

# KWALITEITSSTANDAARD PSYCHISCHE TRANSGENDERZORG

Geautoriseerd – 18 december 2017

## **INITIATIEF**

Alliantie Transgenderzorg

## **IN SAMENWERKING MET:**

- Beroepsvereniging voor Professionals in Sociaal Werk
- Genderteam Curium-LUMC
- Kennis en Zorgcentrum Genderdysforie VU Medisch Centrum
- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Nederlands Instituut van Psychologen
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie
- Patiëntenorganisatie Stichting Transvisie
- Platform van Seksuologische Teams in GGZ-instellingen
- PsyQ
- Rutgers, Kenniscentrum Seksualiteit
- Transvisie Zorg (vanaf 1-4-2016 onderdeel van PsyQ)
- Transgender Netwerk Nederland
- Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

## **MET ONDERSTEUNING VAN:**

PROVA

## **FINANCIERING**

- Fonds NutsOhra
- Ministerie van OC&W, Directie Emancipatie

**COLOFON**

Kwaliteitsstandaard psychische transgenderzorg

© Alliantie Transgenderzorg 2017

Overschiestraat 61

1062 XD Amsterdam

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier indien het ten goede komt aan de zorg en het onderwijs op dit gebied.

## Samenstelling werkgroep

- Prof. dr. P.T. Cohen-Kettenis, onafhankelijk voorzitter
- Drs. M.K. Tuut, epidemioloog, PROVA, procesbegeleider
- Mr. drs. Th.W. Wormgoor, namens Alliantie Transgenderzorg en Transvisie Zorg, projectsecretaris
- Drs. B.H.W. Bakker, namens Rutgers, tot 1 maart 2015
- Drs. W.T.M. van Berlo, namens Rutgers, vanaf 1 maart 2015
- Drs. S.J. Bastiaans, namens patiëntenorganisatie Transvisie, tot 11 maart 2015
- Drs. R.H.J. Blom, namens patiëntenorganisatie Transvisie, van 11 maart 2015 tot 31 december 2016
- G. Bijzitter, namens Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
- Dr. I. Bok, namens KZcG VUmc
- Dr. R. del Canho, namens Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- Dr. A.M. Fredriks, namens genderteam Curium-LUMC (tot 1 oktober 2016), daarna op persoonlijke titel
- E.S. Geurst-Renfurm, namens Beroepsvereniging voor Professionals in Sociaal Werk
- L. van Ginneken, namens patiëntenorganisatie Transvisie, vanaf 1 januari 2017
- H.G.M. Groen, namens patiëntenorganisatie Transvisie, tot 31 december 2016
- Dr. S.E. Hannema, namens Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- Drs. A.M. Heijnen, namens Nederlands Huisartsen Genootschap / SeksHAG
- Drs. D. Klink, namens Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- Drs. L.M. de Loos, namens Nederlands Instituut van Psychologen en Transvisie Zorg
- Drs. J. Roeffen, namens Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie
- S.R.M. Schers, namens Transgender Netwerk Nederland
- Dr. A.L.C. de Vries, namens Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en VUMC
- Drs. J.A. Vroege, namens Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie, PSTG en PsyQ
- A. Wester, namens Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland

## Samenvatting voor de praktijk

**Doelgroep:** Personen met genderdysforie vormen een heterogene groep. In deze kwaliteitsstandaard wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen de volgende subgroepen:

1. Kinderen voor de puberteit met genderidentiteitsvragen of genderdysforie
2. Volwassenen of adolescenten die in verwarring zijn over hun genderidentiteit
3. Volwassenen of adolescenten bij wie sprake is van problemen m.b.t. travestie (al dan niet fetisjistisch)
4. Volwassenen of adolescenten met genderdysforie, maar zonder duurzame wens tot een genderbevestigende somatische behandeling
5. Volwassenen of adolescenten met genderdysforie en een duurzame wens tot een genderbevestigende somatische behandeling die (nog) niet voor een dergelijke behandeling in aanmerking komen (bijvoorbeeld i.v.m. onvoldoende psychische draagkracht of lichamelijke contra-indicaties)
6. Volwassenen of adolescenten met genderdysforie en een duurzame wens tot een genderbevestigende somatische behandeling die wel voor een dergelijke behandeling in aanmerking komen
7. Volwassenen of adolescenten die een genderbevestigende somatische behandeling hebben ondergaan

**Hoe vaak komt het voor?** Het is niet goed bekend hoe vaak genderdysforie voorkomt en welke behoefte aan professionele hulp er precies is. Onderzoek hiernaar is belangrijk. Bij het ervaren geslacht zullen daarbij meer opties moeten worden geboden dan man of vrouw.

**Signaleren:** Open staan voor transgenderproblematiek is belangrijk. Mensen kunnen zich met andere problemen (psychisch of lichamelijk), melden zonder dat daarbij de transgenderproblematiek ter sprake komt. Omgaan met transgenderproblemen kan extra complex zijn vanwege de religieuze of etnische achtergrond van de betrokkenen.

‘Transgendersensitiviteit uitstralen’ kan mensen helpen om gemakkelijker transgender gevoelens te uiten. Hiermee wordt bedoeld dat bijvoorbeeld in informatiemateriaal vermeld kan worden dat transgender personen welkom zijn en dat bijvoorbeeld in formulieren, registratiesystemen en toiletten meer opties worden aangegeven dan alleen man of vrouw. Hulpverleners dienen afspraken te maken met cliënten over de manier waarop zij aangesproken willen worden.

**Diagnostiek:** Mensen met een (mogelijk) genderidentiteitsprobleem kunnen een grote variatie in hulpvragen hebben. Voor alles moet worden uitgezocht om welke hulpvraag het gaat, in een open en vertrouwenwekkende sfeer. De diagnostiek dient niet alleen gericht te zijn op het vaststellen van genderdysforie en op een eventuele genderbevestigende somatische behandeling, maar ook op eventueel benodigde psychische zorg binnen de GGZ.

**Behandeling:** Voor goede psychische zorg voor transgender personen voor, tijdens en na een eventuele somatische behandeling zijn de volgende voorwaarden van belang:

- Een respectvolle, gendersensitieve, ontwikkelingsadequate, niet-veroordelende, steunende attitude
- Specialistische kennis
- Specialistisch zorgaanbod, inclusief psychoeducatie, individuele psychotherapie, partnerrelatietherapie, gezinstherapie en groepstherapie
- Psychische hulp voor naasten van transgender personen
- Afspraken tussen zorgverleners in de GGZ en somatische zorgverleners over taakverdeling en samenwerking tijdens het behandeltraject
- Evaluatie van de zorg met de hulpvrager

De psychische behandeling van genderdysforie dient niet alleen gericht te zijn op het transgender zijn en de manier van omgaan hiermee, maar ook op de psychische problematiek die hiermee gepaard kan gaan. Als psychische problemen een goede beoordeling van de genderdysforie gevoelens of een genderbevestigende somatische behandeling belemmeren, dan is voorafgaand aan het somatische traject behandeling in de GGZ nodig.

### Randvoorwaarden in de organisatie van zorg

**Bekendheid van aanbod van zorg:** Informatie over behandelaanbod in de GGZ en ondersteuning door patiënten- en belangenorganisaties moet actueel en gemakkelijk beschikbaar zijn.

**Wachlijsten:** Zorg aan transgender personen moet laagdrempelig aangeboden worden. Een wachtperiode binnen de GGZ van meer dan 6 weken is ongewenst. Decentraal aanbieden van zorg en e-health kunnen de toegang tot de zorg voor transgenders faciliteren. Indien nodig kan worden verwezen naar gespecialiseerde zorg die maar op enkele plaatsen in het land beschikbaar is.

Wachttijden voor diagnostiek en indicatiestelling voor een genderbevestigend somatisch behandelingstraject van meer dan 3 maanden zijn onacceptabel.

**Kennis:** Voor het adequaat behandelen van mensen met transgender gevoelens is gespecialiseerde kennis nodig. Als zorgverleners deze kennis ontberen, is het noodzakelijk deze kennis te vergaren, dan wel te verwijzen naar een hulpverlener die deze kennis wel heeft. Als de zorgverlener zich gehinderd voelt door eigen normen en waarden, emoties en/of culturele achtergrond, is dat eveneens een reden om door te verwijzen.

**Rol van de huisarts:** In het gehele traject (dus ook lange tijd na een eventuele genderbevestigende somatische behandeling) speelt de huisarts een belangrijke coördinerende en signalerende rol.

**Logistieke aspecten:**

- Organisaties van zorgvragers en zorgaanbieders dienen structureel visies, ervaringen en signalen uit te wisselen.
- Netwerkvorming kan samenwerking tussen verschillende zorgverleners rondom één transgender persoon faciliteren en dubbel werk voorkomen. Daarbij moet het voor de transgender persoon altijd duidelijk zijn bij wie men met vragen terecht kan.
- Het is belangrijk dat transgender personen gelijktijdig bij verschillende behandelaren in de GGZ in behandeling kunnen zijn.
- Er dient consensus te komen over de kwaliteitsvoorwaarden waaraan de indicatiestelling voor genderbevestigende somatische behandeling moet voldoen.
- Bovenstaande aanbevelingen vereisen aanpassingen in de organisatie en de financiering van de zorg. Daarvoor zijn inspanningen van alle betrokken partijen noodzakelijk.

# Inhoud

<b>SAMENSTELLING WERKGROEP .....</b>	<b>3</b>
<b>SAMENVATTING VOOR DE PRAKTIJK.....</b>	<b>4</b>
<b>HOOFDSTUK 1. INLEIDING.....</b>	<b>7</b>
AANLEIDING VOOR HET MAKEN VAN DE KWALITEITSSTANDAARD.....	7
DOELSTELLING EN DOELGROEPEN VAN DE KWALITEITSSTANDAARD .....	7
AFBAKENING KWALITEITSSTANDAARD .....	8
SAMENSTELLING WERKGROEP .....	8
VERANTWOORDING EN WERKWIJZE WERKGROEP .....	8
<i>Knelpuntenanalyse</i> .....	8
<i>Methode ontwikkeling kwaliteitsstandaard</i> .....	8
<i>Participatie door zorggebruikers</i> .....	9
<i>Procedure voor commentaar en autorisatie</i> .....	9
IMPLEMENTATIE.....	9
JURIDISCHE BETEKENIS.....	10
PROCEDURE HERZIENING .....	10
<b>HOOFDSTUK 2. DEFINITIES EN EPIDEMIOLOGIE .....</b>	<b>11</b>
A.    DEFINITIES.....	11
B.    EPIDEMIOLOGIE.....	13
<b>HOOFDSTUK 3. SIGNALERING.....</b>	<b>16</b>
<i>Beloop van genderdysforie van kindertijd naar volwassenheid</i> .....	17
<b>HOOFDSTUK 4. DIAGNOSTIEK .....</b>	<b>19</b>
<b>HOOFDSTUK 5. BEHANDELING.....</b>	<b>22</b>
GOEDE PSYCHISCHE ZORG .....	22
CO-EXISTENTE PSYCHISCHE PROBLEMEN.....	25
LOTGENOTENCONTACT.....	27
<b>HOOFDSTUK 6. ORGANISATIE VAN PSYCHISCHE ZORG .....</b>	<b>28</b>
<b>BIJLAGE 1. BELANGENVERKLARINGEN KERNGROEPELEDEN .....</b>	<b>30</b>
<b>BIJLAGE 2. KNELPUNTENINVENTARISATIE.....</b>	<b>33</b>
ANTWOORDFORMULIER KNELPUNTEN ZORGSTANDAARD TRANSGENDERZORG.....	33
BELANGHEBBENDE ORGANISATIES VOOR DE KWALITEITSSTANDAARD PSYCHISCHE TRANSGENDERZORG.....	34
UITWERKING KNELPUNTENINVENTARISATIE ZORGSTANDAARD TRANSGENDERZORG .....	36
<b>BIJLAGE 3. KENNISLACUNES .....</b>	<b>46</b>
<b>BIJLAGE 4. IMPLEMENTATIEPLAN.....</b>	<b>47</b>

## Hoofdstuk 1. Inleiding

### Aanleiding voor het maken van de kwaliteitsstandaard

Al relatief lang kunnen transgender personen in Nederland aanspraak maken op genderbevestigende somatische zorg in de vorm van hormonen en chirurgie. Hiervan wordt de laatste jaren, waarschijnlijk door toegenomen herkenning en erkenning van transgender personen, in toenemende mate gebruik gemaakt, zowel door volwassenen als door adolescenten. Niet alle transgender personen kiezen voor een genderbevestigende somatische behandeling (hormonen en/of chirurgie). Zij kunnen echter wel psychische zorg nodig hebben. Dit vormt een essentieel onderdeel van een compleet zorgaanbod.

In een inventariserend onderzoek, in opdracht van de Alliantie Transgenderzorg (een platform van hulpverleningsinstellingen voor en patiënten- en belangenorganisaties van transgender personen), is het psychische zorgaanbod in Nederland in kaart gebracht en zijn knelpunten geïnventariseerd [Ottens, 2014]. In dit onderzoek, waaraan zowel behandelaren als transgender personen hun medewerking verleenden, zijn ideeën over het optimaliseren van de psychische zorg in kaart gebracht. Voor dit rapport is literatuuronderzoek gedaan en zijn zorgverleners geïnterviewd. Geconstateerd zijn onder meer de volgende knelpunten:

- Onvoldoende gespecialiseerde psychische hulpverlening
- Onvoldoende regionale spreiding
- Onvoldoende afstemming tussen genderteams en psychische hulpverlening
- Onvoldoende afstemming tussen psychische hulpverleners
- Onvoldoende aandacht voor transgenderzorg tijdens opleiding psychologie/psychiatrie
- Onvoldoende financiering
- Ontbreken van een integrale richtlijn transgenderzorg

Transgender personen hebben, zoals is aangetoond in een Nederlands onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau, zowel voor als na de behandeling vaker dan de algemene bevolking psychische problemen, inclusief suïcidaliteit, en voelen zich vaker eenzaam [Keuzenkamp, 2012]. Ook uit Europees onderzoek komt naar voren dat mensen met genderdysforie vaker te maken hebben met psychische stoornissen dan de algemene bevolking. Met name affectieve en angstproblemen worden vaker gevonden [Heylens, 2014]. Uit onderzoek van De Vries et al. komt naar voren dat bij ongeveer een derde van de adolescenten sprake is van psychische problematiek; angststoornissen, stemmingsstoornissen en gedragsstoornissen komen frequent voor [de Vries, 2011]. Bovendien komt zowel bij kinderen als bij adolescenten met genderdysforie ook relatief vaak autismespectrum problematiek voor [de Vries, 2010]. Van de prepuberale kinderen met genderdysforie heeft zelfs meer dan de helft daarnaast psychische problemen [Wallien, 2007].

Ook na genderbevestigende somatische zorg (dat wil zeggen hormonale en/of chirurgische behandeling) is de kwaliteit van leven, onder meer als gevolg van stigmatisering en discriminatie, vaak slechter dan van niet transgender mensen [Keuzenkamp, 2012]. Bij veel transgender mensen is sprake van een grote lijdensdruk. De bovengenoemde knelpunten in de zorg worden door zowel behandelaren als transgender mensen herkend. De Alliantie Transgenderzorg heeft daarom het initiatief genomen tot de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard om de psychische zorg voor transgender personen te verbeteren.

### Doelstelling en doelgroepen van de kwaliteitsstandaard

De bekendheid met genderdysforie is de laatste jaren sterk toegenomen. Desondanks ervaren velen nog immer veel informatiegebrek bij hulpverleners en hebben zij moeite met het vinden van goede zorg [Keuzenkamp, 2012]. De weg naar een genderbevestigende somatische behandeling wordt vaak wel gevonden, maar lastiger lijkt het om al dan niet voor, tijdens of na een dergelijk traject gendersensitieve psychische zorg (zorg die rekening houdt met de specifieke kwetsbaarheden van transgender personen en hun naasten) te krijgen.

In deze kwaliteitsstandaard worden aanbevelingen geformuleerd voor optimale psychische zorg. Het uiteindelijke doel is het verbeteren van de kwaliteit van de psychische zorg aan transgender personen.

De doelgroepen van deze kwaliteitsstandaard zijn alle leden van (wetenschappelijke) verenigingen die in de werkgroep vertegenwoordigd zijn (bijvoorbeeld psychologen, psychiaters, seksuologen). Daarnaast kunnen ook andere beroepsgroepen hun voordeel doen met deze kwaliteitsstandaard (bijvoorbeeld jeugdartsen).

De patiëntengroep waar deze kwaliteitsstandaard zich op richt zijn transgender personen (een verzamelnaam voor personen met ongenoegen over het geslacht dat hen bij de geboorte is toegekend) van alle leeftijden, die al dan niet een genderbevestigende somatische behandeling ondergaan. Ook mensen in de omgeving van transgender personen (de partner, andere familieleden) kunnen psychische zorg nodig hebben.

## Afbakening kwaliteitsstandaard

De kwaliteitsstandaard heeft betrekking op de psychische zorg voor transgender personen van alle leeftijden. Het gaat hierbij niet alleen om mensen bij wie geboortegeslacht en ervaren gender (genderidentiteit) niet met elkaar overeenkomen (genderincongruentie) en die een duurzame wens hebben tot volledige genderbevestigende somatische behandeling (vaak aangeduid als transseksuelen), maar ook om mensen met minder vergaande of afwezige lichamelijke veranderingswensen of ambivalenties op dit gebied, én om mensen die alleen de behoefte hebben om met enige regelmaat de kleding van het andere geslacht te dragen (travestie), al dan niet omdat zij dit als seksueel opwindend ervaren.

Voor veel transgender personen is een al dan niet volledige genderbevestigende somatische behandeling een essentieel onderdeel van de aanpak van hun genderdysforie. De hiervoor benodigde somatische zorg voor transgender personen wordt in deze kwaliteitsstandaard **niet** behandeld; daar waar de somatische zorg en de psychische zorg elkaar raken, wordt dit beschreven. Naast psychische en eventuele somatische zorg, kan ook zorg op psychosociaal vlak van belang zijn. Die komt echter niet aan bod in deze kwaliteitsstandaard.

In opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz wordt een 'Zorgstandaard Seksuele disfuncties, Genderdysforie en Parafiele stoornissen' ontwikkeld. Voor het onderdeel over genderdysforie van deze zorgstandaard vormt deze kwaliteitsstandaard transgenderzorg het uitgangspunt. In opdracht van het ministerie van VWS wordt gewerkt aan een zorgstandaard transgenderzorg waarin de somatische genderbevestigende zorg aandacht zal krijgen. Ook die zal weer aansluiten op deze kwaliteitsstandaard.

## Samenstelling werkgroep

De [werkgroep](#) die deze kwaliteitsstandaard ontwikkelde, bestond uit gemandateerde vertegenwoordigers van wetenschappelijke verenigingen (voor professionals) en van patiënten- en belangenorganisaties. De werkgroep werd voorgezeten door een onafhankelijk inhoudsdeskundig voorzitter, en procesmatig en methodologisch begeleid door een epidemioloog. Het secretariaat werd gevoerd door een vertegenwoordiger van de Alliantie Transgenderzorg. De werkgroepleden hebben allen een belangenverklaring ingevuld, waarin zij hun eventuele belangen ten aanzien van het onderwerp van deze kwaliteitsstandaard hebben aangegeven. Geen van de gemelde belangen was aanleiding voor beperking van de deelname aan de werkgroep, dan wel de rol daarin. Een overzicht van de belangenverklaringen van de leden van de kerngroep is opgenomen in [bijlage 1](#).

## Verantwoording en werkwijze werkgroep

### Knelpuntenanalyse

Voorafgaand aan de eerste vergadering van de werkgroep die de kwaliteitsstandaard ontwikkelde, heeft een uitgebreide knelpunteninventarisatie plaats gevonden, teneinde de kwaliteitsstandaard zo goed mogelijk te laten aansluiten op knelpunten in de praktijk. Hierbij is een lijst met knelpunten ter commentaar en eventuele aanvulling gestuurd naar een zo breed mogelijke groep met betrokken organisaties. De knelpunten zijn geformuleerd door een kerngroep van de werkgroep (bestaande uit mr. drs. Th.W. Wormgoor, dr. A.L.C. de Vries, drs. J.A. Vroege en drs. M.K. Tuut), op basis van het inventariserende knelpuntenonderzoek van Otten [Otten, 2014] en eigen ervaringen uit de praktijk. Deze kerngroep heeft ook de lijst met belanghebbenden vastgesteld. De vragenlijst voor de knelpunteninventarisatie, als ook de lijst met potentieel belanghebbenden aan wie deze vragenlijst is gestuurd, is opgenomen in [bijlage 2](#). De respons op de knelpunteninventarisatie is uitgewerkt en in de eerste vergadering van de werkgroep die de kwaliteitsstandaard ontwikkelde besproken. Ook deze uitwerking is opgenomen in [bijlage 2](#).

