



man, vrouw en kind

Universitair Ziekenhuis Gent



info voor de patiënt



Genderdysforie MV

UZ Gent, Centrum voor Seksuologie en Genderproblematiek

Diagnose en begeleiding van personen met genderdysforie

Woord vooraf	4
1. Algemene informatie	6
2. Psychologische/psychiatrische aspecten en begeleiding	9
2.1 De diagnostische fase	10
2.2 Begeleiding tijdens de hormonale fase	10
2.3 Begeleiding tijdens de chirurgische fase	12
3. De hormoonbehandeling	13
3.1 Anti-androgenen	14
3.2 Oestrogenen	14
3.3 Wie mag geen hormonen toegediend krijgen?	14
3.4 Opvolging	16
4. De geslachtsaanpassende chirurgie	17
4.1 Esthetische ingrepen	17
4.2 De geslachtsaanpassende ingreep	17
4.3 Gynaecologische opvolging van transvrouwen	19
4.4 Urologische aspecten van de geslachtsaanpassende ingreep	21
5. Ontharen met laserstralen	22
5.1 Inleiding	22
5.2 Hoe werkt ontharing met laserstralen?	22
5.3 Welk resultaat kan verwacht worden?	22
5.4 Welke lichaamszones komen in aanmerking voor ontharingslasertherapie?	23
5.5 Wat als de lasertherapie niet werkt?	23
5.6 Bijwerkingen en voorzorgsmaatregelen	24
5.7 Hoe een afspraak vastleggen?	24
6. De stem	25
6.1 Logopedie	25
6.2 Fonochirurgie	26
6.3 Fonochirurgie of logopedie?	27
6.4 Tenslotte	27
7. Juridische aspecten	28
7.1 Inleiding	28
7.2 Juridische voorwaarden voor geslachtschirurgie	28
7.3 Procedure naamsverandering (administratieve procedure)	30
7.4 Procedure juridische geslachtsaanpassing	31
7.5 Juridische gevolgen van de geslachtsaanpassing	34

Woord vooraf

Sinds 1986 hebben enkele artsen van het UZ Gent aandacht voor de behandeling van transgenderpersonen.

Om de diagnosestelling en behandeling zo professioneel mogelijk uit te bouwen, werd in het UZ Gent het Genderteam opgericht. Het team is multidisciplinair samengesteld en bestaat uit psychiaters, psychologen, endocrinologen, plastisch chirurg, urologen, gynaecologen, neus-, keel- en oorartsen, neurolingüisten, dermatologen, een sociaal verpleegkundige, een kinesiste en een jurist. Deze multidisciplinaire aanpak staat garant voor een goede diagnosestelling en een intensieve behandeling van de aangemelde personen. De laatste tijd gaat er ook aandacht naar kinderen en jongeren die vragen hebben rond genderidentiteit. Zij kunnen terecht bij de kinderpsychiater, kinderpsycholoog en kinderendocrinoloog. Die vormen samen het Kindergenderteam.

De bedoeling van deze informatiebrochure is u zo goed mogelijk te informeren over de procedure van diagnosestelling en over het behandelingsplan dat in ons ziekenhuis gevolgd wordt. Wij hopen u zo te kunnen ondersteunen in de af te leggen weg. Wij zijn ervan overtuigd dat deze brochure niet al uw vragen zal beantwoorden. U kunt uiteraard met meer gerichte en persoonlijke vragen terecht bij de respectievelijke specialisten.

Als u opmerkingen heeft over deze brochure, contacteer ons dan via centrumsege@uzgent.be. Als u een afspraak wil met één van onze diensten, kan u ons bellen op tel. 09 332 60 23 of mailen via hogervermeld e-mail adres.

