Wet* 2024;67:DOI: 10.1007/s12445-023-2437-y.
De Seksuele Zaak, Utrecht: dr. P. Leusink, huisarts, seksuoloog NVVS, peter.leusink@kpnmail.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.