### Methode ontwikkeling kwaliteitsstandaard

De werkgroep die deze kwaliteitsstandaard ontwikkelde heeft de knelpunteninventarisatie besproken en op basis daarvan uitgangsvragen vastgesteld. De uitgangsvragen zijn in de hoofdstukken van de concept kwaliteitsstandaard uitgewerkt door de epidemioloog. Aan elke uitgangsvraag / elk hoofdstuk zijn inhouds- en/of ervaringsdeskundigen als 'ambassadeur' verbonden, die voor inhoudelijke inbreng en feedback hebben gezorgd. Vanwege grote overlap in de uitgewerkte knelpunten en de grote behoefte aan een overzichtelijk document waarin de zorg volgordekelijk beschreven staat, is in de redactionele fase van de ontwikkeling van deze kwaliteitsstandaard het document

omgevormd naar een standaard waarin aanbevelingen worden gegeven voor de signalering, diagnostiek, behandeling en organisatie van zorg. De behandelde knelpunten zijn in deze hoofdstukken geïntegreerd.

De literatuur over dit onderwerp is beperkt en bovendien erg cultuur afhankelijk. Er is daarom afgezien van uitgebreid literatuuronderzoek, maar er is vooral uitgegaan van bestaande richtlijnen, beleidsrapporten en overzichtsartikelen, die onder meer via een algemene literatuursearch in PubMed zijn verkregen. Elementen van de Standards of Care zijn hierbij als uitgangspunt genomen, voor zover van toepassing. De Standards of Care handelen vooral over somatische genderbevestigende zorg [Coleman, 2011]. Deze kwaliteitsstandaard focust op de psychische transgenderzorg vooraf, parallel of daarna, en is specifiek voor de Nederlandse situatie.

Naast evidence zijn ook overige overwegingen van belang voor het formuleren van goede, toepasbare aanbevelingen. Daarbij is te denken aan ervaringsdeskundigheid van professionals en transgender personen (inclusief waarden en voorkeuren), middelenbeslag (niet alleen directe kosten, maar ook beschikbaarheid) en implementeerbaarheid (bijvoorbeeld organisatorische en maatschappelijke aspecten). De evidence en overige overwegingen vormen de basis voor de aanbevelingen, die zo specifiek en herkenbaar mogelijk zijn geformuleerd, indien nodig met verschillende beleidsopties.

De werkgroep heeft aanbevelingen geformuleerd die met name zijn gebaseerd op consensusafspraken. Deze zijn voorbereid door een kerngroep uit de werkgroep, bestaande uit prof. dr. P.T. Cohen-Kettenis, mr. drs. Th.W. Wormgoor, drs. J.A. Vroege, dr. A.L.C. de Vries en drs. M.K. Tuut.

De werkgroep heeft tweemaal vergaderd, waarbij de conceptteksten werden bediscussieerd. De kerngroep heeft daarna redactie gevoerd, waarna deze ter commentaar is aangeboden aan alle betrokkenen (zie procedure voor commentaar en autorisatie).

Geïdentificeerde kennislacunes zijn opgenomen in [bijlage 3](#). Deze kunnen gebruikt worden als agendasetting voor wetenschappelijk onderzoek.

## Participatie door zorggebruikers

Transgender personen hebben, naast professionals, expliciet bijgedragen aan de totstandkoming van deze kwaliteitsstandaard. Patiëntenorganisatie Stichting Transvisie en belangenorganisatie Transgender Netwerk Nederland zijn vertegenwoordigd in de werkgroep die de kwaliteitsstandaard heeft ontwikkeld. Zorggebruikers hebben op die wijze meegewerkt aan alle fasen van de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard. Zo zijn de knelpunten en uitgangsvragen tot stand gekomen met expliciete inbreng van de kant van de transgender personen en zijn ook de aanbevelingen geformuleerd met inbreng vanuit de gehele werkgroep. Een voorbeeld uit Duitsland laat zien dat participatie door zorggebruikers in richtlijnontwikkeling leidt tot meer 'patient-centeredness' [Nieder, 2015].

## Procedure voor commentaar en autorisatie

De werkgroep heeft gewerkt aan de ontwikkeling van een concept kwaliteitsstandaard. Deze is met een vraag om commentaar aangeboden aan alle partijen die in de werkgroep vertegenwoordigd zijn. Daarna is de concept kwaliteitsstandaard voor commentaar gestuurd naar alle partijen die in de knelpunteninventarisatieronde hebben aangegeven zich betrokken te voelen bij de zorg voor transgender personen (zie [bijlage 2](#)). Het binnengekomen commentaar is door de werkgroep beoordeeld en verwerkt in de concept kwaliteitsstandaard. Daarbij is beargumenteerd welke commentaren wel en welke niet zijn overgenomen.

Daarna is de kwaliteitsstandaard ter autorisatie voorgelegd aan de partijen die in de werkgroep vertegenwoordigd zijn. Na autorisatie wordt de kwaliteitsstandaard gezien als deel van de professionele standaard.

De kwaliteitsstandaard is geautoriseerd door de volgende partijen: Nederlands Instituut van Psychologen, de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie, Patiëntenorganisatie Stichting Transvisie, Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie, en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft een verklaring van geen bezwaar afgegeven.

## Implementatie

Gedurende het gehele proces van de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard is rekening gehouden met de implementatie van de kwaliteitsstandaard in de praktijk, bijvoorbeeld bij het samenstellen van de werkgroep. Ook de zeer brede knelpunteninventarisatie, met als doel knelpunten te inventariseren die leven in de praktijk, draagt bij aan

een eenvoudiger implementatie, net als de brede commentaarronde, die ervoor zorgt dat partijen alle hun inbreng kunnen hebben aan de inhoud van de kwaliteitsstandaard.

Na autorisatie van de kwaliteitsstandaard wordt gestimuleerd dat deelnemende partijen de kwaliteitsstandaard op hun website publiceren. De kwaliteitsstandaard wordt aangeboden aan het register van het Kwaliteitsinstituut (onderdeel van ZorgInstituut Nederland). Daarnaast wordt getracht samenvattingen van de kwaliteitsstandaard in Nederlandse tijdschriften te publiceren, om zo de implementatie te bevorderen. Een handzame samenvatting van de belangrijkste aanbevelingen is bovendien voorin deze kwaliteitsstandaard opgenomen.

Bij deze kwaliteitsstandaard hoort een implementatieplan. Hierin is per aanbeveling onderzocht welke factoren de invoering van de kwaliteitsstandaard kunnen bevorderen of belemmeren en welke oplossingsrichtingen hierbij mogelijk zijn. Het implementatieplan is opgenomen in [bijlage 4](#).

## Juridische betekenis

Kwaliteitsstandaarden zijn geen wettelijke voorschriften, maar op 'evidence' gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Na autorisatie van de kwaliteitsstandaard door een beroepsvereniging, wordt deze gezien als deel van de 'professionele standaard'. Aangezien de aanbevelingen hoofdzakelijk gebaseerd zijn op de 'gemiddelde persoon', kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie waar nodig afwijken van de kwaliteitsstandaard. Afwijken van kwaliteitsstandaard kan in bepaalde situaties zelfs noodzakelijk zijn. Wanneer van de kwaliteitsstandaard wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd en gedocumenteerd te worden.

## Procedure herziening

De Alliantie Transgenderzorg wijst een partij aan die tenminste eenmaal per vijf jaar bepaalt of herziening van de kwaliteitsstandaard of delen daarvan nodig is. Alle bij deze kwaliteitsstandaard betrokken partijen kunnen daarvoor het initiatief nemen of hiertoe oproepen. Indien (een deel van) de kwaliteitsstandaard voor herziening in aanmerking zou moeten komen, dan spannen betrokken partijen zich ervoor in om deze herziening te faciliteren en de benodigde financiering hiervoor te realiseren.

## LITERATUUR

- Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, version 7. *Int J Transgenderism* 2011; 13: 165-232.
- Heylens G, Elaut E, Kreukels BPC, Paap MCS, Cerwenka S, Richter-Appelt H, et al. Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *Br J Psych* 2014; 204: 151-6.
- Otten J. Een inventarisatie van het psychische zorgaanbod voor transgenders in Nederland. Alliantie Transgenderzorg, 2014.
- Keuzenkamp, S. Worden wie je bent. Het leven van transgenders in Nederland. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, 2012.
- Nieder TO, Strauss B. Transgender health care in Germany: participatory approaches and the development of a guideline. *Int Rev Psych* 2015; early online: 1-11.
- Vries AL de, Doreleijers TA, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2011; 52: 1195-202.
- Vries AL de, Noens IL, Cohen-Kettenis PT, Berckelaer-Onnes IA van, Doreleijers TA. Autism Spectrum Disorders in Gender Dysphoric Children and Adolescents. *J Autism Developm Dis* 2010; 40:930-6.
- Wallien MSC, Swaab H., Cohen-Kettenis, PT. Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 1307-14.

## Hoofdstuk 2. Definities en epidemiologie

### a. Definities

#### ACHTERGROND

De terminologie die gebruikt wordt in de transgenderzorg is aan verandering onderhevig en cultuur- en contextafhankelijk. Over de gebruikte termen bestaat veel discussie. Dat een en ander soms gevoelig ligt, heeft te maken met het feit dat transgender personen behoren tot een historisch weinig erkende en vaak gestigmatiseerde groep. De laatste jaren is daar overigens wel verbetering in gekomen.

#### EVIDENCE

De ‘Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People’, een wereldwijde richtlijn die is ontwikkeld door de World Professional Association for Transgender Health (WPATH), geven definities van een aantal termen die in de SOC worden gehanteerd [Coleman, 2011]. De in deze kwaliteitsstandaard gehanteerde definities zoals opgenomen in tabel 1, zijn deels ontleend aan de definities in de SOC.

TABEL 1. GEBRUIKTE TERMEN

Begrip	Omschrijving
<b>Geboortegeslacht/toegewezen gender</b>	Het gender dat aan een kind bij de geboorte (meestal op basis van het uiterlijk van de uitwendige geslachtsorganen) (in het geboorteregister) wordt toegewezen.
<b>Genderbevestigende somatische behandeling</b>	De hormonale en chirurgische behandeling van transgender personen om hun lichaam zoveel als mogelijk aan te passen aan hun genderidentiteit.
<b>Genderdysforie</b>	Lijden dat wordt veroorzaakt door een discrepantie tussen iemands genderidentiteit en bij de geboorte toegewezen gender (en de daaraan verbonden genderrol en/of primaire en secundaire geslachtskenmerken). In de nieuwste versie van de Diagnostic and Statistical Manual (DSM-5) van de American Psychiatric Association is het de naam van de genderidentiteits-gerelateerde diagnose.
<b>Genderidentiteit</b>	Iemands intrinsieke gevoel jongen of man te zijn, meisje of vrouw te zijn, of tot een andere gender dan man/vrouw te behoren (bijvoorbeeld: genderfluide, genderqueer, eunuch, derde gender, ‘gender bender’).
<b>Genderidentiteitsstoornis</b>	Naam van de voormalige genderidentiteits-gerelateerde diagnose in de Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV en DSM-IV-TR) van de American Psychiatric Association.
<b>Genderincongruentie</b>	De discrepantie tussen iemands genderidentiteit en bij de geboorte toegewezen gender. Dit kan gepaard gaan met lijdensdruk, maar dit is niet altijd het geval. De term is voorgesteld als naam van de genderidentiteits-gerelateerde diagnose in de nieuwste versie van de International Classification of Diseases (ICD-11) van de World Health Organisation.
<b>Gender-nonconformiteit</b>	Term die verwijst naar een andere genderidentiteit, genderrol of gender expressie dan, in een bepaalde cultuur en historische periode, wordt geassocieerd met het geboortegeslacht.
<b>Genderrol (genderexpressie)</b>	Kenmerken op het gebied van persoonlijkheid, verschijning en gedrag die in een bepaalde cultuur en historische periode worden beschouwd als mannelijk of vrouwelijk (d.w.z. meer typisch voor de mannelijke of vrouwelijke sociale rol). Hoewel de meeste individuen zich sociaal presenteren in duidelijk mannelijke of vrouwelijke genderrollen, presenteren sommigen zich in alternatieve genderrollen zoals genderqueer.
<b>Genderqueer</b>	Identiteitsnaam die kan worden gebruikt door personen wier genderidentiteit en/of genderrol niet overeenkomt met een binaire conceptualisering van gender, d.w.z. beperkt tot de categorieën man of vrouw, mannelijk of vrouwelijk.

<b>Geslachtsaanpassing</b>	Verouderde term voor genderbevestigende somatische behandeling.
<b>Interseksualiteit / DSD</b>	Aandoeningen waarbij verschillende lichamelijke geslachtskenmerken (zoals uitwendige geslachtorganen, inwendige geslachtsorganen, geslachtsklieren (eierstokken of testes)) en/of geslachtschromosomen niet met elkaar in overeenstemming zijn. Dit kan gepaard gaan met genderidentiteitsproblemen, maar dit is meestal niet het geval.
<b>Toegewezen gender</b>	Zie geboortegeslacht.
<b>Transgender</b>	Term om een diverse groep mensen te beschrijven die de grenzen van cultureel bepaalde gendercategorieën overschrijden of ontstijgen. De genderidentiteit van transgender mensen verschilt in verschillende gradaties van hun geboortegeslacht.
<b>Transmannen</b>	Personen die bij geboorte en voor de transitie als meisje/vrouw werden aangeduid, maar zichzelf ervaren als man.
<b>Transseksueel</b>	Verouderde term die gebruikt werd om personen te beschrijven die hun primaire en/or secundaire geslachtskenmerken wilden veranderen via vervrouwelijkende of vermannelijkende somatische ingrepen (hormonen en operaties), wat veelal gepaard gaat met een blijvende verandering in genderrol.
<b>Transvestische stoornis</b>	De term transvestische stoornis wordt in de DSM-5 als diagnose naam gebruikt wanneer het dragen van kleding van de andere sekse als seksueel opwindend wordt ervaren én er sprake is van lijdensdruk.
<b>Transvrouwen</b>	Personen die bij geboorte en voor hun transitie als jongen/man werden aangeduid, maar zichzelf ervaren als vrouw.
<b>Travestie</b>	Travestie staat voor het dragen van kleding die, binnen een bepaalde cultuur en historische periode, aan de andere sekse wordt toegeschreven. Het willen dragen van deze kleding is geen continue behoefte, en er is geen wens tot blijvende, lichamelijke veranderingen. Er kan maar hoeft geen seksuele opwinding op te treden.

Deze kwaliteitsstandaard gaat niet alleen over personen bij wie sprake is (of was) van genderdysforie, maar ook over personen bij wie sprake is van travestie [Vroege, 2001]. Travestie staat voor het dragen van kleding die aan de andere sekse wordt toegeschreven. Deze behoefte is er niet continu en er is geen wens tot blijvende, lichamelijke veranderingen. Bij de transvestische stoornis – in de DSM-5 beschouwd als parafiele stoornis - wordt het dragen van kleding van de andere sekse als seksueel opwindend ervaren (fetisjistisch). Van een dergelijke stoornis is sprake als de wens zich te kleden als de andere sekse lijdensdruk veroorzaakt. Soms is er eerst alleen sprake van travestie en later toch ook van genderdysforie.

Lange tijd werd de hormonale en chirurgische behandeling van transgender personen aangeduid met geslachtsaanpassing. Steeds vaker wordt in dit verband gesproken over *genderbevestigende somatische behandeling* (*gender affirmative treatment*).

#### OVERIGE OVERWEGINGEN

Er kan bij genderincongruentie sprake zijn van lijdensdruk en behoefte zijn aan psychische en/of somatische hulp, maar dat is niet altijd aan de orde. Genderdysforie, zoals omschreven in de DSM-5, gaat altijd gepaard met lijdensdruk. In dat geval is meestal ook sprake van een hulpvraag.

#### AANBEVELING

De werkgroep hanteert de bovengenoemde definities, deels gebaseerd op de Standards of Care. De werkgroep stelt vast dat personen met genderdysforie een heterogene groep vormen. In deze kwaliteitsstandaard wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen de volgende subgroepen:

1. Kinderen voor de puberteit met genderidentiteitsvragen of genderdysforie
2. Volwassenen of adolescenten die in verwarring zijn over hun genderidentiteit
3. Volwassenen of adolescenten bij wie sprake is van problemen m.b.t. travestie (al dan niet fetisjistisch)
4. Volwassenen of adolescenten met genderdysforie, maar zonder duurzame wens tot een genderbevestigende somatische behandeling

5. Volwassenen of adolescenten met genderdysforie en een duurzame wens tot een genderbevestigende somatische behandeling die (nog) niet voor een dergelijke behandeling in aanmerking komen (bijvoorbeeld i.v.m. onvoldoende psychische draagkracht of lichamelijke contra-indicaties)
6. Volwassenen of adolescenten met genderdysforie en een duurzame wens tot een genderbevestigende somatische behandeling die wel voor een dergelijke behandeling in aanmerking komen
7. Volwassenen of adolescenten die een genderbevestigende somatische behandeling hebben ondergaan

## LITERATUUR

- Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, version 7. *Int J Transgenderism* 2011; 13: 165-232.
- Vroege J, Nicolai L, Wiel H van de. Seksualiteitshulpverlening in Nederland. Delft: Eburon, 2001.

## b. Epidemiologie

### ACHTERGROND

Er is weinig bekend over de prevalentie van genderdysforie en de zorgbehoefte van transgender personen.

### EVIDENCE

In de Standards of Care wordt vastgesteld dat er geen goede epidemiologische studies naar de incidentie en prevalentie van transseksualiteit, genderidentiteitsstoornissen en genderdysforie zijn uitgevoerd [Coleman, 2011]. Ook wordt vermeld dat het uitvoeren van dergelijke onderzoeken gepaard gaat met grote moeilijkheden, bijvoorbeeld vanwege culturele verschillen en verschillen in definities. In hun overzichtsartikel concluderen Zucker en Lawrence eveneens dat goede epidemiologische onderzoeken ontbreken, zodat geen sterke conclusies over de prevalentie van genderdysforie bij kinderen, adolescenten en volwassenen kunnen worden getrokken [Zucker, 2009]. De laatste jaren is er meer aandacht voor genderdysforie, bij professionals, in de media en bij het publiek. Het is waarschijnlijk daardoor, zo stellen deze auteurs, dat steeds meer mensen genderdysforie bij zichzelf herkennen. Dit blijkt ook uit een meer recente analyse van Arcelus et al., die betrekking heeft op transseksualiteit. De prevalentie van transseksualiteit wordt daarin geschat op 4,6 per 100.000. Deze auteurs rapporteren een toename van de gerapporteerde prevalentie van transseksualiteit in de laatste 50 jaar [Arcelus, 2015].

Een Belgische studie uit 2007 laat een prevalentie zien van 1:12.900 voor transvrouwen en van 1:33.000 voor transmannen [De Cuypere, 2007]. Deze prevalenties zijn van een zelfde orde van grootte als in een oudere Nederlandse studie die gebaseerd is op aanmeldingen voor genderbevestigende somatische behandeling [Bakker, 1993]. Bovengenoemde onderzoeken zijn gedaan met behulp van data van genderidentiteitsklinieken (met mensen met ernstige genderdysforie en in populaties met toegang tot deze klinieken). Daardoor is de prevalentie van genderdysforie waarschijnlijk hoger dan beschreven in dit soort epidemiologische studies.

Deze hogere prevalentie komt naar voren in een in 2012 gepubliceerd Nederlands onderzoek naar de prevalentie van genderdysforie [Kuyper, 2012]. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een representatieve gewogen steekproef en een online vragenlijst. In totaal hebben 41.831 mensen een uitnodiging gekregen om deel te nemen aan dit bevolkingsonderzoek. Hiervan heeft 19% de vragenlijst volledig ingevuld. De belangrijkste resultaten van dit onderzoek zijn weergegeven in tabel 3.