Het genderteam

Dr. Griet De Cuyper	Psychiater - coördinator
Dr. Gunter Heylens	Psychiater
Psy. Els Elaut	Psycholoog
Psy. Birgit Van Hoorde	Psycholoog
Karoline Gesquiere	Sociaal verpleegkundige
Prof. dr. Guy T'Sjoen	Endocrinoloog
Prof. dr. Stan Monstrey	Plastisch chirurg
Jan Smeyers	Physician assistent
Prof. dr. Piet Hoebeke	Uroloog
Dr. Steven Weyers	Gynaecoloog
Prof. dr. Petra De Sutter	Gynaecoloog
Bie Stockman	Kinesiste
Dr. Evelien Verhaeghe	Dermatoloog
Prof. dr. John Van Borsel	Neurolingüist
Marianne Cosyns	Logopedist
Dr. Katrien Bonte	Neus, Keel- en Oorarts
Prof. dr. T. Balthazar	Jurist

1. Algemene informatie

U komt ons raadplegen omdat u hulp zoekt voor uw genderproblemen.

Voor we onze werkwijze beschrijven, willen we enkele begrippen uitleggen en ook even stilstaan bij wat genderidentiteitsstoornissen zijn.

Enkele woordverklaringen

- **Gender** (een Engels leenwoord) = dit begrip refereert niet enkel naar het biologisch geslacht maar ook naar de psychosociale aspecten van het geslacht.
- **Genderidentiteit** = het subjectief ervaren van het eigen geslacht.
- **Genderdysforie** = het gevoel van onbehagen dat een persoon zelf toeschrijft aan de incongruentie (of tegenstelling) tussen zijn/haar genderidentiteit enerzijds en zijn/haar biologisch geslacht anderzijds.

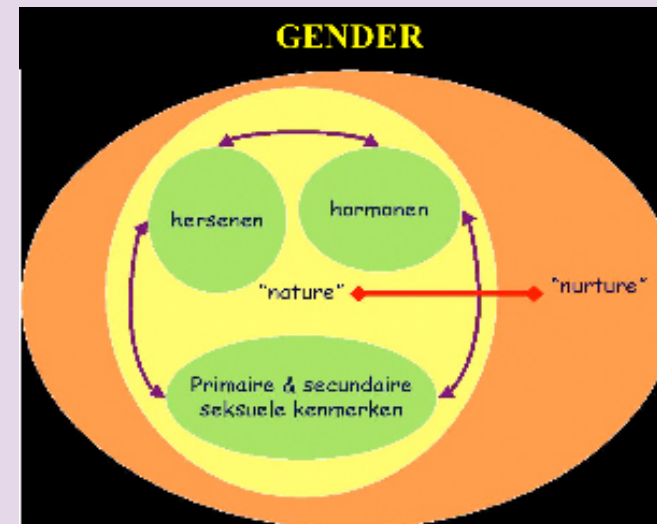
Er zijn verschillende gradaties van genderdysforie

- **Transvestitisme** (of travestisme): hierbij treedt een episodische vorm van genderdysforie op, meer bepaald op het ogenblik dat de travestiet zich manifesteert in de kledij van het andere geslacht.
- **Transgenderisme**: is het verschijnsel waarbij mannen als vrouwen en vrouwen als mannen leven zonder een volledige geslachtsaanpassing te willen ondergaan. De genderdysforie gevoelens bij deze personen zijn meestal partieel, niet permanent en ambivalent. De laatste jaren is transgenderisme in toenemende mate ook een verzamelterm geworden voor het hele spectrum van crossgenderverschijnselen.
- **Genderidentiteitsstoornissen** (vroeger: transseksualiteit): dit is de meest extreme vorm van genderdysforie met de volgende criteria:
 1. een sterke en aanhoudende identificatie met het andere geslacht. Dit wordt zichtbaar door verschijnselen zoals de wens om tot de andere sekse te behoren, het frequent doorgaan voor iemand van de andere sekse, en het verlangen te leven en behandeld te worden als iemand van de andere sekse.

2. het zich voortdurend niet op het gemak voelen met zijn/haar sekse. Dit wordt duidelijk door verschijnselen als het voortdurend bezig zijn met het kwijt willen raken van de oorspronkelijke primaire en secundaire geslachtskenmerken.