TABEL 3. PREVALENTIE VAN GENDERIDENTITEIT, GENDERDYSFORIE EN SOMATISCHE BEHANDELWENS IN NEDERLAND (N=8064)

	Mannelijk geboortegeslacht	Vrouwelijk geboortegeslacht
<b>Genderidentiteit</b>		
Ambivalente genderidentiteit	4,6	3,2
Incongruente genderidentiteit	1,1	0,8
<b>Genderdysfore gevoelens</b>		
Ambivalente genderidentiteit én onvrede lichaam	1,0	0,6
Incongruente genderidentiteit én onvrede lichaam	0,3	0,3
<b>Somatische behandelwens</b>		
Ambivalente genderidentiteit én behandelwens	0,7	0,2
Incongruente genderidentiteit én behandelwens	0,3	0,05
Ambivalente genderidentiteit, onvrede lichaam én behandelwens	0,4	0,2
Incongruente genderidentiteit, onvrede lichaam én behandelwens	0,2	0,05

Wanneer gekeken wordt naar het aantal mensen dat een ambivalente of incongruente genderidentiteit heeft in combinatie met onvrede met het lichaam en de wens voor genderbevestigende somatische behandeling met behulp van hormonen en/of operaties, dan gaat dat om 0,6% van de Nederlandse personen met een mannelijk geboortegeslacht (95% BI: 0,4-0,8) en 0,25% van de Nederlandse personen met een vrouwelijk geboortegeslacht (95% BI: 0,1-0,3). Het zou hier dan gaan om 22.000 tot 44.000 personen met een mannelijk geboortegeslacht en 5.500 tot 16.500 personen met een vrouwelijk geboortegeslacht tussen de 15 en 65 jaar in Nederland die een somatisch traject overwegen. Dit is veel meer dan zich op dit moment aanmelden bij een genderteam in een van de ziekenhuizen. Waarschijnlijk is er een nog veel grotere groep die genderdysfore gevoelens ervaart, (nog) geen somatische behandelwens heeft, maar mogelijk wel een behoefte aan psychische hulp.

Wat betreft kinderen is er een Nederlandse studie waarbij ouders rapporteerden of hun prepuberale kinderen aangeven van het andere geslacht te willen zijn [Beijsterveldt, 2006]. Hierin zei 1,0 % van de ouders van jongens en 1,7 % van de ouders van meisjes dat dit het geval was. In een gedragsgenetische studie bij 314 tweelingen (kinderen en adolescenten) werd geschat dat de prevalentie 2.3% is [Coolidge, 2002]. Een toename van het aantal verwijzingen van kinderen en adolescenten naar genderidentiteitsklinieken is beschreven door Wood et al. over de periode 1976 tot en met 2011 [Wood, 2013; Aitken, 2015].

## CONCLUSIE

Het thans beschikbare bevolkingsonderzoek laat zien dat het aantal personen waarbij mogelijk sprake is van genderdysforie veel groter is dan het aantal dat zich aanmeldt bij de genderteams in de ziekenhuizen. Deze genderteams hebben in Nederland en de omringende Westerse landen de afgelopen jaren te maken gehad met een sterke toename in aantal aanmeldingen, waarschijnlijk ten gevolge van een grotere erkenning en betere herkenning van transgender gevoelens bij de betrokkenen zelf en bij hulpverleners. In hoeverre deze groei in vraag naar somatische behandeling doorzet is moeilijk te voorspellen. Dat de vraag naar psychische zorg voor transgender personen verder toe zal nemen is eveneens denkbaar.

## OVERIGE OVERWEGINGEN

Door het beter zichtbaar en erkend worden van transgender personen zal de vraag naar psychische en somatische zorg naar verwachting toenemen. Beter toegankelijke en vindbare psychische genderzorg voorafgaand aan, parallel aan en na afloop van een eventueel somatisch traject is hierbij essentieel.

Door het Kennis en Zorgcentrum Genderdysforie van het VU medisch centrum wordt circa 85% van de somatische zorg aan transgender personen in Nederland geleverd. Het genderteam van het VUmc rapporteert een forse toename van het aantal verwijzingen naar het genderteam. Er zijn in 2015 ongeveer 700 mensen aangemeld, waaronder zo'n 200 kinderen en adolescenten. Daarnaast heeft het UMCG een genderteam voor volwassenen en had het LUMC een team voor kinderen en adolescenten. Ook in Groningen wordt een toename van het aantal aanmeldingen gerapporteerd.

## AANBEVELING

De werkgroep adviseert om gericht onderzoek uit te voeren om de prevalentie van genderdysforie en de behoefte aan professionele hulp daarbij beter te kunnen bepalen. Het is daarbij van belang dat rekening wordt gehouden met het feit dat bij het ervaren geslacht meer opties mogelijk zijn dan man of vrouw.

## LITERATUUR

- Aitken M, Steensma TD, Blanchard R, VanderLaan DP, Wood H, Fuentes A, et al. Evidence for an Altered Sex Ratio in Clinic- Referred Adolescents with Gender Dysphoria. *J Seks Med* 2015; 12: 756-63.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 51: 957-74.
- Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psych* 2015; 30: 807-15.
- Bakker A, Kesteren PJ van, Gooren LJ, Bezemer PD. The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 237-8.
- Beijsterveldt CE van, Hudziak JJ, Boomsma DI. Genetic and environmental influences on cross-gender behavior and relation to behavior problems: a study of Dutch twins at ages 7 and 10 years. *Arch Sex Behav* 2006; 35: 647-58
- Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, version 7. *Int J Transgenderism* 2011; 13: 165-232.
- Coolidge FL, These L, Young SE. The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behavior Genetics* 2002; 32: 251-7.

- Cuypere G de, Hemelrijck M van, Michel A, Carael B, Heylens G, Rubens R, et al. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *Eur Psychiatry* 2007; 22: 137-41.
- Kuyper L. Transgenders in Nederland: prevalentie en attitudes. *Tijdschr Seks* 2012; 36: 129-35.
- Woord H, Sasaki S, Bradley SJ, Singh D, Fantus S, Owen-Anderson A, et al. Patterns of referral to a gender identity service for children and adolescents (1976-2011): age, sex ratio, and sexual orientation. *J Sex Marital Ther* 2013; 39: 1-6.
- Zucker KJ, Lawrence AA. Epidemiology of Gender Identity Disorder: Recommendations for the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health. *Int J Transgenderism* 2009; 11.

## Hoofdstuk 3. Signalering

### ACHTERGROND

Personen waarbij sprake is van genderdysforie kunnen moeite hebben om de stap naar zorg te zetten en hiervoor bijvoorbeeld de huisarts te raadplegen. Transgenderproblematiek wordt in de reguliere hulpverlening en ook door ouders aanvankelijk vaak niet herkend. Vooral als de genderdysforie gepaard gaat met schaamte, uit mensen zich vaak eerst met andere problematiek (zoals somberheid, angst en depressie, zelfverwaarlozing, eetstoornissen), zeker wanneer zij hulp zoeken bij een niet-gespecialiseerde zorgverlener. Bij adolescenten kunnen oppositionele stoornissen, slechte schoolprestaties en/of sociale isolatie eerst naar voren komen. De onderliggende identiteitsvraag komt dan soms helemaal niet naar boven.

Genderdysforie kan tot grote problemen leiden als dit door de betrokkene of door de omgeving niet kan worden geuit, of als er sprake is van bijkomende psychiatrische problematiek, zoals autisme.

Er bestaat bij de meeste zorgverleners een gebrek aan kennis over transgenderproblematiek (bijvoorbeeld over ontwikkelingsrisico's bij het opgroeien met genderdysforie, waaronder de gevolgen van minderheidsstress) [Sanchez, 2006]. De incidentie van genderdysforie is relatief laag (zie hoofdstuk epidemiologie), zodat de meeste zorgverleners niet veel transgender personen zien en er dus geen ervaring mee op doen. In lang niet alle zorgopleidingen wordt er aandacht aan transgenderproblematiek besteed. Als de problemen wel wordt onderkend, is het voor onervaren zorgverleners vaak moeilijk om in te schatten wat wel en wat geen verband houdt met de genderdysforie en of de behandeling in eerste instantie gericht moet zijn op de genderdysforie zelf of op de bijkomende problemen. Er is veel onbekendheid bij zorgverleners over de mogelijkheden van behandeling in de GGZ. Verder is er bij zorgverleners ook regelmatig sprake van gevoelens van ongemak ten opzichte van transgender personen, waardoor zij snel doorverwijzen naar een genderteam in een ziekenhuis, terwijl diagnostiek en behandeling in de GGZ wellicht wel mogelijk zou zijn geweest.

Naast onbekendheid met het verschijnsel is er – vaak ook bij voldoende kennis - een probleem in de erkenning: er rust een stigma op genderdysforie. Dit kan leiden tot bagatelliseren, maar ook tot 'overerkenning' (kokerdenken). Alle problemen (dus ook die daarvan losstaan) worden dan toegeschreven aan de genderdysforie en niet op zichzelf behandeld. Indien sprake is van genderdysforie, wordt vaak direct aangenomen dat men zich geheel identificeert met het 'andere' geslacht. Alleen een genderbevestigende somatische behandeling wordt overwogen, terwijl er meerdere diagnostische en behandelwegen mogelijk zijn.

### EVIDENCE

In het eerder genoemde onderzoek van Kuypers is ook de attitude van de Nederlandse bevolking ten aanzien van transgender personen geanalyseerd [Kuypers, 2012]. Aan dit onderzoek nam een gewogen steekproef van 8064 mensen deel. Aan de betrokkenen werden stellingen voorgelegd. Uit dit onderzoek blijkt dat ruim 20% van de respondenten vond dat er iets mis is met mensen die zich geen man of vrouw voelen. Meer dan de helft van de mensen gaf aan het belangrijk te vinden dat iemand zich als man of als vrouw uit. Ruim 20% wil niet omgaan met mensen van wie niet duidelijk is of ze man of vrouw zijn. Bijna 40% van de respondenten gaf aan dat mensen die van geslacht willen veranderen hun operaties zelf moeten betalen. Ten tijde van de ontwikkeling van deze kwaliteitsstandaard kwam een update van bovengenoemd rapport beschikbaar [Kuypers, 2016]. Uit de nieuwe gegevens kwam naar voren dat nu 25% van de mensen van mening was dat er iets mis is met mensen die zich geen man of vrouw voelen. Van de respondenten vindt 46% het belangrijk om te weten of iemand man of vrouw is en 15% gaat liever niet om met mensen van wie niet duidelijk is of ze man of vrouw zijn. Operaties om van geslacht te veranderen moeten volgens 36% van de respondenten door patiënten zelf betaald worden.

Norton en Herek beschreven de resultaten van een dwarsdoorsnedeonderzoek onder 2281 heteroseksuele volwassenen in de Verenigde Staten [Norton, 2013]. De attitude ten aanzien van transgender personen correleerde sterk met die ten aanzien van homo- en biseksualiteit, maar was negatiever. Heteroseksuele mannen hadden een negatievere attitude dan heteroseksuele vrouwen. Er was een relatie tussen een negatieve attitude en het aanhangen van een dichotome verdeling van geslacht, autoritair handelen, conservatisme, anti-egalitarisme, religiositeit, en gebrek aan persoonlijk contact met seksuele minderheden.

Sanchez et al. onderzochten de attitude van medisch studenten in de Verenigde Staten om lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen te behandelen [Sanchez, 2006]. Aan 320 3<sup>e</sup>- en 4<sup>e</sup>-jaars studenten werd een online vragenlijst voorgelegd; 77,5% van de studenten beantwoordde de vragenlijst. De gemiddelde attitude was positief (4,15 op een schaal van 5, sd = 0,55), waarbij studenten die ervaring hadden met LGBT (lesbian, bisexual,

gay and transgender)-personen een positievere attitude hadden dan studenten die hiermee geen ervaring hadden. In een Canadees onderzoek van Ali et al. werd de attitude van psychiaters ten aanzien van transgender personen onderzocht [Ali, 2015]. Hiervoor werd een online onderzoek onder 142 psychiaters uitgevoerd. De resultaten hieruit waren minder negatief dan eerder gepubliceerde gegevens. Scores op de 'Genderism and Transphobia Scale' bleken gerelateerd aan genderidentiteit, politieke ideologie, religiositeit en mate van professioneel en persoonlijk contact.

In het rapport van het Sociaal en Cultureel Planbureau 'Worden wie je bent' zijn ook ervaringen van transgender personen met psychische en somatische hulp opgenomen. Bij 47% van de respondenten wilde de huisarts wel helpen, maar had deze onvoldoende informatie. Dat gold ook voor 26% van de respondenten bij een vrijgevestigde psychiater of psycholoog en bij 33% van de respondenten bij een GGZ-instelling [Keuzenkamp, 2012]. Thomas et al. onderzochten de effectiviteit van een lezing onder artsen over behandeling van transgender personen in de Verenigde Staten [Thomas, 2015]. Na de lezing steeg het percentage artsen dat zich zeker genoeg voelde om hormonale behandeling te begeleiden van 5% naar 71% (bij transvrouwen) en 76% (bij transmannen). De kennis t.a.v. behandeling van transgender personen nam toe en meer artsen waren na de lezing van mening dat hormonale en chirurgische behandeling aan transgender personen moet worden aangeboden.

Om genderproblematiek vroeg te kunnen signaleren, wordt in een Canadese richtlijn gesuggereerd bij de intake van mensen in de zorg bij de opgave van het geslacht geen dichotome keuze te geven (maar bijv. meerdere categorieën waaronder transgender of de mogelijkheid om 'vrije tekst' in te vullen) [Feldman, 2006].

Ehrbar et al. voerden een onderzoek uit onder 73 psychologen in de Verenigde Staten [Ehrbar, 2008]. Zij legden vignetten met case-beschrijvingen van kinderen met en zonder genderdysforie voor ter beoordeling. Slechts 8% van de psychologen diagnosticeerde een genderidentiteitsstoornis (volgens DSM-IV-TR) bij een kind met alle gedragskenmerken van genderidentiteitsproblematiek. Als additionele informatie werd gegeven, waarbij het kind zelf een cross-gender identiteit aangaf, steeg dit percentage tot 27%.

## Beloop van genderdysforie van kindertijd naar volwassenheid

Voor veel ouders en hulpverleners is een belangrijke vraag hoe vaak genderdysforie bij kinderen blijft bestaan na de puberteit. Daarover is wel onderzoek gedaan, maar alleen bij kinderen verwezen naar een gespecialiseerde genderkliniek. Door Wallien et al. werden 77 kinderen geïncludeerd die naar een kliniek voor genderdysforie waren verwezen [Wallien, 2008]. Bij follow-up, na gemiddeld meer dan 10 jaar, en na de puberteit, werden psychoseksuele uitkomsten onderzocht. Hierbij was er 30% uitval, 27% was nog steeds genderdysfoor en 43% was niet meer genderdysfoor. Andere follow-up onderzoeken van kinderen verwezen naar een gespecialiseerde genderkliniek laten nog lagere percentages persistentie zien, waarbij in onderzoek dat recent gedaan is, het percentage persistentie wel hoger is dan bij eerder onderzoek, maar nooit uitkwam boven de 30% [Steensma, 2013]. Door onderzoek van Steensma et al. is ook iets bekend over de factoren die van invloed zijn op het al dan niet persisteren van genderdysforie bij kinderen [Steensma, 2013]. In dit onderzoek werden 127 adolescenten geïncludeerd, die als kind in zorg waren gekomen vanwege genderdysforie. Intense vroege genderdysforie bleek een belangrijke voorspeller voor het persisteren van genderdysforie. Ook persisteerde de genderdysforie vaker bij kinderen met een vrouwelijk geboortegeslacht. Cross-genderidentificatie (cognitief en/of affectief) en vroege transitie naar de gewenste sociale rol bleken eveneens voorspellers van persisterende genderdysforie (de voorspellers verschilden enigszins tussen jongens en meisjes). Echter, het is nog niet mogelijk om te voorspellen of de genderdysforie van een individueel kind dat wordt aangemeld zal persisteren.

## OVERIGE OVERWEGINGEN

Mensen met transgender gevoelens kunnen zich in de zorg op verschillende manieren presenteren. Sommigen zijn open over hun genderidentiteit, anderen zijn gesloten en vermijden bijvoorbeeld lichamelijk/genitaal onderzoek. Soms is er sprake van verwarring over de eigen identiteit. Transgender personen kunnen moeite hebben om hun problemen ter sprake te brengen. Het is belangrijk rekening te houden met een mogelijke angst voor negatieve reacties. Dit geldt zeker voor personen uit niet-westerse of religieuze groepen waarin transgender zijn niet wordt geaccepteerd.

Het is wenselijk een omgeving te creëren waarin de persoon zich vrij voelt om te spreken over de genderidentiteit. Betrokkene moet zich niet onder druk gezet voelen (ook niet door de zorgverlener) om aan een behandeling te beginnen die men niet wenst of waar men nog niet aan toe is. De door hulpverleners ervaren ongemakkelijkheid in de zorg voor mensen met transgender gevoelens kan afnemen door ervaring en kennisverwerving (opleiding, training).

Mensen zijn doorgaans bij hun huisarts ingeschreven als man of vrouw. Bij verwijzing door de huisarts, naar bijvoorbeeld de GGZ, wordt dit geregistreerde geslacht veelal automatisch overgenomen. Dit kan een belemmering vormen voor transgender personen om open te zijn over hun gevoelens.

#### AANBEVELING

Hulpverleners dienen zich ervan bewust te zijn dat sprake kan zijn van transgenderproblematiek bij mensen die zich met psychische of lichamelijke problemen melden en dat de religieuze of etnische achtergrond van hen of hun naasten de omgang daarmee extra gecompliceerd kan maken.

De werkgroep is van mening dat het uiten van transgender gevoelens gefaciliteerd kan worden door transgendersensitiviteit uit te stralen, bijvoorbeeld door in informatiemateriaal aan te geven dat transgender personen welkom zijn en waar mogelijk (formulieren, registratiesysteem, toiletten) ook meer opties te geven dan alleen man of vrouw.

De werkgroep adviseert aan hulpverleners om afspraken te maken met cliënten over de manier waarop zij aangesproken willen worden en deze waar mogelijk vast te leggen in de systemen.

Voor het adequaat behandelen van mensen met transgender gevoelens is specifieke kennis nodig. Als zorgverleners deze kennis ontberen, is het noodzakelijk deze kennis te vergaren, dan wel te verwijzen naar een hulpverlener die deze kennis wel heeft. Als de zorgverlener zich gehinderd voelt door eigen normen en waarden, emoties en/of culturele achtergrond, is dat eveneens reden om door te verwijzen.

#### LITERATUUR

- Ali N, Fleisher W, Erickson J. Psychiatrists' and psychiatry residents' attitudes toward transgender people. *Acad Psychiatry* 2015; Mar 6 [Epub ahead of print].
- Ehrbar RD, Witty MC, Ehrbar HG, Bockting WO. Clinician judgment in the diagnosis of gender identity disorder in children. *J Sex Marital Ther* 2008; 34: 385-412.
- Feldman JL, Goldberg J. Transgender primary medical care: suggested guidelines for clinicians in British Columbia. Vancouver Coastal Health, 2006.
- Keuzenkamp, S. Worden wie je bent. Het leven van transgenders in Nederland. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, 2012.
- Kuyper L. Transgenders in Nederland: prevalentie en attitudes. *Tijdschr Seksuol* 2012; 36: 129-135.
- Kuyper L. LHBT-monitor 2016. Opvattingen over en ervaringen van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen. Sociaal en Cultureel Planbureau, 2016: [https://www.scp.nl/Publicaties/Alle\\_publicaties/Publicaties\\_2016/LHBT\\_monitor\\_2016](https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2016/LHBT_monitor_2016).
- Norton AT, Herek GM. Heterosexuals' attitudes toward transgender people: findings from a national probability sample of U.S. adults. *Sex Roles* 2013; 68: 739-53.
- Sanchez NF, Rabatin J, Sanchez JP, Hubbard S, Kalet A. Medical students' ability to care for lesbian, gay, bisexual, and transgendered patients. *Fam Med* 2006; 38: 21-7.
- Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BP, Beekman AJ, Cohen-Kettenis PT. Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52: 582-90.
- Thomas DD, Safer JD. A simple intervention raised resident-physician willingness to assist transgender patients seeking hormone therapy. *Endocr Pract* 2015; jul 2015 [Epub ahead of print].
- Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47: 1413-23.

## Hoofdstuk 4. Diagnostiek

### ACHTERGROND

Zorgverleners realiseren zich vaak onvoldoende dat bij transgender personen sprake kan zijn van verschillende hulpvragen en dat het opheffen van de verwarring en het helder krijgen wat er aan de hand is één van die mogelijke hulpvragen is. Probleemverkenning is dan ook de allereerste stap. Men kan zich er sterk bewust van zijn dat hoe men zich voelt niet overeenkomt met het geslacht dat men bij de geboorte kreeg toegewezen zonder zeker te zijn van de genderidentiteit die wel overeenkomt met die beleving. Niet altijd is dat namelijk de ‘andere’ gender. Onderzoek van de eigen identiteit en kennis over mogelijke behandelingen en levensstijlen is daarom belangrijk.

Zorgverleners verwijzen transgender personen soms te snel naar de genderteams in de ziekenhuizen en realiseren zich vaak onvoldoende dat men daar vooral de vraag probeert te beantwoorden of iemand voor somatische behandeling in aanmerking komt. Een deel van de transgender personen wil echter geen somatische ingrepen. Een ander deel zal daaraan voorafgaand eerst een aantal zaken helder willen krijgen. Ook kan een psychologische behandeling (bijvoorbeeld in het geval van PTSS, iets dat veel voorkomt bij vluchtelingen) of extra voorbereiding gewenst zijn voor men aan een genderbevestigende somatische behandeling begint.

De werkgroep heeft ervoor gekozen de volgende doelgroepen te benoemen:

1. Kinderen voor de puberteit met genderidentiteitsvragen of genderdysforie
2. Volwassenen of adolescenten die in verwarring zijn over hun genderidentiteit
3. Volwassenen of adolescenten bij wie sprake is van problemen m.b.t. travestie (al dan niet fetisjistisch)
4. Volwassenen of adolescenten met genderdysforie, maar zonder duurzame wens tot een genderbevestigende somatische behandeling
5. Volwassenen of adolescenten met genderdysforie en een duurzame wens tot een genderbevestigende somatische behandeling die (nog) niet voor een dergelijke behandeling in aanmerking komen (bijvoorbeeld i.v.m. onvoldoende psychische draagkracht of lichamelijke contra-indicaties)
6. Volwassenen of adolescenten met genderdysforie en een duurzame wens tot een genderbevestigende somatische behandeling die wel voor een dergelijke behandeling in aanmerking komen
7. Volwassenen of adolescenten die een genderbevestigende somatische behandeling hebben ondergaan

### EVIDENCE

Er is consensus dat genderdysfore gevoelens niet te ‘genezen’ zijn met psychotherapie en dat er geen psychologische hulpverleningsstrategie beschikbaar is die de genderidentiteit in overeenstemming kan brengen met het geboortegeslacht [Cohen-Kettenis, 1999]. De WPATH Standards of Care noemen psychotherapie gericht op het veranderen van de genderidentiteit dan ook onethisch [Coleman, 2011].

De American Academy of Child and Adolescent Psychiatry heeft in 2013 een practice parameter uitgebracht over seksuele oriëntatie, gendernonconformiteit en genderidentiteitsproblemen bij kinderen en adolescenten [AACAP, 2013]. Hierin staat onder andere dat kinderen en adolescenten een uitgebreide, voor de leeftijd geschikte diagnostische evaluatie moeten krijgen, waarbij ook de psychoseksuele ontwikkeling is geïncorporeerd. Vragen rondom seksuele gevoelens, ervaringen, identiteit of genderrol kunnen hierbij helpen. Het is belangrijk dat de zorgverlener hierbij niet oordelend werkt en er geen aannames worden gedaan. Als uit dit onderzoek blijkt dat er problemen zijn met seksuele oriëntatie of genderidentiteit, dan moet dit nader geëxploreerd worden. Een ‘vertrouwelijke sfeer’ is bij deze doelgroep van groot belang. Daarnaast wordt in de practice parameter ook aandacht besteed aan de ouders (ideeën over wat acceptabel is, culturele achtergrond, verwachtingen). Risicofactoren voor psychiatrische aandoeningen moeten in kaart worden gebracht. Hieronder vallen onder meer pesten, suïcidepogingen, hoog-risicogedrag, middelenmisbruik en seksueel overdraagbare aandoeningen.

De Vancouver Guidelines geven aanbevelingen voor eerstelijns zorg (huisarts, verpleegkundige) voor transgender personen in British Columbia [Feldman, 2006]. In deze richtlijnen zijn ook aanbevelingen opgenomen voor de ‘assessment’. Daarnaast wordt aanbevolen sensitiviteit te betrachten bij het uitvragen van de seksuele voorgeschiedenis indien relevant (seksuele oriëntatie, risicogedrag in relatie tot seksueel overdraagbare aandoeningen, seksuele functie en seksueel geweld). Bij de psychosociale anamnese komen onderwerpen als familie, en economische en sociale omstandigheden aan de orde, omdat deze een bron van stress kunnen zijn bij de transgender. Voorbeelden hiervan zijn sociale isolatie, afwijzing door familie en discriminatie, wat kan leiden tot bijvoorbeeld schaamte en schuldgevoelens. De psychosociale dynamiek kan gecompliceerd zijn, zeker tijdens de sociale transitie. De Vancouver Guidelines geven aan dat lotgenotencontact of professionele hulp dan zinvol kan zijn, niet alleen voor de transgender

persoon, maar ook voor de omgeving. Transgender personen kunnen in slechte economische omstandigheden leven (bijvoorbeeld als gevolg van discriminatie op het werk of afwijzing door familie) en huisvestingsproblemen komen vaak voor. Hiervoor kan gespecialiseerde hulp ingeroepen worden.

De Vancouver Guidelines adviseren verder ook aandacht te besteden aan de vraag of op eigen initiatief cross-seks hormonen zijn gebruikt (en of dit gepaard ging met complicaties), of er genderbevestigende chirurgie heeft plaatsgevonden (inclusief complicaties) en of de transgender persoon hiervan in de toekomst gebruik wil maken. Mensen geven dit soort informatie niet altijd vanuit zichzelf. Overige diagnostische aanbevelingen uit de Vancouver Guidelines liggen met name op het somatische vlak en worden in deze kwaliteitsstandaard daarom niet nader besproken.

Ook de American Psychological Association heeft richtlijnen uitgebracht voor de psychologische diagnostiek en behandeling van transgender personen [APA, 2015]. Hierin staat onder meer vermeld dat psychologen oog moeten hebben voor psychische klachten die al dan niet gerelateerd zijn aan het transgender zijn (zie ook de paragraaf Co-existente psychische problemen in hoofdstuk 5) en voor de psychologische effecten van minderheidsstress. Daarnaast dient er aandacht te zijn voor familierelaties en, indien er sprake is van een partner, voor de veranderende (seksuele) relatie. In de richtlijnen staan daarnaast de voordelen van interdisciplinaire samenwerking genoemd en het streven tot samenwerking met andere zorgaanbieders.

#### OVERIGE OVERWEGINGEN

In de in Nederland ontwikkelde zorgprogramma's wordt eveneens uitgebreid aandacht besteed aan de uitvoering van diagnostiek bij transgender personen in de GGZ [Carlier, 2006].

**Er is op dit moment geen consensus over hoe de indicatiestelling voor genderbevestigende somatische behandeling het beste vorm kan krijgen. Er worden drie modellen onderscheiden:**

1. Indiciestelling door gespecialiseerde multidisciplinaire teams. Dit is de werkwijze van de genderteams in de academische ziekenhuizen. Binnen deze genderteams is een psychodiagnostisch traject en begeleiding door psychologen gericht op de somatische behandeling een onlosmakelijk onderdeel van het somatisch traject. GGZ-behandelaren doen geen uitspraken over de geschiktheid van cliënten om een dergelijke behandeling te ondergaan.
2. Indiciestelling door psychologen en psychiaters (vier-ogen-principe) die een samenwerkingsverband hebben met artsen (in Nederland of daarbuiten) die genderbevestigende somatische behandelingen uitvoeren, maar niet aan één van de bovengenoemde genderteams verbonden zijn. Deze hulpverleners bieden naast het psychodiagnostisch traject en psychische begeleiding gericht op de somatische behandeling, ook behandeling van psychische comorbiditeit.
3. Indiciestelling op basis van 'informed consent'. Bij deze werkwijze beperkt het psychodiagnostisch traject zich tot het geven van informatie aan en het vaststellen van de wilsbekwaamheid van de cliënt die een genderbevestigende somatische behandeling wil ondergaan. Deze werkwijze wordt voor zover bekend in Nederland nog niet toepast.

Voorstanders van model 1 benadrukken dat cliënten met hun GGZ-hulpverlener een vertrouwensband aan moeten kunnen gaan die niet wordt belast door de wetenschap dat toegang tot de somatische behandeling door deze hulpverlener wordt geïndiceerd. Het binnen de genderteams bestaande multidisciplinaire overleg wordt bij het nemen van beslissingen over de indicaties als cruciaal gezien. Voorstanders van model 2 wijzen op de keuzevrijheid van cliënten, de (onnodige) belasting van twee afzonderlijke diagnostiektrajecten en de voordelen voor capaciteit en spreiding. Voorstanders van model 3 gaan uit van het recht op zelfbeschikking van de cliënt. Model 3 kent behalve uitgesproken voorstanders ook uitgesproken tegenstanders. Tegenstanders geven aan dat de betrokkenheid van een psycholoog en psychiater essentieel is bij de indicatiestelling voor een genderbevestigende somatische behandeling.

#### AANBEVELING

Het is belangrijk om te beseffen dat er een grote variatie in hulpvragen is bij mensen met een (mogelijk) genderidentiteitsprobleem. De hulpverlener dient samen met de cliënt uit te zoeken wat de hulpvraag is en vervolgens na te gaan welke vormen van nadere diagnostiek en behandeling nodig zijn. Daarbij is het van belang een open en vertrouwenwekkende houding te hebben.

De werkgroep is van mening dat transgender personen niet alleen recht hebben op indicatiestelling voor een genderbevestigende somatische behandeling, maar ook op diagnostiek in het kader van psychische zorg binnen de GGZ.

Het is belangrijk dat tijdens de diagnostische fase voldoende aandacht is voor de psychische problematiek van betrokkenen.

De werkgroep vindt het heel belangrijk dat er consensus komt over de kwaliteitsvoorwaarden waaraan de indicatiestelling voor genderbevestigende somatische behandeling moet voldoen. Belangrijke discussiepunten daarbij zijn: het al dan niet organiseren van multidisciplinaire besluitvorming, het al dan niet laten samengaan van de rollen behandelaar en indicatiesteller, beschikbaarheid en bereikbaarheid, en keuzevrijheid/zelfbeschikking.

## LITERATUUR

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. AACAP Releases Practice Parameter on Sexual Orientation, Gender Nonconformity, and Gender Identity Issues in Children and Adolescents. *Am Fam Physician* 2013; 88: 202-5.
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People. Retrieved from <http://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf>.
- Carlier BE, Janssen CJM, Rhee C van der, Lotgerink HBF, Vroege JA. Seksualiteitshulpverlening in de tweedelijns GGZ. Zorgprogramma 'Genderidentiteitsstoornissen'. Den Haag, Utrecht, Utrecht: Parnassia, Altrecht, Rutgers Nisso Groep, 2006 [Bewerking uit 2011 door de Programmaraad Seksuologie van PsyQ].
- Cohen-Kettenis PT, Gooren LJ. Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *J Psychosom Res* 1999; 46: 315-33.
- Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *Int J Transgenderism* 2011; 13: 165-232.
- Feldman JL, Goldberg J. Transgender primary medical care: suggested guidelines for clinicians in British Columbia. Vancouver Coastal Health, 2006.
- Humanitas Werkgroep Transsexualiteit en Genderdysforie. (2003). GGZ Zorgprogramma psychosociale hulpverlening aan transeksuele en genderdysfore patiënten en hun familie. Amsterdam: Landelijk Bureau van de Vereniging Humanitas, 2003.

## Hoofdstuk 5. Behandeling

### Goede psychische zorg

#### ACHTERGROND

In deze kwaliteitsstandaard worden de volgende groepen onderscheiden:

1. Kinderen voor de puberteit met genderidentiteitsvragen of genderdysforie
2. Volwassenen of adolescenten die in verwarring zijn over hun genderidentiteit
3. Volwassenen of adolescenten bij wie sprake is van problemen m.b.t. travestie (al dan niet fetisjistisch)
4. Volwassenen of adolescenten met genderdysforie, maar zonder duurzame wens tot een genderbevestigende somatische behandeling
5. Volwassenen of adolescenten met genderdysforie en een duurzame wens tot een genderbevestigende somatische behandeling die (nog) niet voor een dergelijke behandeling in aanmerking komen (bijvoorbeeld i.v.m. onvoldoende psychische draagkracht of lichamelijke contra-indicaties)
6. Volwassenen of adolescenten met genderdysforie en een duurzame wens tot een genderbevestigende somatische behandeling, die wel voor een dergelijke behandeling in aanmerking komen
7. Volwassenen of adolescenten die een genderbevestigende somatische behandeling hebben ondergaan

Transgender personen melden zich in de GGZ met verschillende hulpvragen en de hulp die zij krijgen richt zich dan ook op verschillende behandeldoelen. Mogelijke behandeldoelen zijn:

1. Duidelijk krijgen wat er met hen aan de hand is (bijvoorbeeld bij groep 1 en 2)
2. Duidelijk krijgen wat men wil (bijvoorbeeld bij groep 1, 2, 3 en 4)
3. Verwerken van de teleurstelling over het feit dat men (nog) niet voor een genderbevestigende somatische behandeling in aanmerking komt en het voorkomen van stappen die de gezondheid kunnen schaden, zoals het zelf starten met een hormoonbehandeling bijvoorbeeld met behulp van medicatie verkregen via internet (bijvoorbeeld bij groep 5)
4. Vergroten van de psychische draagkracht en het verminderen van de psychische problemen (bijvoorbeeld bij groep 5.)
5. Aanpassing aan de nieuwe levenssituatie, optimaliseren van sociale contacten, dagbesteding/werk, seksualiteit/intimiteit en lichaamsbeleving (bijvoorbeeld bij groep 6 en 7)
6. Zelfacceptatie (bij alle groepen)

Dit overzicht van mogelijke behandeldoelen sluit aan op inzichten in de directe en indirecte gevolgen van een leven met genderdysforie c.q. als transgender persoon:

- In een wereld waarin men ofwel man ofwel vrouw is, en waarin het geboortegeslacht bepaalt tot welke categorie men behoort, is de verwarring groot wanneer het innerlijk niet met dit geboortegeslacht overeenkomt. Om de eigen identiteit te leren kennen en te gaan accepteren moeten vaak allerlei innerlijke barrières (wantrouwen ten opzichte van de eigen gedachten, angst, schaamte, enzovoort) worden overwonnen.
- Wanneer men uiting wil geven aan de transgender-identiteit is er de confrontatie met de buitenwereld en met de gevolgen van de eigen coping-strategieën uit het verleden. De wens tot het (onmiddellijk) ondergaan van een genderbevestigende somatische behandeling kan conflicteren met de behandelmogelijkheden en met de duur van het traject.
- De erfenis van opgroeien met genderdysforie, zowel op mentaal als op lichamelijk vlak, kan psychische klachten blijven veroorzaken. Ervaren stigmatisatie van transgender gevoelens, sociale uitsluiting, hooggespannen verwachtingen over de resultaten van behandeling en schaamte over het feit dat die niet allemaal gerealiseerd zijn, kunnen er allen toe leiden dat transgenders na de behandeling geen hulp vragen of dit te laat doen.

Behandeling van transgender personen in de GGZ kan verschillende vormen hebben. Bij kinderen met genderidentiteitsvragen zullen ook de ouders – in de regel degenen die om hulp vragen - en soms ook broertjes en zusjes bij de behandeling worden betrokken. Ook bij adolescenten zal dit vaak het geval zijn. Bij volwassenen zal vaak de partner en zullen soms ook de kinderen van de cliënt bij de behandeling worden betrokken. Behalve individuele gesprekken kunnen in de GGZ dus ook partnerrelatie- en gezinsgesprekken plaatsvinden. Groepsbehandeling kan een belangrijke rol spelen bij de identiteitsontwikkeling en bij het doorbreken van het psychisch isolement. Het verdient daarbij de voorkeur te werken met groepen cliënten met een soortgelijke hulpvraag en soortgelijke behandeldoelen. Als behandelaars te weinig transgender cliënten zien voor groepsbehandeling is

verwijzing naar een zorgaanbieder met een dergelijk aanbod (en dus: behandeling op twee plaatsen) een goede mogelijkheid. Hierbij kunnen problemen met de financiering optreden (zie hoofdstuk 6).

## EVIDENCE

### EFFECTEN VAN BEHANDELING

Effecten van behandelingen zonder somatische component zijn tot op heden niet geëvalueerd in grotere cohorten. Dit is wel gebeurd na genderbevestigende somatische behandelingen. Een genderbevestigende somatische behandeling voor genderdysforie, inclusief hormonen en operaties, blijkt bij follow-up te leiden tot goede chirurgische en psychosociale uitkomsten [Coleman, 2011]. Dat neemt niet weg dat in vergelijking met mensen uit de algemene bevolking ook na behandeling belangrijke gezondheidsverschillen bestaan. Ook na een genderbevestigende somatische behandeling kan er dus behoefte zijn aan psychische hulp. De volgende twee studies laten dat zien.

In een Zweeds onderzoek van Dhejne et al. [2011] zijn alle 324 personen die in de periode 1973 tot en met 2003 een geslachtsaanpassende behandeling hebben ondergaan vergeleken met controles (steekproef uit algemene bevolking). Bij de follow-up bleek de mortaliteit hoger voor personen die een genderbevestigende operatie hadden ondergaan dan voor controles (HR: 2,8; 95%BI: 1,8-4,3), vooral suïcide kwam vaker voor (HR: 19,1; 95%BI: 5,8-62,9). Na een genderbevestigende somatische behandeling bleek men eveneens vaker een suïcidepoging te hebben gedaan (HR: 4,-; 95%BI: 2,9-8,5) en vaker in een psychiatrische instelling te zijn opgenomen (HR: 2,8; 95%BI: 2,0-3,9).

Asscheman et al. [2011] onderzochten de mortaliteit na langdurige behandeling met cross-seks hormonen. Dit onderzoek betrof een Nederlands cohortonderzoek onder 966 transvrouwen en 365 transmannen gedurende een mediane follow-up van 18,5 jaar, waarbij werd vergeleken met de algemene bevolking. In de transvrouwen groep was de mortaliteit 51% hoger dan in de algemene bevolking, met name vanwege suïcide, aids, cardiovasculaire aandoeningen en drugsmisbruik. Bij transmannen was geen sprake van verhoogde mortaliteitscijfers.

### BESTAANDE RICHTLIJNEN

Bestaande richtlijnen voor transgenderzorg (meest gericht op genderbevestigende somatische behandelingen) benadrukken dat psychische zorg voor transgender personen belangrijk is en meer moet behelzen dan alleen de indicatiestelling voor deze zorg [Coleman et al., 2011, Hembree et al., 2009, Royal College of Psychiatrists, 2013]. Twee eerder genoemde, recent verschenen, richtlijnen gaan specifiek over psychische hulpverlening: de ‘*Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People*’, gepubliceerd door de American Psychological Association [APA, 2015] en de ‘*Practice Parameter on Gay, Lesbian, or Bisexual Sexual Orientation, Gender Nonconformity, and Gender Discordance in Children and Adolescent*’ gepubliceerd door de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [2012]. Deze richtlijnen worden hieronder meer uitgebreid besproken.

In de APA richtlijnen van 2015 wordt het belang van psychische zorg vanwege de kwetsbaarheid voor stigmatisering en discriminatie van transgender personen benadrukt (zie ook eerder in dit document). Een respectvolle, gendersensitieve, ontwikkelingsadequate, steunende attitude is een van de belangrijkste voorwaarden voor goede psychische zorg, aldus deze richtlijnen [APA, 2015]. De APA beschrijft verder in de hoofdstukken ‘Foundation and Knowledge’, ‘Stigma, Discrimination and Barriers To Care’, ‘Lifespan Development’, ‘Assessment, Therapy and Intervention’ en ‘Research, Education and Training’ de voorwaarden voor goede psychische zorg voor transgender en gender-nonconforming personen. Aan bod komen de kennis die psychologen moeten hebben van basisbegrippen rondom genderdiversiteit, de reflectie die ze moeten kunnen tonen op eigen vooroordelen en het belang van het onderkennen van de rol die stigma en discriminatie speelt bij het welzijn van transgender personen. Verder wordt het belangrijk geacht dat rekening wordt gehouden met de verschillende uitingvormen van genderdysforie, met de kans op persistentie of desistentie van genderdysforie in de kindertijd in vergelijking met de adolescentie en volwassenheid, en met de invloed die ‘minderheidsstress’ kan hebben op het psychisch welzijn. Tenslotte wordt het belang van goed onderzoek en goede opleiding onderstreept, zodat de kennis op de juiste wijze ingezet kan worden. [NIH, 2015].

In de “Practice Parameter” van de Amerikaans vereniging voor Kinder en Jeugdpsychiatrie [AACAP, 2012], worden negen principes beschreven voor het klinisch werk met gender-nonconforme kinderen en jongeren. In deze aanbevelingen wordt het belang van een uitgebreide complete diagnostische evaluatie benoemd en de noodzaak van een vertrouwensrelatie. Aandacht dient ook te worden besteed aan gezinsopvattingen rondom genderthema’s en de veel voorkomende ervaringen van pesten, suïcidaliteit en ander risicovol gedrag. Een jongere moet de mogelijkheid krijgen om een gezonde psychoseksuele ontwikkeling door te maken zonder een bepaald ontwikkelingspad te vroeg af te sluiten. Voor- en nadelen van een sociale transitie dienen zorgvuldig te worden afgewogen. Therapieën die seksuele geaardheid proberen te veranderen worden afgewezen. Tenslotte wordt er gewezen op het nut van zelfhulp en van belangenorganisaties.