Voor de duidelijkheid definiëren we best nog de volgende begrippen:

- **Transman**: vrouw-naar-man (VM) transseksueel persoon
- **Transvrouw**: man-naar-vrouw (MV) transseksueel persoon



Figuur 1: het bio-psycho-sociaal model

Wat bepaalt of iemand een mannelijke of vrouwelijke genderidentiteit ontwikkelt?

Dit is een ingewikkeld proces waarin chromosomen, hormonen, geslachtsklieren (eierstokken of teelballen), inwendige geslachtsorganen, uitwendige geslachtskenmerken, geslachtstoewijzing en opvoeding een rol spelen. De geslachten- en genderontwikkeling gebeurt stapsgewijs en verloopt gewoonlijk ofwel in mannelijke richting ofwel in vrouwelijke richting. Soms doen er zich aandoeningen voor in deze geslachtsontwikkeling (DSD: disorders of sex development). Vroeger sprak men van personen met een interseksprobleem (bv. vrouwen met mannelijke chromosomen).

Als geslacht en gender niet overeenkomen (stoornis in de genderontwikkeling), bv. een jongen die zich meisje voelt of een meisje dat zich jongen voelt, dan spreekt men over genderidentiteitsproblematiek.

Over de oorzaak van genderdysforie wordt veel gediscussieerd. Tot op heden is er nog geen afdoend antwoord gevonden op die vraag, ondanks de vele onderzoeken op zowel biologisch, psychologisch als sociaal terrein. Meer en meer worden biologische verklaringen onderzocht en gevonden (o.a. transseksuele vrouwen hebben bepaalde vrouwelijke hersenstructuren). Hoe dan ook moet de oorzaak gezocht worden in een subtiel samenspel van natuur (nature) en opvoeding (nurture): bio-psycho-sociaal verklaringsmodel (zie ook figuur 1).

Een belangrijk punt om te onthouden is: **niets of niemand draagt schuld voor het ontstaan van deze problematiek, wat de oorzaak ook moge zijn.**

2. Psychologische/psychiatrische aspecten en begeleiding

Op de psychologische/psychiatrische consultatie voor transseksuele problematiek (genderidentiteitsstoornissen) treffen we voornamelijk personen aan die zich aanbieden met de zelfdiagnose van transseksualiteit. Anderen komen hulp vragen voor hun genderdysfore gevoelens, hun travestiegedrag of wensen van ons, psychiaters en psychologen, hulp bij de beslissing tot een (geslachtsaanpassende) behandeling.

Niet alle personen met genderdysforie zijn gebaat bij een geslachtsaanpassende behandeling en/of wensen deze zelf. Soms zijn psychotherapeutische gesprekken voldoende om personen te helpen die verward zijn over hun gender of die tijdelijk last hebben van genderdysforie.

Wij als genderteam zijn wel van oordeel dat een geslachtsaanpassende behandeling de behandeling bij uitstek is voor personen bij wie de diagnose van genderidentiteitsstoornis werd gesteld en die bewezen hebben te (kunnen) leven in de gewenste geslachtsrol. Aangezien het hier om een onomkeerbare behandeling gaat, wordt in de eerste plaats veel aandacht besteed aan een correcte diagnose.

De geslachtsaanpassende behandeling bestaat uit een hormonale behandeling en psychosociale begeleiding, gevolgd door de chirurgische interventies. Deze behandeling gebeurt stapsgewijs en wordt in de tijd gespreid om voldoende aandacht te kunnen besteden aan de psychologische processen die worden doorlopen en de beslissingen die moeten genomen worden.

Onze procedure is er vooral op gericht het aantal spijtoptanten (personen die later spijt zouden krijgen over de geslachtsaanpassende behandeling) minimaal te houden. Daarom hebben we twee beslissingsmomenten ingevoerd: ten eerste de klinische diagnose, ten tweede de beslissing tot geslachtsaanpassende chirurgie. Aan het eerste beslissingsmoment gaan ongeveer 9 maanden vooraf. Nadien is er een periode (ongeveer 18 maanden) waarin hormonale behandeling wordt toegepast. Dit brengt de totale procedure op ongeveer 27 maanden, maar dit kan individueel licht verschillen.