De 'Good Practice Guidelines For The Assessment And Treatment Of Adults With Gender Dysphoria' [Royal College of Psychiatry, 2013], zijn multidisciplinaire richtlijnen die onder auspiciën van de Engelse Vereniging van Psychiatrie zijn samengesteld. Deze Practice Guidelines benadrukken het belang van multidisciplinair werken en samenwerken tussen verschillende betrokken disciplines en hulpverlenende instanties. Dat hoeft niet altijd te betekenen dat deze zich onder één dak bevinden, maar wel dat er overleg is, dat de transgender persoon vlot doorverwezen en overgedragen wordt en dat niet steeds opnieuw hetzelfde traject doorlopen moet worden. Wachtijden worden als specifiek obstakel gezien dat de zorg kan belemmeren en het psychisch functioneren nadelig kan beïnvloeden. Ook wordt speciaal aandacht gevraagd voor de overdracht van de kinder- en adolescentenzorg naar de volwassenzorg. Het recht op transgenderzorg dient onafhankelijk te zijn van etniciteit, beperking, culturele achtergrond of leeftijd.

In de Standards of Care van de WPATH staan eisen vermeld waaraan GGZ-professionals moeten voldoen om adequate zorg te kunnen verlenen aan volwassenen met genderdysforie [Coleman, 2011]. De volgende minimale criteria worden hierin genoemd:

- Een Masters opleiding of vergelijkbaar niveau op het gebied van klinische gedragswetenschappen, aan een geaccrediteerde opleiding;
- Competentie in het gebruiken van de DSM en/of ICD voor diagnostische doeleinden;
- In staat zijn om co-existente psychische problemen te herkennen en te diagnosticeren en deze te onderscheiden van (verschillende vormen en gradaties van) genderdysforie;
- Gedocumenteerde training onder supervisie en vastgestelde competentie op het gebied van psychotherapie of counseling;
- Kennis over genderdysforie en uitingen daarvan, en over diagnostiek en behandeling van genderdysforie;
- Bijscholing op het gebied van diagnostiek en behandeling van genderdysforie. Dit kan bestaan uit professionele bijeenkomsten, workshops, seminars, supervisie door een GGZ-professional met relevante ervaring, en/of deelname in onderzoek gerelateerd aan genderdysforie.

Daarnaast wordt aanbevolen dat GGZ-professionals 'culturele competenties' ontwikkelen en onderhouden die hun werk met transgender personen faciliteren. Hieronder worden onder meer verstaan dat GGZ-professionals op de hoogte zijn van maatschappelijke en beleidsontwikkelingen op dit gebied. Eveneens is kennis over seksualiteit en seksuele klachten, als ook over de diagnostiek en behandeling van seksuele stoornissen gewenst. GGZ-professionals die niet eerder in dit veld hebben gewerkt, dienen eerst onder supervisie van een GGZ-professional met vastgestelde competenties in de diagnostiek en behandeling van genderdysforie te werken.

Ook zijn in de Standards of Care aanvullende criteria opgenomen voor GGZ-professionals die kinderen en adolescenten met genderdysforie behandelen. Dit zijn de volgende aanvullende punten:

- Training in ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en adolescenten;
- Competent zijn in het diagnosticeren en behandelen van 'gewone' psychische problemen bij kinderen en adolescenten.

#### **OVERIGE OVERWEGINGEN**

- In bestaande richtlijnen en handboeken wordt gewezen op de psychische gevolgen van stigma en op minderheidsstress. Onderbelicht blijven daarbij echter de ontwikkelingsrisico's die inherent zijn aan opgroeien met genderdysfore gevoelens. Niet gezien worden, zich niet begrepen voelen en onvrede over het eigen lichaam hebben invloed op het zelfbeeld, de relatie met de omgeving en de lichaamsbeleving.
- Er zijn in Nederland geen specifieke opleidingen of cursussen in de transgenderzorg. Slechts op een zeer beperkt aantal plekken maakt transgenderzorgdeel uit van de reguliere zorgopleidingen. Zorgverleners verkrijgen hun expertise vooral op symposia en ad hoc bijeenkomsten. Om de kwaliteit van de transgenderzorg te verbeteren zijn WPATH en EPATH (de Europese afdeling) gekomen tot een Global Education Initiative, waarbij centraal geaccrediteerde trainingen worden aangeboden.
- Er is weinig bekend over psychische en sociale problemen van ouder wordende transgender personen, bijvoorbeeld hoe met deze groep wordt omgegaan als men aangewezen is op zorg en bijvoorbeeld naar het verpleeghuis moet.
- Extra kwetsbare groepen zijn transgender personen binnen een etnische of religieuze cultuur die genderdiversiteit sterk afkeurt, met een verstandelijke beperking of met bijkomende psychische stoornissen.
- Ook de positie van naasten van transgender personen verdient aandacht. Veelvuldig hebben zij, geconfronteerd met de genderdysforie van hun ouder, partner of kind, zelf een hulpbehoefte.

**AANBEVELING**

De werkgroep is van mening dat voorwaarden voor goede psychische zorg aan transgender personen zijn:

- Een respectvolle, gendersensitieve, ontwikkelingsadequate, niet-veroordelende, steunende attitude
- Specialistische kennis ten aanzien van diagnostiek en behandeling van transgender personen (en co-existente psychische problematiek) en kennis met betrekking tot ontwikkelingsrisico's van opgroeien met genderdysforie.
- Een specialistisch zorgaanbod, gericht op de hulpvraag van personen met het hele scala van gendervariatie. Daarbij kan psychoeducatie worden gegeven waar dit volstaat en counseling of therapeutische zorg waar dat nodig is. Ook gezinstherapie, partnerrelatietherapie en groepsbehandeling dienen voor deze groep beschikbaar te zijn.
- Voor naasten van transgender personen dient psychische hulp beschikbaar te zijn.
- Zorgverleners in de GGZ en somatische zorgverleners dienen niet-vrijblijvende afspraken te maken over de verdeling van taken en samenwerking tijdens het behandeltraject. Deze afspraken dienen schriftelijk te worden vastgelegd.
- De zorg dient met de hulpvrager geëvalueerd te worden.

**LITERATUUR**

- American Psychological Association (2015) Guidelines for psychological practice with transgender and gender non-conforming people retrieved from [www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf](http://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf)
- Asscheman H, Giltay EJ, Megens JAJ, de Ronde W, Trotsenburg MAA van. A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *Eur J Endocrinol* 2011; 164: 635-42.
- Carlier BE, Janssen CJM, Rhee C van der, Lotgerink HBF, Vroege JA. Seksualiteitshulpverlening in de tweedelijns GGZ. Zorgprogramma 'Genderidentiteitsstoornissen'. Den Haag, Utrecht, Utrecht: Parnassia, Altrecht, Rutgers Nisso Groep, 2006 [Bewerking uit 2011 door de Programmaraad Seksuologie van PsyQ].
- Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, version 7. *Int J Transgenderism* 2011; 13: 165-232.
- Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson ALV, Langstrom N, Landen M. Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PLoS ONE* 2011; 6(2): e16885. doi:10.1371/journal.pone.0016885
- Dhejne C, Vlerken R van, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: a review of the literature. *Int Rev Psychiat* 2016; 28: 44-57.
- NIH-FY 2016-2020 Strategic plan to advance research on the health and well-being of sexual and gender minorities. NIH, 2015.
- Ritter KY, Terndrup AI. Handbook of affirmative psychotherapy with lesbian and gay men. New York: Guilford Press, 2002.
- Royal College of Psychiatry (2013) Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria, college report CR 181, [www.rcpsych.ac.uk](http://www.rcpsych.ac.uk)

**Co-existente psychische problemen****ACHTERGROND**

Genderidentiteitsproblemen gaan nogal eens gepaard met psychische klachten. Daarmee bestaat het risico dat ofwel het genderidentiteitsprobleem ofwel die psychische klachten niet goed worden behandeld.

**EVIDENCE**

Mensen met genderdysforie kunnen psychische klachten hebben, die al dan niet samenhangen met de genderdysforie. [Dhejne, 2015]. Veel voorkomend zijn angststoornissen, depressies, dwangstoornissen, middelenverslaving, seksuele stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Ook komen aandoeningen in het autistische spectrum relatief veel voor. Bij transgender personen is bovendien vaker dan in de algemene bevolking sprake van misbruik en verwaarlozing, en van gepest worden in de voorgeschiedenis, met psychische klachten als gevolg [Bandini, 2011; Clements-Nolle, 2006; Coleman, 2011; Nuttbrock, 2009; Rood, 2015; Toomey, 2010].

In het onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau is (met behulp van de MHI-5 vragenlijst) het psychisch welbevinden onder transgender personen gemeten [Keuzenkamp, 2012]. Hieruit blijkt dat ongeveer de helft van de

respondenten zich psychisch gezond voelde. Meer dan tweederde van de respondenten heeft er echter wel eens aan gedacht om zelfmoord te plegen, en bij 20% was dat (heel) vaak het geval. Bijna een derde van de respondenten heeft ooit een plan gemaakt om zelfmoord te plegen en 20% heeft ook daadwerkelijk een poging gedaan. In het jaar voorafgaand aan het onderzoek heeft 3% een zelfmoordpoging gedaan. Dat komt ook voor bij personen die de transitie hebben voltooid. Deze percentages zijn veel hoger dan in de algemene bevolking, van wie 3% ooit een plan heeft gemaakt, 2% ooit een zelfmoordpoging heeft gedaan en 0,1% in het jaar voorafgaand aan het onderzoek en zelfmoordpoging heeft gedaan. In andere culturen liggen deze percentages vaak hoger, hetgeen aangeeft dat de omgeving veel invloed heeft op het psychisch welzijn van transgender mensen [Grant, 2011; Guzman-Parra, 2015; Hoisai, 2010; McNeil, 2012].

Belangrijk is dat zorgverleners bij transgender personen screenen op psychische problemen. Daarbij dient in het bijzonder te worden gelet op het risico op automutilatie en suicide, dissociatie en psychotische decompensatie. Co-existente psychische problemen moeten worden meegenomen in het behandelplan. Deze kunnen ernstig zijn en het proces van verkenning van de genderidentiteit en behandeling van de genderdysforie compliceren. Behandeling van deze psychische problemen kan positieve effecten hebben op de behandeling van de genderdysforie en de mogelijke (sociale) transitie, het nemen van goede besluiten over een genderbevestigende somatische behandeling faciliteren en de kwaliteit van leven ten goede komen [Coleman, 2011].

#### OVERIGE OVERWEGINGEN

Eventuele co-existente psychische problemen hoeven de diagnostiek van genderdysforie en een genderbevestigende somatische behandeling niet te belemmeren, maar er moet wel sprake zijn van voldoende stabiliteit (bijvoorbeeld om afspraken na te kunnen komen). De betrokkene dient ook voldoende in staat te zijn om de eigen genderdysforie goed te kunnen beoordelen.

#### AANBEVELING

- De psychische behandeling van genderdysforie dient niet alleen gericht te zijn op het transgender zijn en de manier van omgaan hiermee, maar ook op de psychische problematiek die hiermee gepaard kan gaan. Psychische problemen kunnen losstaan van de genderdysforie maar zij kunnen ook door de genderdysforie veroorzaakt of versterkt zijn. Genderbevestigende behandeling kan een positief effect hebben op co-existente psychische problemen.
- Indien in de GGZ verschillende zorgverleners bij de behandeling van de transgender persoon betrokken zijn, dan dienen zij de behandeling goed met elkaar af te stemmen, zodat geen dubbel werk wordt gedaan én de transgender persoon niet het idee heeft steeds opnieuw het zelfde te moeten vertellen.
- Indien psychische problemen een goede beoordeling van de genderdysforie gevoelens of een genderbevestigende somatische behandeling belemmeren, dan is voorafgaand aan het somatische traject behandeling in de GGZ belangrijk.

#### LITERATUUR

- Bandini E, Fisher AD, Ricca V, Ristori J, Meriggiola MC, Jannini EA, et al. Childhood maltreatment in subjects with male-to-female gender identity disorder. *Int J Impotence Res* 2011; 23: 276-85.
- Clements-Nolle K, Marx R, Katz M. Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *J Homosexuality* 2006; 51: 53–69.
- Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, version 7. *Int J Transgenderism* 2011; 13: 165-232.
- Grant JM, Mottet LA, Tanis J, Harrison J, Herman JL, Keisling M. Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force; 2011.
- Guzmán-Parra JI, Sánchez-Álvarez N, de Diego-Otero Y, Pérez-Costillas L, Esteva de Antonio I, Navais-Barranco M, Castro-Zamudio S, Bergero-Miguel T. Sociodemographic Characteristics and Psychological Adjustment Among Transsexuals in Spain. *Arch Sex Behav*. 2015 May 21. [Epub ahead of print]
- Hoshiai M, Matsumoto Y, Sato T, Ohnishi M, Okabe N, Kishimoto Y. Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2010; 64: 514-9.
- Keuzenkamp, S. Worden wie je bent. Het leven van transgenders in Nederland. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, 2012.

- McNeil J, Bailey L, Ellis S, Morton J, Regan M. TransMentalHealthStudy 2012.
- Nuttbrock L, Hwang S, Bockting W, Rosenblum A, Mason M, Macri M, et al. Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *J Sex Res* 2009; 45: 1-12.
- Rood BA, Puckett JA, Pantalone DW, Bradford JB. Predictors of Suicidal Ideation in a Statewide Sample of Transgender Individuals. *LGBT Health* 2015; 2: 270-5.
- Toomey RB, Ryan C, Diaz RM, Card NA, Russell ST. Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: school victimization and young adult psychosocial adjustment. *Dev Psychol* 2010; 46:1580-9.

## Lotgenotencontact

Door verschillende organisaties worden op diverse plaatsen in het land groepsbijeenkomsten aangeboden waar transgender personen elkaar kunnen ontmoeten. Door patiëntenorganisatie Transvisie worden daarnaast ook bijeenkomsten georganiseerd voor ouders van jonge kinderen met genderdysforie, voor families en voor naasten van volwassen transgenders. Daarnaast zijn er initiatieven waar transgenders of hun naasten individueel gebruik van kunnen maken, zoals telefonisch contact, gesprekscontact, ziekenbezoek en coaching bij werkgerelateerde vragen. Ook omdat er steeds nieuwe initiatieven ontstaan is het niet mogelijk om hier een volledig overzicht te geven. Naast de patiëntenorganisatie Transvisie zijn de Vereniging Genderdiversiteit (inclusief lokale initiatieven), Transgender Netwerk Nederland (TNN) en diverse lokale COC-afdelingen al langere tijd actief voor transgenders.

Deze groepen en individuele vormen van contact zijn een belangrijke aanvulling op het huidige aanbod binnen de GGZ. Belangrijk is dat professionals in de GGZ hun cliënten wijzen op deze mogelijkheden en dat patiënten- en belangenorganisaties hun bezoekers attent maken op de mogelijkheden van behandeling in de GGZ.

### AANBEVELING

- Zowel het aanbod van de GGZ als het aanbod van patiënten- en belangenorganisaties moet laagdrempelig worden aangeboden. Dit betekent in de eerste plaats dat informatie over dat aanbod actueel en gemakkelijk beschikbaar moet zijn.
- Een structurele uitwisseling van visies, ervaringen en signalen tussen patiënten- en belangenorganisaties en organisaties met een hulpverleningsaanbod voor transgender personen is wenselijk.

## Hoofdstuk 6. Organisatie van psychische zorg

### ACHTERGRONDEN EN BESTAANDE SITUATIE

Bij de organisatie van de transgenderzorg is het, zowel in de ziekenhuizen als in de GGZ, ingewikkeld om een goede balans te vinden tussen centralisatie en decentralisatie. Centralisatie van de zorg kan de kwaliteit van de zorg ten goede komen. Indien meer transgender cliënten worden gezien, zijn andere behandelvormen (bijvoorbeeld: groepsbehandeling) mogelijk. Decentralisatie is van belang voor de toegankelijkheid van de zorg (reistijden, beschikbaarheid crisisopvang etc.) en voor een vrije zorgkeuze. Het aantal artsen dat genderbevestigende somatische behandelingen uitvoert is in Nederland beperkt. Dat betekent dat veel transgender personen grote afstanden moeten afleggen om somatische zorg te krijgen. Behandelaren in de GGZ, al dan niet onderdeel uitmakend van een multidisciplinair seksuologisch team, zijn meer verspreid door het land aanwezig. Dit heeft als voordeel voor transgender personen dat deze hulpverleners beter bereikbaar zijn, maar als nadeel dat er op deze locaties mogelijk minder transgender personen worden behandeld, zodat de zorgverleners minder ervaring hebben met deze groep.

Soms is het handig om mensen tegelijkertijd hulp aan te bieden bij verschillende hulpverleners in de GGZ (bijvoorbeeld: een groepsaanbod bij Transvisie Zorg in Amsterdam en een individueel aanbod bij een seksuologisch team binnen een GGZ-instelling elders in het land). Indien door de hulpverleners dezelfde hoofddiagnose wordt gehanteerd, kunnen problemen met de financiering daarbij echter een beletsel zijn. In Groningen wordt zelfs de samenwerking tussen het ziekenhuis en de GGZ daardoor belemmerd: anders dan door het genderteam in het VUmc, wordt door het genderteam in het UMCG namelijk ook gewerkt met DBC's.

De financiering van de zorg voor partners en andere familieleden (ouders, broers en zusters, kinderen) van transgender personen is problematisch. Zij krijgen op dit moment alleen nog vergoede zorg als zij zelf een psychische stoornis hebben, terwijl zij professionele hulp hard nodig kunnen hebben om met de ontstane situatie om te kunnen gaan. In de praktijk komen zij nu vaak mee met de aangemelde cliënt en worden zij bij de behandeling betrokken zonder zelf als 'cliënt' ingeschreven te staan.

Partners en andere familieleden van mensen met een genderidentiteitsprobleem krijgen bij de 'coming out' een heel ander beeld van hun naaste. Dit heeft ook voor hen vaak ingrijpende persoonlijke consequenties en kan in de (seksuele) relatie of in het gezin grote spanningen opleveren. Ook kinderen van een transvader of transmoeder kunnen behoefte hebben aan persoonlijke hulp om met de nieuwe identiteit van de ouder om te gaan. Jonge kinderen kunnen hulp nodig hebben bij de ontstane verwarring en de loyaliteitsproblemen die de transitie van hun ouder met zich mee kunnen brengen.

Op het moment van schrijven van deze kwaliteitsstandaard is er een wachtlijst bij de genderteams voor transgender personen die in aanmerking willen komen voor een genderbevestigende somatische behandeling. Wachtlijsten voor transgenderzorg vormen een groot probleem. Zij zijn voor de betrokkenen psychisch zeer belastend. MV-transgenders die minder lang hoeven te wachten op de door hen gewenste operatie blijken na die operatie bijvoorbeeld duidelijk beter af te zijn dan degenen op de wachtlijst, zowel op psychisch als op sociaal en seksueel gebied [Mate-Kole, 1990].

Sommige mensen die een genderbevestigende somatische behandeling willen en bij de genderteams worden geconfronteerd met een lange wachtlijst, starten zelf al met de hormonale behandeling met behulp van medicatie die zij aanschaffen via internet. Anderen starten de hormonale behandeling onder begeleiding van hun huisarts. Vooral degenen die hormonen gebruiken zonder begeleiding van een arts kunnen daarmee gezondheidsrisico's lopen. Dit kan ook gelden voor transgenders die kiezen voor chirurgische ingrepen die geen onderdeel uitmaken van een integraal traject. Lange wachttijden leiden in veel gevallen tot - onnodige - psychische problemen, alcohol - en drugsmisbruik of ander zelfdestructief en zelfs suïcidaal gedrag [Cohen-Kettenis, 2004].

Zoals hierboven beschreven, kunnen ook na een genderbevestigende somatische behandeling transgender personen nog psychische problemen hebben waarvoor gespecialiseerde psychische hulp nodig is binnen de GGZ. De betrokkenen kunnen in hun ontwikkeling zijn beschadigd door de genderdysforie zelf en door de gevolgen ervan in hun relaties. De school- en werkcarrière is vaak belemmerd, en het vinden en behouden van werk problematisch. Dat niet alle problematiek is opgelost met een genderbevestigende somatische behandeling wordt onder andere door beleidsmakers niet altijd voldoende begrepen.

### OVERIGE OVERWEGINGEN

Net als voor andere cliënten is het voor transgender personen belangrijk om te kunnen kiezen bij wie zij in behandeling komen. Vertrouwen in de behandelaar en een goede behandelrelatie zijn essentieel.

De werkgroep vindt het essentieel dat voor alle transgender personen in Nederland zorg beschikbaar is. Om goede zorg te krijgen moeten transgender personen nu soms erg lang reizen. Voor mensen met weinig financiële middelen is dit vaak heel problematisch. Zeker bij co-existente psychische problemen is het belangrijk dat in de eigen regio hulp beschikbaar is. Consulten via internet zouden in dit verband een belangrijke rol kunnen spelen. Transgender E-health care is in Nederland echter nog maar op heel weinig plaatsen beschikbaar.

#### AANBEVELING

De werkgroep is van mening dat zorg aan transgender personen laagdrempelig aangeboden moet worden. Een wachtperiode binnen de GGZ van meer dan 6 weken is ongewenst. Zorg voor transgenders moet decentraal worden aangeboden waar dat kan. Indien nodig kan worden verwezen naar gespecialiseerde zorg die maar op enkele plaatsen in het land beschikbaar is. E-health kan een belangrijke bijdrage leveren aan het hulpaanbod voor transgenders. Belangrijk is dat gespecialiseerde zorgverleners via internet gemakkelijk vindbaar zijn voor professionals en patiënten.

De werkgroep vindt dat, behalve individuele behandeling en systeemtherapie, ook groepsbehandeling belangrijk kan zijn bij de behandeling van transgender personen in de GGZ. Groepsbehandeling zal echter niet overal kunnen worden aangeboden. Het is daarom belangrijk dat transgender personen gelijktijdig bij verschillende behandelaren in de GGZ in behandeling kunnen zijn.

De werkgroep vindt samenwerking tussen de verschillende zorgverleners rondom één transgender een essentieel onderdeel van goede zorg. Netwerkvorming kan dit faciliteren. Om dubbel werk te voorkomen is het belangrijk dat de hulpverleners, als de cliënt dat wil, de eigen bevindingen met elkaar delen. Het moet voor de transgender persoon ook altijd duidelijk zijn bij wie men binnen welke organisatie met vragen terecht kan.

In het gehele traject (dus ook lange tijd na een eventuele genderbevestigende somatische behandeling) speelt de huisarts een belangrijke coördinerende rol. Bovendien kan de huisarts laagdrempelig nieuwe problematiek signaleren en verwijzen indien dit aangewezen is.

De werkgroep is van mening dat wachttijden voor diagnostiek en indicatiesstelling voor een genderbevestigend somatisch behandelingstraject van meer dan 3 maanden onacceptabel zijn. Lange wachtlijsten zijn niet goed voor de kwaliteit van zorg en leiden tot psychische problemen die voorkomen kunnen worden en dus tot een onnodige verzwaring van het behandeltraject.

Bovenstaande aanbevelingen vereisen aanpassingen in de organisatie en de financiering van de zorg. De bij deze kwaliteitsstandaard betrokken partijen (beroepsverenigingen, instellingen/praktijken en vertegenwoordigers van transgender personen) dienen zich gezamenlijk in te spannen voor een passend implementatietraject.

#### LITERATUUR

- Carlier BE, Janssen CJM, Rhee C van der, Lotgerink HBF, Vroege JA. Seksualiteitshulpverlening in de tweedelijns GGZ. Zorgprogramma 'Genderidentiteitsstoornissen'. Den Haag, Utrecht, Utrecht: Parnassia, Altrecht, Rutgers Nisso Groep, 2006 [Bewerking uit 2011 door de Programmaraad Seksuologie van PsyQ].
- Cohen-Kettenis PT, Gooren LJG, Gijs L, Ritt MJ, Boenink MAD, Zorgen rond de zorg aan transseksuelen. Ned Tijdschr Geneeskd, 2004; 148: 2140-1.
- Mate-Kole C, Freschi M, Robin A, A Controlled Study of Psychological and Social Change after Surgical Gender Reassignment in Selected Male Transsexuals. Br J Psychiat, 1990; 157: 261-264.

## Bijlage 1. Belangenverklaringen kerngroepleden

Naam	Hoofdfunctie	Neven-werkzaamheden	Persoonlijke financiële belangen	Persoonlijke relaties	Reputatie-management	Extern gefinancierd onderzoek	Kennis-valorisatie	Overige belangen
Mw. prof. dr. P.T. Cohen-Kettenis	Voorzitter werkgroep kwaliteitsstandaard transgenderzorg	-	-	-	-	DSD-Life: Clinical European study on the outcome of surgical and hormonal therapy and psychological intervention in disorders of sex development (DSD); 2012-2016, EU, geen persoonlijke vergoeding	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lid commissie Standards of Care van de World Professional Organization for Transgender Care (WPATH)</li> <li>• Lid werkgroep van de Clinical Practice Guidelines van de Endocrine Society 'Endocrine treatment of transsexual persons'</li> <li>• Betrokken bij ICD-11 diagnose 'Transsexualism/Gender Identity disorder' van de WHO (werkgroep en field trials)</li> <li>• Voorzitter geweest van American Psychiatric Association's DSM-5 subwerkgroep 'Gender Identity Disorders'</li> </ul>
Mw. drs. M.K. Tuut	Eigenaar PROVA	-	-	-	-	-	-	-
Dhr. mr. drs. Th.W. Wormgoor	Coördinator Transvisie Zorg	Maat in maatschap 'Casus', variabel	Dienstverband bij stichting die (goede) psychische zorg voor transgenders	-	-	-	-	-

Naam	Hoofdfunctie	Neven-werkzaamheden	Persoonlijke financiële belangen	Persoonlijke relaties	Reputatie-management	Extern gefinancierd onderzoek	Kennisvalorisatie	Overige belangen
			biedt en nastreeft					
Mw. dr. A.L.C. de Vries	Kinder- en jeugdpsychiater VUMC	bestuurslid Kennis en Zorgcentrum Genderdysforie, commissielid landelijke onderwijsdagen Kinder en Jeugdpsychiatrie, voorzitter netwerk consultatieve en ziekenhuis kinderpsychiatrie, voorzitter child and adolescent committee World Professional Association of Transgender Health	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• From Transsexualism to Gender Incongruence; A field trial on the 'gender identity disorder' diagnosis in the Netherlands; 2013-2015, Ministerie OCW, geen persoonlijke vergoeding</li> <li>• DSD-Life: Clinical European study on the outcome of surgical and hormonal therapy and psychological intervention in disorders of sex development (DSD); 2012-2016, EU, geen persoonlijke vergoeding</li> </ul>	-	-
Dhr. J. Vroege	Specialismeleader seksuologie Parnassia Groep en PsyQ	Voorzitter van het Platform van Seksuologische Teams in GGZ-instellingen (PSTG), onbetaald	-	-	Zie hoofdfunctie + nevenwerkzaamheden	-	-	-

Naam	Hoofdfunctie	Neven-werkzaamheden	Persoonlijke financiële belangen	Persoonlijke relaties	Reputatie-management	Extern gefinancierd onderzoek	Kennisvalorisatie	Overige belangen
	Hulpverlener bij PsyQ Haaglanden	Actief lid Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS), onbetaald						

## Bijlage 2. Knelpunteninventarisatie

### Antwoordformulier knelpunten zorgstandaard transgenderzorg

#### GEGEVENS

<b>Naam organisatie</b>	Klik hier als u tekst wilt invoeren.
<b>Contactpersoon</b>	Klik hier als u tekst wilt invoeren.
<b>E-mailadres</b>	Klik hier als u tekst wilt invoeren.
<b>Telefoonnummer</b>	Klik hier als u tekst wilt invoeren.
<b>Datum</b>	

#### 1. Is uw organisatie betrokken bij transgenderzorg en wil uw organisatie betrokken zijn bij de ontwikkeling van de zorgstandaard transgenderzorg?

- Ja  
 Nee → ga naar 5.

#### 2. Herkent u de volgende knelpunten en kunt u zich hierin vinden?

<b>DEFINITIE</b>			
1.	Er is geen consensus over de definitie van transgender. Beeldvorming speelt hierbij een belangrijke rol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Er is weinig bekend over de epidemiologie van transgenders (prevalentie, zorgbehoefte e.d.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>VROEGDIAGNOSTIEK EN SIGNALERING</b>			
3.	Transgenderproblematiek wordt vaak niet herkend. Cliënten uiten zich vaak als eerste met comorbiditeit, zoals somberheid, angst en depressie. De onderliggende identiteitsvraag komt dan vaak niet naar boven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Er is bij de meeste hulpverleners een gebrek aan kennis over transgenderproblematiek. Het probleem komt weinig voor, zodat de meeste hulpverleners niet vaak transgenders zien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Er is veel onbekendheid bij hulpverleners over de verschillende vormen van behandeling bij de genderteams én in de GGZ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Er is een probleem in de erkenning; er rust een stigma op. Dit kan leiden tot een gebrek aan erkenning (bagatelliseren), maar ook aan 'overerkenning' (kokerdenken).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Er is bij hulpverleners vaak sprake van ongemakkelijkheid en schrik ten opzichte van transgendercliënten, waardoor hulpverleners snel doorverwijzen, terwijl er wellicht wel diagnostiek en eerste behandeling mogelijk zou zijn geweest.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>DIAGNOSTIEK</b>			
8.	Hulpverleners realiseren zich vaak onvoldoende dat er bij transgenders sprake kan zijn van verschillende hulpvragen en dat het opheffen van de verwarring, het helder krijgen wat er aan de hand is één van die mogelijke hulpvragen is.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Hulpverleners sturen transgenders te snel door naar de genderteams in de ziekenhuizen. Zij realiseren zich vaak onvoldoende dat men daar vooral de vraag probeert te beantwoorden of iemand voor geslachtsaanpassing in aanmerking komt. Een deel van de transgenders wil echter geen geslachtsaanpassing. En een ander deel zal daaraan voorafgaand eerst een aantal zaken helder moeten krijgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>BEHANDELING</b>			
10.	Binnen de GGZ zijn onvoldoende hulpverleners met kennis en ervaring op het gebied van de transgenderzorg. Anderen zijn vaak huiverig om met dit probleem aan de gang te gaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Genderdysforie gaat vaak gepaard met andere psychische klachten (zoals angst of depressie). Daarmee bestaat het risico dat ofwel de genderdysforie ofwel die andere psychische klachten niet goed worden behandeld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Het is onvoldoende duidelijk wat onder goede psychische zorg aan cliënten met travestie of genderdysforie moet worden verstaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FOLLOW-UP</b>			
13.	Ook na een geslachtsaanpassende behandeling hebben cliënten vaak nog hulp nodig binnen de GGZ. Bij beleidsmakers bestaat hiervoor vaak onvoldoende begrip.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.	Cliënten hebben niet altijd een reëel beeld van hun leven na een geslachtsaanpassende behandeling, ook al is daar tijdens de behandeling vaak wel aandacht aan besteed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORGANISATIE/FINANCIERING			
15.	Bij de organisatie van de transgenderzorg is het, ook in de GGZ, ingewikkeld om een goede balans te vinden tussen centralisatie en decentralisatie. Centralisatie van de zorg kan de kwaliteit van de zorg ten goede komen en andere behandelvormen (bijvoorbeeld: groepsbehandeling) mogelijk maken. Decentralisatie is van belang voor de toegankelijkheid van de zorg (reistijden, beschikbaarheid crisisopvang etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Soms is het handig om cliënten hulp aan te bieden bij verschillende instellingen (bijvoorbeeld: een individueel aanbod in de regio, en een groepsaanbod elders in het land). Problemen met de financiering van kunnen daarbij echter een beletsel zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	De financiering van de zorg voor relaties (bijv. partners, ouders, kinderen) van transgenders is problematisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Er is een grote wachtlijst bij de genderteams voor transgenders die in aanmerking willen komen voor een geslachtsaanpassende behandeling. Dat is voor de betrokkenen psychisch heel belastend..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VEILIGHEID			
19	Sommige cliënten die een geslachtsaanpassende behandeling willen en bij de genderteams worden geconfronteerd met een lange wachtlijst, starten zelf al met de hormonale behandeling (met behulp van medicatie die zij aanschaffen via internet). Daarmee nemen zij een onverantwoord risico. E.e.a. zet de psychische diagnostiek bij de genderteams bovendien onder druk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Heeft u opmerkingen over de knelpunten?

Klik hier als u tekst wilt invoeren.

### 4. Heeft u nog aanvullingen op deze knelpunten? LET WEL: de zorgstandaard richt zich op psychische zorg.

Klik hier als u tekst wilt invoeren.

### 5. Bedankt voor het invullen! Wilt u dit formulier uiterlijk 7 juli 2014 retourneren aan:

Mariska Tuut, epidemioloog, PROVA, e-mail: [m.tuut@provaweb.nl](mailto:m.tuut@provaweb.nl).

Uitprinten en opsturen mag ook, het adres is: Spoorstraat 31, 7051 CG Varsseveld

## Belanghebbende organisaties voor de kwaliteitsstandaard psychische transgenderzorg

Deze organisaties hebben de knelpunteninventarisatie ter commentaar en aanvulling gekregen en, in een later stadium, ook de concept kwaliteitsstandaard ter commentaar (indien zij hebben gereageerd op de knelpunteninventarisatie)

#### PATIËNTEN- EN BELANGENORGANISATIES

- Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
- Patiëntenorganisatie Transvisie
- Transgendernetwerk NL
- Transgendersvereniging NL

#### BEROEPSVERENIGINGEN

- Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

- Nederlands Huisartsen Genootschap (expertgroep SeksHAG)
- Nederlands Instituut van Psychologen
- Nederlandse Internisten Vereniging (deelspecialisme endocrinologie)
- Nederlandse Vereniging van Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
- Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie
- Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (secties kinderendocrinologie en sociale en psychosociale kindergeneeskunde)
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
- Beroepsvereniging voor Professionals in Sociaal Werk
- Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie
- Nederlandse Vereniging voor Urologie
- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
- Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie
- Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

#### **KENNISINSTITUTEN E.D.**

- Movisie
- Rutgers
- Trimbos Instituut

#### **INSTELLINGEN**

- Emergis Zeeland
- GGNet
- GGZ Centraal
- GGZ Eindhoven
- GGZ Friesland
- GGZ Herlaarhof
- GGZ inGeest
- Lentis Jonx
- LUMC-Curium
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Psychologenpraktijk De Vaart
- Psycho Informa Instellingen
- PsyQ
- Transvisie
- UMCG Genderteam
- VUMC Genderteam

#### **OVERIG**

- GGZ Nederland
- Nefarma
- Zorginstituut Nederland

- Zorgverzekeraars Nederland

## Uitwerking knelpunteninventarisatie zorgstandaard transgenderzorg

### REACTIES

**Inhoudelijke reacties op knelpunten gekregen van (in vet weergave van vermelding in overige gegevens onderstaand):**

- Vereniging **Genderdiversiteit** (vroeger Transgendervereniging NL)
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie – lidvereniging Nederlandse Vereniging van Fysiotherapie in de Psychosomatiek (**KNGF**)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (**NHG**)
- Nederlandse Vereniging van Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (willen verder niet betrokken worden bij ontwikkeling zorgstandaard)
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (willen verder niet betrokken worden bij ontwikkeling zorgstandaard)
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (**NVLF**)
- Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie (**NVMKA**)
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (**NVOG**)
- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (**NVPt**)
- Nederlandse Vereniging voor Urologie (**NVU**)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (willen verder niet betrokken worden bij ontwikkeling zorgstandaard, maar wel inhoudelijk gereageerd **V&VN**)
- **Movisie**
- **Rutgers**
- **Emergis/RGC** Zeeuws Vlaanderen
- **GGZ Centraal**
- **GGZ Eindhoven**
- **GGZ Friesland**
- **GGZ Herlaarhof**
- **Lentis** Jonx
- **Curium-LUMC**
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (willen verder niet betrokken worden bij ontwikkeling zorgstandaard)
- Beroepsvereniging voor Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
- **Psycho Informa** Groep
- **Transvisie Zorg**
- GGZ Nederland (willen verder niet betrokken worden bij ontwikkeling zorgstandaard)
- Zorginstituut Nederland (willen verder niet betrokken worden bij ontwikkeling zorgstandaard)
- Patiëntenorganisatie Transvisie (**Pat.Transvisie**)
- PsyQ Amsterdam (**PsyQ A'dam**)
- **UMCG** Genderteam
- **Mondriaan/PsyQ** Heerlen en Maastricht
- **GGNet**
- Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (**NVPC**)
- **VUMC** Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie
- **GGZ inGeest**

**Wel gereageerd, maar niet inhoudelijk:**

- Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
- Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
- Nederlands Instituut van Psychologen
- Nederlandse Internisten Vereniging

- Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
- Zorgverzekeraars Nederland
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
- Nefarma

**Geen enkele reactie:**

- Transgendernetwerk NL
- Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie
- Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen
- Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie
- Trimbos Instituut

**HERKENT U DE VOLGENDE KNELPUNTEN EN KUNT U ZICH HIERIN VINDEN?**

<b>DEFINITIE</b>				
1.	Er is geen consensus over de definitie van transgender. Beeldvorming speelt hierbij een belangrijke rol.	NVPt, Herlaarhof, NHG, Rutgers, Genderdiversiteit, NVOG, Movisie, Lentis, GGZ Eindhoven, GGZ Friesland, GGZ Centraal, KNGF, Psycho Informa, Pat.Transvisie, BPSW, Mondriaan, InGeest, NVLF	Emergis, TransvisieZorg, NVU, NVMKA, Curium, PsyQ A'dam, UMCG, NVPC, VUMC	V&VN, GGNet
2.	Er is weinig bekend over de epidemiologie van transgenders (prevalentie, zorgbehoefte e.d.)	NVPt, Herlaarhof, NHG, Rutgers, Genderdiversiteit, NVOG, Movisie, NVU, Lentis, GGZ Eindhoven, GGZ Friesland, GGZ Centraal, KNGF, Psycho Informa, Pat.Transvisie, PsyQ A'dam, BPSW, Mondriaan, InGeest, NVLF	Emergis, NVMKA, Curium, UMCG, NVPC, VUMC	V&VN, GGNet
<b>VROEGDIAGNOSTIEK EN SIGNALERING</b>				
3.	Transgenderproblematiek wordt vaak niet herkend. Cliënten uiten zich vaak als eerste met comorbiditeit, zoals somberheid, angst en depressie. De onderliggende identiteitsvraag komt dan vaak niet naar boven.	NVPt, NHG, Rutgers, Genderdiversiteit, NVOG, Movisie, GGZ Eindhoven, GGZ Friesland, GGZ Centraal, KNGF, Psycho Informa, Curium, PsyQ A'dam, NVMW, UMCG, Mondriaan, VUMC, InGeest, NVLF	Herlaarhof, TransvisieZorg, NVU, Lentis, NVMKA, Pat.Transvisie, NVPC	Emergis, V&VN, GGNet
4.	Er is bij de meeste hulpverleners een gebrek aan kennis over transgenderproblematiek. Het probleem komt weinig voor, zodat de meeste hulpverleners niet vaak transgenders zien	NVPt, Emergis, Herlaarhof, NHG, Rutgers, NVOG, Movisie, TransvisieZorg, NVU, Lentis, GGZ Eindhoven, GGZ Friesland, GGZ Centraal, KNGF, Psycho Informa, Curium, Pat.Transvisie, PsyQ	Genderdiversiteit, NVMKA	V&VN, GGNet