Deze beslissingen worden samen met de patiënt genomen, indien nodig in samenspraak met andere teamleden. Op eigen houtje hormonen innemen bete-

kent onnodige risico's nemen op diverse vlakken. Als genderteam willen wij daarin geen verantwoordelijkheid dragen.

■ 2.1 De diagnostische fase

De eerste diagnostische fase, die 9 maanden à 1 jaar duurt, bestaat erin de patiënt zowel psychologisch-psychiatrisch als hormonaal-lichamelijk te onderzoeken (zie verder). Die taak wordt opgenomen door de psychiater en de endocrinoloog.

Op psychologisch vlak is het allereerst de bedoeling uw genderdysfore klacht te evalueren. We kijken na of uw vraag om een geslachtsaanpassende behandeling te ondergaan niet bepaald wordt door een andere psychiatrische stoornis, zoals bijvoorbeeld waangedachten, hallucinaties, andere identiteitsstoornissen, onvrede met de eigen genderrol of het niet accepteren van de eigen homoseksualiteit. Het kan ook gaan om travestisme.

Daarenboven evalueren we hoe u omspringt met moeilijkheden en wordt uw draagkracht geëvalueerd. De bedoeling is te kunnen inschatten of u de problemen, die gepaard gaan met de real-life experience (het in de gewenste geslachtsrol leven en werken) zult aankunnen. Er wordt ook nagegaan in hoeverre er misbruik van alcohol en/of drugs is.

Tijdens de diagnostische gesprekken worden ook de verwachtingen van de behandeling besproken. Er gebeurt in die periode een evaluatie van de familiale ondersteuning en het sociale netwerk.

Tijdens deze diagnostische fase worden gesprekken gevoerd met de psychiater a rato van 1 consultatie per 6 weken. In deze fase vragen we nog niet dat u zich in de gewenste geslachtsrol begeeft.

■ 2.2 Begeleiding tijdens de hormonale fase

Transvrouwen krijgen meestal tegelijkertijd een antitestosteronbehandeling en vrouwelijke hormonen toegediend. Als u samen met de psycholoog/psychiater nog twijfels heeft over de geslachtsaanpassende behandeling dan wordt enkel gestart met een antitestosteronbehandeling. De eigen mannelijke hormoonproductie wordt dan stilgelegd. Dit houdt de behandeling omkeerbaar en geeft u de gelegenheid om de omschakeling geleidelijker aan te pakken. Het geeft ook aan of u zich beter voelt met de onderdrukking van de mannelijke secundaire geslachtskenmerken.

In de hormonale fase verwachten we dat de real-life experience een aanvang neemt. Dit houdt in dat u zich familiaal, sociaal en professioneel gaat gedragen in de gewenste geslachtsrol. Dit proces begint met het informeren van familie, vrienden, werk of school. Nadien wordt, afhankelijk van de reacties van derden, concreet gewerkt aan de omschakeling. Zo kan u zelf uittesten of u zich beter voelt in de nieuwe geslachtsrol en of u voldoende gewapend bent om de maatschappelijke tegenkanten te trotseren. In het begin van deze fase kan u samen met de psychiater/psycholoog gaan uitkiezen welk sociaal omschakelingsproces het meest aangewezen is: ofwel een plotse omschakeling ofwel een meer geleidelijke procedure. Ondertussen kan deze omschakeling ook continu getoetst worden aan de haalbaarheid. De duur van het omschakelingsproces kan van persoon tot persoon verschillen naargelang de emotionele en concrete context.