		A'dam, BPSW, UMCG, Mondriaan, NVPC, VUMC, InGeest, NVLF		
5.	Er is veel onbekendheid bij hulpverleners over de verschillende vormen van behandeling bij de genderteams én in de GGZ.	NVPt, Emergis, Herlaarhof, NHG, Rutgers, Genderdiversiteit, NVOG, Movisie, NVU, Lentis, V&VN, GGZ Eindhoven, GGZ Friesland, GGZ Centraal, KNGF, Psycho Informa, Curium, Pat.Transvisie, PsyQ A'dam, BPSW, UMCG, Mondriaan, GGNet, VUMC, InGeest, NVLF	TransvisieZorg, NVMKA, NVPC	
6.	Er is een probleem in de erkenning; er rust een stigma op. Dit kan leiden tot een gebrek aan erkenning (bagatelliseren), maar ook aan 'overerkenning' (kokerdenken).	NVPt, Emergis, Herlaarhof, NHG, Rutgers, Genderdiversiteit, NVOG, Movisie, TransvisieZorg, NVU, Lentis, V&VN, GGZ Eindhoven, GGZ Friesland, GGZ Centraal, KNGF, Psycho Informa, Pat.Transvisie, PsyQ A'dam, BPSW, UMCG, Mondriaan, GGNet, NVPC, VUMC, InGeest, NVLF	NVMKA, Curium	
7.	Er is bij hulpverleners vaak sprake van ongemakkelijkheid en schrik ten opzichte van transgendercliënten, waardoor hulpverleners snel doorverwijzen, terwijl er wellicht wel diagnostiek en eerste behandeling mogelijk zou zijn geweest.	NVPt, Emergis, Herlaarhof, NHG, Rutgers, NVOG, Movisie, NVU, Lentis, V&VN, GGZ Centraal, KNGF, Psycho Informa, Pat.Transvisie, PsyQ A'dam, BPSW, UMCG, Mondriaan, GGNet, NVPC, InGeest, NVLF	Genderdiversiteit, TransvisieZorg, NVMKA, GGZ Eindhoven, GGZ Friesland, Curium, VUMC	
DIAGNOSTIEK				
8.	Hulpverleners realiseren zich vaak onvoldoende dat er bij transgenders sprake kan zijn van verschillende hulpvragen en dat het opheffen van de verwarring, het helder krijgen wat er aan de hand is één van die mogelijke hulpvragen is.	NVPt, Herlaarhof, NHG, Rutgers, Genderdiversiteit, NVOG, Movisie, TransvisieZorg NVU, V&VN, GGZ Eindhoven, GGZ Friesland, GGZ Centraal, KNGF, Psycho Informa, Pat.Transvisie, PsyQ A'dam, BPSW, Mondriaan, GGNet, NVPC, InGeest, NVLF	Lentis, NVMKA, Curium, VUMC	Emergis, UMCG
9.	Hulpverleners sturen transgenders te snel door naar de genderteams in de	NVPt, Herlaarhof, Rutgers, Genderdiversiteit, NVOG,	Emergis, NHG, NVMKA, GGZ	

	ziekenhuizen. Zij realiseren zich vaak onvoldoende dat men daar vooral de vraag probeert te beantwoorden of iemand voor geslachtsaanpassing in aanmerking komt. Een deel van de transgenders wil echter geen geslachtsaanpassing. En een ander deel zal daaraan voorafgaand eerst een aantal zaken helder moeten krijgen.	Movisie, NVU, Lentis, V&VN, GGZ Friesland, GGZ Centraal, KNGF, Psycho Informa, Pat.Transvisie, PsyQ A'dam, BPSW, Mondriaan, GGNet, InGeest, NVLF	Eindhoven, Curium, UMCG, NVPC, VUMC	
<b>BEHANDELING</b>				
<b>10.</b>	Binnen de GGZ zijn onvoldoende hulpverleners met kennis en ervaring op het gebied van de transgenderzorg. Anderen zijn vaak huiverig om met dit probleem aan de gang te gaan.	NVPt, Emergis, Rutgers, NVOG, Movisie, Lentis, V&VN, GGZ Eindhoven, GGZ Friesland, GGZ Centraal, Psycho Informa, Curium, Pat.Transvisie, PsyQ A'dam, BPSW, Mondriaan, GGNet, NVPC, VUMC, InGeest	Herlaarhof, Genderdiversiteit, NVMKA, UMCG	NHG, NVU, KNGF, NVLF
<b>11.</b>	Genderdysforie gaat vaak gepaard met andere psychische klachten (zoals angst of depressie). Daarmee bestaat het risico dat ofwel de genderdysforie ofwel die andere psychische klachten niet goed worden behandeld.	NVPt, Herlaarhof, NHG, Rutgers, Genderdiversiteit, NVOG, Movisie, V&VN, GGZ Eindhoven, GGZ Friesland, GGZ Centraal, KNGF, Curium, Pat.Transvisie, PsyQ A'dam, BPSW, UMCG, Mondriaan, GGNet, NVPC, VUMC, InGeest, NVLF	TransvisieZorg, Lentis, NVMKA, Psycho Informa	Emergis, NVU
<b>12.</b>	Het is onvoldoende duidelijk wat onder goede psychische zorg aan cliënten met travestie of genderdysforie moet worden verstaan.	NVPt, Emergis, Herlaarhof, NHG, Rutgers, Genderdiversiteit, Movisie, TransvisieZorg, Lentis, V&VN, GGZ Friesland, GGZ Centraal, KNGF, Pat.Transvisie, PsyQ A'dam, BPSW, Mondriaan, GGNet, VUMC, InGeest, NVLF	NVMKA, GGZ Eindhoven, Psycho Informa, Curium, NVPC	NVOG, NVU, UMCG
<b>FOLLOW-UP</b>				
<b>13.</b>	Ook na een geslachtsaanpassende behandeling hebben cliënten vaak nog hulp nodig binnen de GGZ. Bij beleidsmakers bestaat hiervoor vaak onvoldoende begrip.	Herlaarhof, Rutgers, Genderdiversiteit, NVOG, Movisie, TransvisieZorg, NVU, Lentis, V&VN, GGZ Friesland, GGZ Centraal, Psycho Informa, Pat.Transvisie, BPSW, UMCG, Mondriaan, GGNet, NVPC, VUMC, InGeest	NVPt, Emergis, NHG, NVMKA, GGZ Eindhoven, Curium, PsyQ A'dam, NVLF	KNGF

14.	Cliënten hebben niet altijd een reëel beeld van hun leven na een geslachtsaanpassende behandeling, ook al is daar tijdens de behandeling vaak wel aandacht aan besteed.	NVPt, Emergis, Rutgers, Genderdiversiteit, NVOG, Movisie, TransvisieZorg, NVU, Lentis, V&VN, GGZ Eindhoven, GGZ Friesland, GGZ Centraal, Psycho Informa, Curium, Pat.Transvisie, PsyQ A'dam, BPSW, UMCG, Mondriaan, GGNet, NVPC, VUMC, InGeest, NVLF	Herlaarhof, NVMKA	NHG, KNGF
ORGANISATIE/FINANCIERING				
15.	Bij de organisatie van de transgenderzorg is het, ook in de GGZ, ingewikkeld om een goede balans te vinden tussen centralisatie en decentralisatie. Centralisatie van de zorg kan de kwaliteit van de zorg ten goede komen en andere behandelvormen (bijvoorbeeld: groepsbehandeling) mogelijk maken. Decentralisatie is van belang voor de toegankelijkheid van de zorg (reistijden, beschikbaarheid crisisopvang etc.).	NVPt, Emergis, Herlaarhof, NHG, Rutgers, Genderdiversiteit, NVOG, Movisie, NVU, Lentis, V&VN, GGZ Eindhoven, GGZ Friesland, GGZ Centraal, Psycho Informa, Pat.Transvisie, PsyQ A'dam, BPSW, UMCG, Mondriaan, GGNet, NVPC, VUMC, InGeest, NVLF	TransvisieZorg, NVMKA, Curium	KNGF
16.	Soms is het handig om cliënten hulp aan te bieden bij verschillende instellingen (bijvoorbeeld: een individueel aanbod in de regio, en een groepsaanbod elders in het land). Problemen met de financiering van kunnen daarbij echter een beletsel zijn.	NVPt, Emergis, Herlaarhof, Rutgers, NVOG, TransvisieZorg, NVU, Lentis, V&VN, NVMKA, GGZ Eindhoven, GGZ Friesland, GGZ Centraal, Psycho Informa, Curium, Pat.Transvisie, PsyQ A'dam, BPSW, UMCG, Mondriaan, GGNet, NVPC, VUMC, InGeest, NVLF	Movisie	NHG, Genderdiversiteit, KNGF
17.	De financiering van de zorg voor relaties (bijv. partners, ouders, kinderen) van transgenders is problematisch.	NVPt, Emergis, Herlaarhof, Rutgers, Movisie, TransvisieZorg, NVU, Lentis, V&VN, NVMKA, GGZ Eindhoven, GGZ Friesland, GGZ Centraal, Psycho Informa, Pat.Transvisie, BPSW, UMCG, NVPC, VUMC, InGeest	Curium, PsyQ A'dam, GGNet	NHG, Genderdiversiteit, NVOG, KNGF, Mondriaan, NVLF
18.	Er is een grote wachtlijst bij de genderteams voor transgenders die in aanmerking willen komen voor een geslachtsaanpassende behandeling.	NVPt, Emergis, Herlaarhof, NHG, Rutgers, NVOG, Movisie, NVU, Lentis, V&VN, NVMKA, GGZ Eindhoven, GGZ Friesland,	TransvisieZorg, VUMC	Genderdiversiteit, KNGF

	Dat is voor de betrokkenen psychisch heel belastend.	GGZ Centraal, Psycho Informa, Curium, Pat.Transvisie, PsyQ A'dam, BPSW, UMCG, Mondriaan, GGNet, NVPC, InGeest, NVLF		
VEILIGHEID				
<b>19</b>	Sommige cliënten die een geslachtsaanpassende behandeling willen en bij de genderteams worden geconfronteerd met een lange wachtlijst, starten zelf al met de hormonale behandeling (met behulp van medicatie die zij aanschaffen via internet). Daarmee nemen zij een onverantwoord risico. E.e.a. zet de psychische diagnostiek bij de genderteams bovendien onder druk.	NVPt, Emergis, Herlaarhof, NHG, Rutgers, NVOG, Movisie, TransvisieZorg, NVU, Lentis, V&VN, NVMKA, GGZ Eindhoven, GGZ Centraal, Psycho Informa, Pat.Transvisie, PsyQ A'dam, BPSW, UMCG, Mondriaan, NVPC, VUMC, InGeest, NVLF	GGZ Friesland, Curium, GGNet	Genderdiversiteit, KNGF

**HEEFT U OPMERKINGEN OVER DE KNELPUNTEN?**

<b>NVPt</b>	<p>Een belangrijk knelpunt is onbekendheid bij hulpverleners binnen de GGZ, waardoor patiënten vaak onderbehandeld worden dan wel van het kastje naar de muur worden gestuurd. Stigmatisering zal hierbij een rol spelen.</p> <p>Daarbij komt dat er weinig bekendheid is over hoe je bestaande effectieve behandelprotocollen toe kan passen bij deze patiëntengroep op een “transgendersensitieve” wijze. Binnen de GGZ kan de comorbide problematiek goed behandeld worden, maar het vergt wel aandacht hoe je dat bij deze groep doet (meer specifieke aandacht voor identiteitsproblematiek bijvoorbeeld en seksualiteit). Een zorgstandaard kan hierbij heel belangrijk zijn.</p> <p>Verder is van groot belang (en vaak een knelpunt) dat de zorg binnen een transgender team en bijv. de GGZ goed op elkaar moet aansluiten dan wel goede communicatie nodig is (denk ook aan de huisarts).</p> <p>Een ander mogelijk knelpunt is dat de GGZ mogelijk als hoogdrempelig wordt ervaren door deze doelgroep. Angst niet serieus genomen te worden (“ik ben niet gek”) kan hierbij een rol spelen.</p> <p>Tot slot genderproblematiek bij kinderen weinig bekendheid over een passend aanbod psychische zorg.</p>
<b>Herlaarhof</b>	Het is lastig om de lijst met knelpunten goed in te vullen voor onze instelling; ik heb de lijst nu ingevuld met de hele instelling in mijn achterhoofd; binnen de locatie waar ik werkzaam ben (polikliniek Veldhoven) bestaat juist wel veel kennis van diagnostiek en behandeling van met name genderkinderen vanwege de expertise die hier in de loop der jaren over is opgebouwd en de goede samenwerking met de collega's van het kenniscentrum genderdysforie van de VU te A'dam, en hier spelen deze knelpunten dus juist niet!.
<b>NHG</b>	De lange wachttijden (knelpunt 18) zijn zeer belastend. De huisarts kan hierdoor sterk onder druk worden gezet. Omdat hier weinig aan veranderd kan worden, krijgen zij soms het verwijt dat zij de patiënt niet serieus nemen.
<b>Rutgers</b>	Rutgers is geen zorg verlenende organisatie, maar herkent alle genoemde knelpunten als tweedelijns kenniscentrum voor professionals in de zorg, en vanuit eigen onderzoek.
<b>Genderdiversiteit</b>	M.b.t. vraag 10: Ik ben niet zeker of er te weinig kennis voor hulp bij de GGz's is. Ik zie ook GGz's die prima met transgenders werken. Wel is een probleem dat GGz's onderling weinig verwijzen, ook al is bijvoorbeeld bij de ene GGz te weinig kennis aanwezig en de andere

	(bijv. 20 km verderop) wel specifieke kennis aanwezig, wordt vaak niet doorverwezen. Natuurlijk zouden meer in dat thema gespecialiseerde hulpverleners altijd goed zijn, maar dat geldt voor alle psychische problemen die relatief weinig voorkomen.
<b>Movisie</b>	Sommige knelpunten herken ik meer dan andere – 1 en 2 spelen wel, maar niet zo absoluut. Ja, er is geen consensus, maar dat ligt niet alleen aan de beeldvorming; en er is wel enig onderzoek naar de prevalentie gedaan. Vroegdiagnostiek: geheel mee eens, maar ik mis de rol van de huisarts als eerste aanspreekpunt. Punt 16: wellicht wel, maar ik hoor nu vaak dat het een probleem is om veel en ver te moeten reizen.
<b>Lentis</b>	Goed initiatief om deze knelpunten te inventariseren en tot verbeterde zorg te komen. Ik zou de transitie van de Jeugdzorg en de daarmee samenhangende eisen die de gemeenten stellen aan de zorg als knelpunt toe willen voegen. Er is risico op discontinuïteit in de zorg wanneer jongeren 18 jaar worden en discontinuïteit in de keten tussen GGZ en ziekenhuizen. De gemeenten sturen op een stevige krimp van de specialistische GGZ jeugd.
<b>NVMKA</b>	Als mka afd in het VUMC hebben wij indirect te maken met de psychische zorg van transgenderpatiënten omdat dit al ondervangen is door de andere betreffende deelnemende specialismen aan het genderteam in het VUMC, de mka is vaak de laatste schakel in de genderbehandeling. De financiering is op alle vlakken in de genderzorg een groot probleem omdat de zorgverzekeraars niet voldoende financiële middelen toekennen voor de (volledige)behandeling van de gehele groep genderpatiënten.
<b>GGZ Friesland</b>	Het is niet altijd duidelijk ja of nee, eerder een schatting en generalisatie.
<b>KNGF</b>	Het is vooral een onbekend probleem, dat in geen enkele differentiaal diagnostiek naar hoven komt.
<b>Pat.Transvisie</b>	Wij hebben bezwaar tegen de formulering van knelpunt 3. De suggestie wordt gewekt dat alle transgenders te maken zouden hebben met comorbiditeit. Maar er zijn veel transgenders die zonder psychologen en zonder grote problemen de transitie beleven.
<b>PsyQ A'dam</b>	Ik denk dat punt 3 t/m 9 de grootste knelpunten vormen en dat daardoor veel cliënten geen of niet de gewenste hulp krijgen.
<b>BPSW</b>	De lijst is compleet.
<b>Mondriaan</b>	Intercollegiaal overleg is belangrijk om kennis onderling op te bouwen en over te dragen, maar met huidige financieringsstructuur komt dit in gevaar. Er is daarnaast wel behoefte aan voorlichting/kennisoverdracht aan collega's in de GGZ instelling die niet seksuologisch zijn opgeleid maar bijvoorbeeld in intake of behandeling wel te maken krijgen met deze complexe problematiek/doelgroep.
<b>GGNet</b>	M.i. is betere informatieverstrekking aan en inschakeling van de huisarts, maar ook betere informatieverstrekking aan de GGZ over het somatische deel hier een oplossing voor.
<b>NVPC</b>	Vroegdiagnostiek: De term transgender is wel bekend, echter hoe om te gaan met dit probleem of deze hulpvraag is minder bekend. Hierdoor worden sommige ptn ook onvoldoende of verkeerd begeleid, waardoor soms klachten verergeren. Vaak ook een bevoegd en/of bekwaam probleem vd hulpverleners. Diagnostiek: 9) ik denk dat het heel goed is dat deze ptn snel doorgestuurd worden, mn als de desbetreffende hulpverlener niet goed weet wat hij/zij met de hulpvraag moet doen. Indien mgl kan een ptn altijd terugverwezen worden. Het gaat om goede zorg voor een toch nog kwetsbare groep! Behandeling: Hierbij zou er meer aandacht moeten zijn voor scholing, zodat er ook buiten de genderteams begeleiding kan zijn voor de ptn groep. Follow-up: Dit is echt het allergrootste probleem!!! Er is geen of nauwelijks begeleiding voor de ptn na de geslachtsaanpassende operatie waardoor een aanzienlijk deel vd regen in de drup komt. Grootste vraag is dan ook: Hoe nu verder? Relaties, sociaal, met het nieuwe lijf, gezondheid, maar mn seksualiteit. Bijna alle ptn zouden graag ook seksuele begeleiding willen, een aanzienlijk deel heeft ook seksuele problemen (angst, onbekendheid, onwetendheid, angst om te vertellen wie ze zijn en daarnaast de "algemene" seksuele

	<p>problemen zoals pijn bij het vrijen, opwindings of orgasme problematiek, eerste kennismaking met intimiteit, bekkenbodemb problemen, verwerking zelf (niet actief) kinderen te kunnen krijgen) En hoe is het om straks oud te zijn en transgender?</p> <p>Organisatie/financiering: Centralisatie geeft excellentie, goede regelmatige scholing daarbuiten geeft goede zorg. Voor scholing is geld nodig. Maar vooral de nazorg wordt niet vergoed (Bekkenbodemb fysiotherapie, seksuologie en psychologie (voor klachten die niet pathologisch genoeg zijn voor GGZ). Nazorg is vereist bij deze zorg!</p> <p>Veiligheid: Indien zorg niet goed geleverd wordt geeft dit onveilige situaties zowel voorafgaand ah traject als na het traject.</p>
<b>NVLF</b>	De knelpunten die hierboven zijn geschetst kom ik vaak tegen in mijn logopediepraktijk voor gendercliënten.

**HEEFT U NOG AANVULLINGEN OP DEZE KNELPUNTEN? LET WEL: DE ZORGSTANDAARD RICHT ZICH OP PSYCHISCHE ZORG.**

<b>Gender-diversiteit</b>	<p>De veronderstelling dat hulpverleners weinig met transgenderisme vertrouwd zijn, klopt niet. Er wordt in media immers relatief veel aandacht aan transgenders besteed. Ik ben het er wel mee eens dat er vaak te weinig kennis is, hoe transgenders op psychosociaal vlak ondersteund kunnen worden.</p> <p>Ik mis trouwens wel maatschappelijk werkers en zelfhulpgroepen in het overzicht van hulpverleners m.b.t. psychische zorg.</p> <p>In zijn algemeenheid vinden wij het onderzoek te beperkt opgezet en daarmee de uitkomsten weinig zeggingskracht hebben. In dit onderzoek missen we namelijk het onderscheid tussen verschillende hulpverleners, terwijl wij dit onderscheid voor zo'n soort onderzoek essentieel achten. We missen een duidelijke afbakening voor de vragen betreffende de hulpverleners in bijv. psychotherapeuten, artsen en/of psychiaters, maatschappelijk werkers en vrijwilligersorganisaties en zouden het goed vinden als een hierop aansluitend vervolgonderzoek zou komen.</p>
<b>Movisie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Misschien het volgende: hulpverleners hebben niet alleen last van handelingsverlegenheid, mar soms ook van vastomlijnde ideeën over wat mannen en wat vrouwen zijn. Mensen die er bewust tussenin willen leven kunnen daardoor buiten de boot vallen.</li> <li>- Onder een (klein) deel van de hulpverleners lijkt aversie of non-acceptatie te bestaan van gender-diversiteit en in het bijzonder van transgenders. Voorbeeld is het niet willen wijzigen van de naam van de cliënt op een dossier: "Je zult altijd een man blijven".</li> <li>- Waar het gaat om jongeren ontbreekt het aan vroeg-signalering; denk aan schoolmaatschappelijk werkers en leerlingengeleiders en andere eerstelijns hulp- en dienstverleners. Zij signaleren meestal niet als een jongere worstelt met transgender-gevoelens. Ook omdat ze vaak niet goed weten wat het is. Hierdoor krijgen de jongeren überhaupt niet snel psychische hulp aangeboden.</li> <li>- De toegang naar psychische hulp valt en staat ook met de poortwachter van de zorg: de huisarts. Ook onder deze beroepsgroep lijkt kennis ten aanzien van genderdysforie nog zeer beperkt.</li> </ul>
<b>TransvisieZorg</b>	Er is een lacune in de wetenschappelijke theorievorming omtrent genderdysforie. Een wetenschappelijke theorie die psychische, somatische en contextuele factoren in kaart brengt is essentieel om recht te doen aan de multicausale aard van genderdysforie als meer spectrumgeörienteerde stoornis. Dit is een voorwaarde om goede zorg te kunnen bieden. Het uitbreiden van het zorgaanbod van een gestandaardiseerd medisch protocol naar een constructie waarin GGz, somatische zorg en maatschappelijke emancipatie en empowerment geïncorporeerd zijn is hierin in mijn beleving een noodzakelijke stap.
<b>Lentis</b>	Ruim 20 jaar werk ik met kinderen en jongeren met genderproblematiek en hun ouders. Indertijd ben ik opgeleid door Peggy Cohen. Voor kinderen en jongeren uit het noorden hebben wij een samenwerkingsrelatie met het genderteam van het VUMC. De huidige financieringsvoorwaarden maken de samenwerking kwetsbaar. Mijsns inziens kunnen we met een kenniscentrum in een netwerkstructuur een goede basis leggen om de zorg voor

	transgenders verder te ontwikkelen. Het is een belangrijke doelgroep die gemakkelijk in de verdrukking komt. Wij leveren daar graag vanuit Jonx een bijdrage aan.
<b>NVMKA</b>	Ik denk dat de MKA in het algemeen wat meer betrokken zou kunnen worden in het gehele proces van de gender zorg, ook wbt de psychische component om de zorg aan de kant van de MKA verder te kunnen optimaliseren.
<b>GGZ Friesland</b>	Het meest belangrijke knelpunt in mijn ogen is dat er vanuit de politiek weliswaar erkenning wordt gegeven dat psychische zorg bij genderdysforie van groot belang is en dat behandeling hiervoor in de specialistische GGZ vergoed blijft, echter het staat de directie van GGZ-instanties vrij om ervoor te kiezen de zorg al dan niet te bieden. Gezien bovenstaande knelpunten vrees ik dat juist de zorg aan die doelgroepen waar een stigma op heerst en waar weinig over bekend is als eerste geschrapt wordt. In de GGZ-Friesland bijvoorbeeld hebben wij een zorgpad genderdysforie met daarin een groepsbehandeling en een individueel traject. De groep is uniek in het Noorden van het land, wat maakt dat de mensen die hier nu komen straks op een andere manier ondersteuning en behandeling moeten vinden. Aangezien bekend is dat genderdysforie dusdanig ingrijpend is op alle levensgebieden is de kans dan weer groot dat de mensen die dit betreft met een ernstige psychische decompensatie worden opgenomen in de psychiatrie, omdat er geen andere steun en behandeling was. Eén en ander maakt de zorg niet alleen onnodig duur en inefficiënt, maar een psychische decompensatie kan ook nog eens zorgen voor schadelijke gevolgen voor de langere termijn. Vanuit de patiënten en het personeel van de poli seksuologie van de GGZ-Friesland zal hier tegen gestreden worden waar het kan, maar het zou mooi zijn dat dit landelijk ondersteund wordt.
<b>GGZ Centraal</b>	Veel knelpunten, van belang om consensus te hebben en eventueel voorlichting te bieden voor behandelaars, betere communicatie over de mogelijkheden. Op dit moment speelt er teveel weerstand bij behandelaars.
<b>NVLF</b>	De psychische problematiek is vaak enorm bij gendermensen, wat hun spraak dan negatief beïnvloedt.
<b>Pat.Transvisie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Er wordt niet specifiek over huisartsen, schoolartsen en schoolpsychologen gesproken. De meeste transgenders komen in eerste instantie bij hun huisarts terecht. Soms hebben huisarts en transgender al een lang verleden samen. Meer kennis over transgender-zijn en kennis van de transgender-zorgkaart bij huisartsen kan eerdere gerichte hulp versnellen.</li> <li>- De zorgstandaard dient van een zodanige kwaliteit te zijn dat deze het uitgangspunt voor de geslachtsaanpassende behandeling vormt; het mag dus niet voorkomen dat binnen het medische traject de psychologische begeleiding, die al gegeven is door hulpverleners buiten de universitaire ziekenhuizen, nog eens wordt overgedaan.</li> <li>- De psychische ondersteuning dient het belang van de transgender te dienen met als uitgangspunt diens behandelwens. Niet iedereen heeft een geslachtsaanpassende wens.</li> <li>- De zorg voor naasten dient te worden opgenomen in de zorgstandaard..</li> <li>- Er is behoefte aan laagdrempelige informatie voor transgenders. Sommigen willen niet naar een hulpverlener voordat ze zelf al een beetje op een rijtje hebben kunnen zetten wat er speelt. Of sommigen verwachten dat als ze bij een hulpverlener komen er meteen een diagnose wordt gesteld (gezien het in de lijst al aangekaarte gebrek aan kennis bij veel instanties is de angst om niet juist ingeschat te worden niet onterecht). Ons lotgenotencontact is een voorbeeld van een mogelijke eerste kennismaking met transgender en transgenders. Voor sommige is het bijwonen van een groepsbijeenkomst te onveilig. Een telefoonnummer waar ze terechtkunnen met die eerste vragen, zou voor sommigen de juiste mogelijkheid bieden. Hoewel ons secretariaat deze mensen te woord staat, is er zeker behoefte aan mensen die goed opgeleid zijn en die deze eerste (anonieme) verkenning kunnen begeleiden en vakkundig doorverwijzen naar de meest geschikte instantie/ hulpverlener.</li> </ul>
<b>Mondriaan</b>	Onze zorg betreft de overwaardering van de lichamelijke zorg ten koste van de aandacht voor de psychische kant, zowel in diagnostiek als in het behandeltraject.

---

<b>NVPC</b>	Seksuologische zorg ontbreekt momenteel volledig in de zorg voor deze patiënten en is mn post-operatief heel erg belangrijk!
-------------	--

**OVERIGE PUNTEN:**

<b>Gender-diversiteit</b>	Ik wil wel opmerken dat wij het onderzoek niet goed opgezet vinden en denken dat de uitkomsten daarom weinig zeggingskracht hebben. In dit onderzoek missen we namelijk het onderscheid tussen verschillende hulpverleners, terwijl wij dit onderscheid voor dit type onderzoek essentieel achten. We missen een onderscheiding in de vragen betreffende de hulpverleners in bijv. psychotherapeuten, (huis-)artsen en/of psychiaters, maatschappelijk werkers of vrijwilligersorganisaties en zouden het goed vinden als aansluitend op dit onderzoek een vervolgonderzoek kan plaatsvinden dat met dit onderscheid wel rekening houdt.
---------------------------	--

## Bijlage 3. Kennislacunes

- De epidemiologie (prevalentie en verdeling over de verschillende groepen) van genderdysforie en de hulpvraag in Nederland is niet goed bekend. Er zijn geen goede cijfers beschikbaar over de door transgenders ervaren geslachten (waarbij er meer opties zijn dan alleen man of vrouw).
- Het is niet bekend welke vorm van psychische behandeling het meest effectief is bij welke groep patiënten met genderdysforie wanneer gekeken wordt naar de kwaliteit van leven.
- Het is niet bekend wat de effecten zijn van centralisatie (of juist decentralisatie) van zorg op de toegankelijkheid van zorg voor mensen met genderdysforie.
- Het is niet bekend welke behandelingen het beste effect hebben.

## Bijlage 4. Implementatieplan

Hoofdstuk	Aanbeveling	Knelpunten bij implementatie	Mogelijke oplossing	Verantwoordelijke(n)
2a. Definities	<p>De werkgroep hanteert de bovengenoemde (=tabel 1 in hoofdstuk 2) definities, deels gebaseerd op de Standards of Care. De werkgroep stelt vast dat personen met genderdysforie een heterogene groep vormen. In deze kwaliteitsstandaard wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen de volgende subgroepen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kinderen voor de puberteit met genderidentiteitsvragen of genderdysforie</li> <li>2. Volwassenen of adolescenten die in verwarring zijn over hun genderidentiteit</li> <li>3. Volwassenen of adolescenten bij wie sprake is van problemen m.b.t. travestie (al dan niet fetisjistisch)</li> <li>4. Volwassenen of adolescenten met genderdysforie, maar zonder duurzame wens tot een genderbevestigende somatische behandeling</li> <li>5. Volwassenen of adolescenten met genderdysforie en een duurzame wens tot een genderbevestigende somatische behandeling die (nog) niet voor een dergelijke behandeling in aanmerking komen (bijvoorbeeld i.v.m. onvoldoende psychische draagkracht of lichamelijke contra-indicaties)</li> <li>6. Volwassenen of adolescenten met genderdysforie en een duurzame wens tot een genderbevestigende somatische behandeling die wel voor een dergelijke behandeling in aanmerking komen</li> <li>7. Volwassenen of adolescenten die een genderbevestigende somatische behandeling hebben ondergaan</li> </ol>	-	-	-
2b. Epidemiologie	De werkgroep adviseert om gericht onderzoek uit te voeren om de prevalentie van genderdysforie en de behoefte aan professionele hulp daarbij beter te kunnen bepalen. Het is daarbij van belang dat rekening wordt gehouden met het feit dat bij het ervaren geslacht meer opties mogelijk zijn dan man of vrouw.	Gebrek aan financiering	Gezamenlijk inzet van partijen voor realisatie financiering	Beroepsverenigingen Instellingen Patiënten- en belangenorganisaties

Hoofdstuk	Aanbeveling	Knelpunten bij implementatie	Mogelijke oplossing	Verantwoordelijke(n)
3. Signalering	Hulpverleners dienen zich ervan bewust te zijn dat sprake kan zijn van transgenderproblematiek bij mensen die zich met psychische of lichamelijke problemen melden en dat de religieuze of etnische achtergrond van hen of hun naasten de omgang daarmee extra gecompliceerd kan maken.	Gebrek aan kennis	Deskundigheidsbevordering, bijvoorbeeld door middel van nascholing of online programma's	Beroepsverenigingen Onderwijsaanbieders
	De werkgroep is van mening dat het uiten van transgender gevoelens gefaciliteerd kan worden door transgendersensitiviteit uit te stralen, bijvoorbeeld door in informatiemateriaal aan te geven dat transgender personen welkom zijn en waar mogelijk (formulieren, registratiesysteem, toiletten) ook meer opties te geven dan alleen man of vrouw.	Gebrek aan bewustwording	Deskundigheidsbevordering / voorlichting	Beroepsverenigingen Instellingen Patiënten- en belangenorganisaties Onderwijsaanbieders
		Gebrek aan voorlichtingsmateriaal	Ontwikkeling voorlichtingsmateriaal	Beroepsverenigingen Instellingen Patiënten- en belangenorganisaties
		Onmogelijke registratie in systemen	Aanpassing EPD's	GGZ Nederland
	De werkgroep adviseert aan hulpverleners om afspraken te maken met cliënten over de manier waarop zij aangesproken willen worden en deze waar mogelijk vast te leggen in de systemen.	Gebrek aan bewustwording	Deskundigheidsbevordering / voorlichting	Beroepsverenigingen Instellingen Patiënten- en belangenorganisaties Onderwijsaanbieders
	Voor het adequaat behandelen van mensen met transgender gevoelens is specifieke kennis nodig. Als zorgverleners deze kennis ontberen, is het noodzakelijk deze kennis te vergaren, dan wel te verwijzen naar een hulpverlener die deze kennis wel heeft. Als de zorgverlener zich gehinderd voelt door eigen normen en waarden, emoties en/of culturele achtergrond, is dat eveneens reden om door te verwijzen.	Gebrek aan kennis	Deskundigheidsbevordering	Beroepsverenigingen Instellingen Onderwijsaanbieders
		Gebrek aan bewustwording	Deskundigheidsbevordering / voorlichting	Beroepsverenigingen Instellingen Patiënten- en belangenorganisaties Onderwijsaanbieders
4. Diagnostiek	Het is belangrijk om te beseffen dat er een grote variatie in hulpvragen is bij mensen met een (mogelijk) genderidentiteitsprobleem. De hulpverlener dient samen met de cliënt uit te zoeken wat de hulpvraag is en vervolgens na te gaan welke vormen van nadere diagnostiek en behandeling nodig zijn.	Gebrek aan kennis	Deskundigheidsbevordering	Beroepsverenigingen Instellingen Onderwijsaanbieders

Hoofdstuk	Aanbeveling	Knelpunten bij implementatie	Mogelijke oplossing	Verantwoordelijke(n)
	Daarbij is het van belang een open en vertrouwenwekkende houding te hebben.			
	De werkgroep is van mening dat transgender personen niet alleen recht hebben op indicatiestelling voor een genderbevestigende somatische behandeling, maar ook op diagnostiek in het kader van psychische zorg binnen de GGZ.	Te weinig samenhang, geen levensloopbenadering	Niet vrijblijvende afspraken maken over samenhang	Beroepsverenigingen Instellingen
	Het is belangrijk dat tijdens de diagnostische fase voldoende aandacht is voor de psychische problematiek van betrokkenen.	Gebrek aan kennis over samenhang c.q. behandeling	Deskundigheidsbevordering, uitwisseling, onderzoek	Beroepsverenigingen Instellingen Onderwijsaanbieders
	De werkgroep vindt het heel belangrijk dat er consensus komt over de kwaliteitsvoorwaarden waaraan de indicatiestelling voor genderbevestigende somatische behandeling moet voldoen. Belangrijke discussiepunten daarbij zijn: het al dan niet organiseren van multidisciplinaire besluitvorming, het al dan niet laten samengaan van de rollen behandelaar en indicatiesteller, beschikbaarheid en bereikbaarheid, en keuzevrijheid/zelfbeschikking.	Thans geen consensus	Gezamenlijk overleg en afspraken	Beroepsverenigingen Instellingen Patiënten- en belangenorganisaties
5. Behandeling. Goede psychische zorg	De werkgroep is van mening dat voorwaarden voor goede psychische zorg aan transgender personen zijn:			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Een respectvolle, gendersensitieve, ontwikkelingsadequate, niet-veroordelende, steunende attitude</li> </ul>	Gebrek aan bewustwording	Deskundigheidsbevordering / voorlichting	Beroepsverenigingen Instellingen Patiënten- en belangenorganisaties Onderwijsaanbieders
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Specialistische kennis ten aanzien van diagnostiek en behandeling van transgender personen (en co-existente psychische problematiek) en kennis met betrekking tot ontwikkelingsrisico's van opgroeien met genderdysforie.</li> </ul>	Gebrek aan kennis	Deskundigheidsbevordering	Beroepsverenigingen Instellingen Onderwijsaanbieders

Hoofdstuk	Aanbeveling	Knelpunten bij implementatie	Mogelijke oplossing	Verantwoordelijke(n)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Een specialistisch zorgaanbod, gericht op de hulpvraag van personen met het hele scala van gendervariatie. Daarbij kan psychoeducatie worden gegeven waar dit volstaat en counseling of therapeutische zorg waar dat nodig is. Ook gezinstherapie, partnerrelatietherapie en groepsbehandeling dienen voor deze groep beschikbaar te zijn.</li> </ul>	Gebrek aan kennis	Deskundigheidsbevordering	Beroepsverenigingen Instellingen Patiënten- en belangenorganisaties Onderwijsaanbieders
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voor naasten van transgender personen dient psychische hulp beschikbaar te zijn.</li> </ul>	Gebrek aan financiering	Gezamenlijke inspanning voor realisatie verzekerde zorg	Beroepsverenigingen Instellingen Patiënten- en belangenorganisaties
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zorgverleners in de GGZ en somatische zorgverleners dienen niet-vrijblijvende afspraken te maken over de verdeling van taken en samenwerking tijdens het behandeltraject. Deze afspraken dienen schriftelijk te worden vastgelegd.</li> </ul>	Thans geen afspraken	Gezamenlijk overleg en vastleggen afspraken	Beroepsverenigingen Instellingen Patiënten- en belangenorganisaties
	<ul style="list-style-type: none"> <li>De zorg dient met de hulpvrager geëvalueerd te worden.</li> </ul>	-	-	-
Behandeling Co-existente psychische problemen	De psychische behandeling van genderdysforie dient niet alleen gericht te zijn op het transgender zijn en de manier van omgaan hiermee, maar ook op de psychische problematiek die hiermee gepaard kan gaan. Psychische problemen kunnen losstaan van de genderdysforie maar zij kunnen ook door de genderdysforie veroorzaakt of versterkt zijn. Genderbevestigende behandeling kan een positief effect hebben op co-existente psychische problemen.	Gebrek aan kennis	Deskundigheidsbevordering, uitwisseling, onderzoek	Beroepsverenigingen Instellingen Onderwijsaanbieders
	Indien in de GGZ verschillende zorgverleners bij de behandeling van de transgender persoon betrokken zijn, dan dienen zij de behandeling goed met elkaar af te stemmen, zodat geen dubbel	Thans afstemming niet standaard	Deskundigheidsbevordering, uitwisseling, onderzoek	Beroepsverenigingen Instellingen Patiënten- en belangenorganisaties

Hoofdstuk	Aanbeveling	Knelpunten bij implementatie	Mogelijke oplossing	Verantwoordelijke(n)
	werk wordt gedaan én de transgender persoon niet het idee heeft steeds opnieuw het zelfde te moeten vertellen.			Onderwijsaanbieders
	Indien psychische problemen een goede beoordeling van de genderdysfore gevoelens of een genderbevestigende somatische behandeling belemmeren, dan is voorafgaand aan het somatische traject behandeling in de GGZ belangrijk.	Te weinig samenhang, geen levensloopbenadering	Niet vrijblijvende afspraken maken over samenhang	Beroepsverenigingen Instellingen
Behandeling Lotgenotencontact	Zowel het aanbod van de GGZ als het aanbod van patiënten- en belangenorganisaties moet laagdrempelig worden aangeboden. Dit betekent in de eerste plaats dat de informatie actueel en gemakkelijk beschikbaar moet zijn.	Geen locatie waar aanbod centraal wordt gepresenteerd	Integrale website met alle zorgverlening in Nederland	Beroepsverenigingen Instellingen Patiënten- en belangenorganisaties
	Een structurele uitwisseling van visies, ervaringen en signalen tussen patiënten- en belangenorganisaties en organisaties met een hulpverleningsaanbod voor transgender personen is wenselijk.	Thans geen gedeelde visie	Overleg en verspreiden resultaten door betrokkenen	Beroepsverenigingen Instellingen Patiënten- en belangenorganisaties
6. Organisatie van zorg	De werkgroep is van mening dat zorg aan transgender personen laagdrempelig aangeboden moet worden. Een wachtperiode binnen de GGZ van meer dan 6 weken is ongewenst. Zorg voor transgenders moet decentraal worden aangeboden waar dat kan. Indien nodig kan worden verwezen naar gespecialiseerde zorg die maar op enkele plaatsen in het land beschikbaar is. E-health kan een belangrijke bijdrage leveren aan het hulpaanbod voor transgenders. Belangrijk is dat gespecialiseerde zorgverleners via internet gemakkelijk vindbaar zijn voor professionals en patiënten.	Te lange wachtlijst	E-health + integrale website met alle zorgverlening in Nederland	Beroepsverenigingen Instellingen Patiënten- en belangenorganisaties
			Decentralisatie	Beroepsverenigingen Instellingen
	De werkgroep vindt dat, behalve individuele behandeling en systeemtherapie, ook groepsbehandeling belangrijk kan zijn bij de behandeling van transgender personen in de GGZ. Groepsbehandeling zal echter niet overal kunnen worden aangeboden. Het is daarom belangrijk dat transgender personen gelijktijdig bij verschillende behandelaren in de GGZ in behandeling kunnen zijn.	Regels DBC-facturering vormen een obstakel bij gelijke hoofddiagnose	Gezamenlijke inspanning voor realisatie verzekerde zorg	Beroepsverenigingen Instellingen Patiënten- en belangenorganisaties
	De werkgroep vindt samenwerking tussen de verschillende zorgverleners rondom één transgender een essentieel onderdeel van goede zorg. Netwerkvorming kan dit faciliteren. Om dubbel	Niet altijd goede uitwisseling informatie	Netwerkvorming Zorgen voor goede informatieoverdracht	Beroepsverenigingen Instellingen

Hoofdstuk	Aanbeveling	Knelpunten bij implementatie	Mogelijke oplossing	Verantwoordelijke(n)
	werk te voorkomen is het belangrijk dat de hulpverleners, als de cliënt dat wil, de eigen bevindingen met elkaar delen. Het moet voor de transgender persoon ook altijd duidelijk zijn bij wie men binnen welke organisatie met vragen terecht kan.		Proefsamenwerking Protocolleren van uitwisseling van informatie	
	In het gehele traject (dus ook lange tijd na een eventuele genderbevestigende somatische behandeling) speelt de huisarts een belangrijke coördinerende rol. Bovendien kan de huisarts laagdrempelig nieuwe problematiek signaleren en verwijzen indien dit aangewezen is.	Gebrek aan kennis	Deskundigheidsbevordering	Beroepsverenigingen Onderwijsaanbieders
	De werkgroep is van mening dat wachttijden voor diagnostiek en indicatiestelling voor een genderbevestigend somatisch behandelingstraject van meer dan 3 maanden onacceptabel zijn. Lange wachtlijsten zijn niet goed voor de kwaliteit van zorg en leiden tot psychische problemen die voorkomen kunnen worden en dus tot een onnodige verzwarende van het behandeltraject.	Te lange wachtlijst	Extra capaciteit	Beroepsverenigingen Instellingen
	Bovenstaande aanbevelingen vereisen aanpassingen in de organisatie en de financiering van de zorg. De bij deze kwaliteitsstandaard betrokken partijen (beroepsverenigingen, instellingen/praktijken en vertegenwoordigers van transgender personen) dienen zich gezamenlijk in te spannen voor een passend implementatietraject.	Zie bovenstaand		