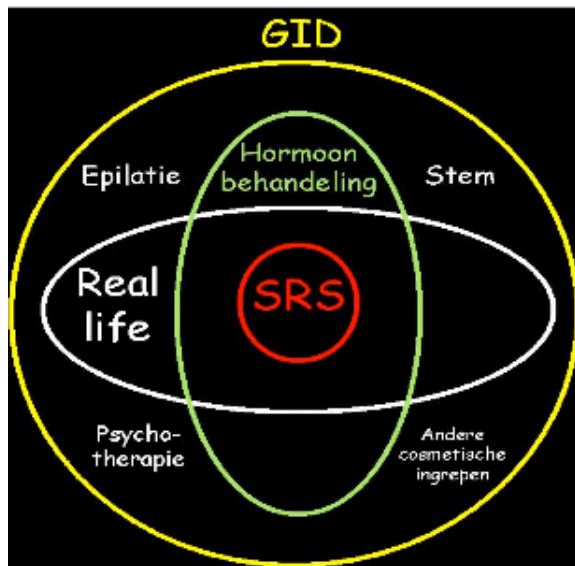
Tijdens de hormonale fase is psychologische evaluatie en begeleiding aangewezen à rato van 1 consultatie per 2 maanden. De psychiater/psycholoog heeft in deze fase vooral twee aandachtspunten: de evolutie van de genderdysforie waarvan verwacht wordt dat deze vermindert naarmate u zich in de andere geslachtsrol begeeft, en de vastheid van beslissing tot geslachtswijziging ondanks de eventueel groeiende conflicten en problemen.

De rol van de psycholoog/psychiater is in de hormonale fase zowel evaluerend als ondersteunend en begeleidend. Als dit kan gebeuren in een sfeer van samen uitzoeken of een geslachtsaanpassende operatie de beste behandeling is, kan dit voor u enkel positief zijn.

Als u dit wenst, worden ook de naaste familieleden betrokken bij de begeleiding. Zeker als u als transseksuele vrouw beslist hebt om samen te blijven met uw partner, wordt dit aangeraden.

Sommigen mensen wensen in deze periode verder ook geholpen te worden door middel van stemtherapie en esthetische ingrepen (zoals epilatie en FFS of facial feminization surgery). Tijdens deze periode voorzien we de contacten met de plastisch chirurg. Die geeft u alle mogelijke inlichtingen over de operaties, met inbegrip van de beperkingen en de mogelijke complicaties. De mogelijke problemen kunnen ook nog verder met de psychiater/psycholoog besproken worden. Alleen wanneer deze fase met succes doorlopen is, kan de beslissing tot een geslachtsaanpassende operatie worden genomen.

We bevelen u in die periode ook aan om een aanvraag tot voornaamswijziging te doen. De voornaamswijziging kan de real-life experience vergemakkelijken. Hiervoor is een attest nodig van zowel de psychiater als van de endocrinoloog.



Figuur 2: de verschillende fasen van behandeling (GID= gender identity disorder of gender identiteitsstoornis; SRS = sex reassignment surgery of geslachtsaanpassende heelkundige ingreep)

2.3. Begeleiding tijdens de chirurgische fase

Kort na de chirurgische ingreep brengt de psychiater/psycholoog u steeds een bezoek op de afdeling waar u verzorgd wordt, enerzijds ter ondersteuning en anderzijds ter evaluatie van uw welbevinden. Meestal wordt dan ook de follow-up besproken. Vele personen beslissen dan de psychologische/psychiatrische begeleiding stop te zetten. Anderen vinden dat een aantal persoonlijke problemen niet opgelost zijn met de geslachtsaanpassende behandeling en wensen nog tijdelijk therapeutisch gevolgd te worden. Onze ervaring is dat een aantal psychische problemen soms onbespreekbaar bleven omdat de transvrouw vóór de aanpassing heel intens bezig was met haar genderidentiteitsproblemen. We kunnen in die gevallen psychiatrische/psychotherapeutische begeleiding enkel toejuichen.

3. De hormoonbehandeling

Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen natuurlijke hormonen en synthetische (kunstmatig gemaakte) hormonen. Een natuurlijk oestrogeen is bijvoorbeeld oestradiol. Een natuurlijk progestageen is progesteron en er zijn heel wat natuurlijke androgenen (mannelijke hormonen), zoals testosteron of DHEAS. Synthetische oestrogenen zoals ethinyl oestradiol, een bestanddeel van de contraceptie, zijn vele malen sterker dan een natuurlijk oestrogeen en hebben ook veel bijwerkingen. De synthetische testosteronpreparaten worden over het algemeen als zeer veilig beschouwd.

Transgenderpersonen zullen in de transitie vaak een hormonale behandeling krijgen. De synthetische hormonale behandeling kan belangrijke effecten hebben, zoals spieropbouw onder invloed van testosteron, of borstontwikkeling onder invloed van oestrogenen.

Het is zelfs zo dat de kans op vruchtbaarheid onder invloed van hormonale behandeling in het originele geslacht op termijn teniet gedaan wordt. Daarom is het belangrijk om voor hormonale behandeling het onderwerp vruchtbaarheid te bespreken met de psycholoog/psychiater en/of endocrinoloog. Invriezen van zaadcellen voor het starten van de hormonale behandeling is mogelijk als u dat wenst. Voor meer informatie hierover kan u terecht bij de endocrinoloog. Het labo van het fertiliteitscentrum heeft ervaring met de langdurige bewaring van spermastalen, ook van transgenderpersonen.

Bij het opstarten van de hormonale behandeling wordt de endocrinoloog (hormoonspecialist) betrokken in de begeleiding van de transitie. De endocrinoloog zal u begeleiden bij het maken van een correcte en veilige keuze voor de hormonale behandeling. Wij raden zelfmedicatie of aankoop van hormonen via internet ten stelligste af.

De behandeling bij transvrouwen bestaat meestal uit medicatie die de productie van testosteron afremt waaraan oestrogenen worden toegevoegd. Het afremmen van de testosteronproductie is alleen nodig bij pre-operatieve transseksuele personen, want na de vaginoplastie zijn de bronnen van testosteronproductie, de teelballen, niet meer aanwezig. Onder invloed van de hormonale behandeling zullen geleidelijk aan de mannelijke geslachtskenmerken verdwijnen en meer vrouwelijke kenmerken ontstaan. Na geslachtsaanpassende chirurgie zijn bij afwezigheid van contra-indicaties levenslang oestrogenen noodzakelijk.

3.1 Anti-androgenen

Anti-androgenen remmen de testosteronaanmaak en/of blokkeren de testosteronreceptor. De gewenste effecten zijn vermindering van het libido (minder spontane erecties), minder lichaamsbeharing en stopzetting van het proces van mannelijk haaruitval. Bijwerkingen die gerapporteerd worden zijn vermoeidheid, lusteloosheid, spierzwakte en, zoals verwacht, onvruchtbaarheid. Meestal wordt cyproteron-acetaat gebruikt in een dosering van 50 mg per dag. Androcur® of Cyproplex® worden door het ziekenfonds terugbetaald na de goedkeuring van de adviserend geneesheer op voorleggen van een attest afgeleverd door de psychiater en endocrinoloog.

3.2 Oestrogenen

Oestrogenen onderdrukken ook de testosteronproductie en leiden tot vrouwelijking: borstgroei, zachtere huid, veranderende vetverdeling, toenemende emotionaliteit. De stem wordt niet beïnvloed en vaak is logopedie nodig om hierbij te helpen. Ook is er vaak slechts een beperkt effect op de mannelijke baardgroei. Dan kan laser- of elektrische epilatie nodig zijn. De lichaamsbeharing ter hoogte van andere lichaamszones reageert doorgaans beter op de behandeling. De belangrijkste bijwerking van oestrogenen is het toegenomen risico op trombose (bloedklonters). Uw endocrinoloog kan u adviseren of dit de veiligste behandeling is. Bloedklonters komen voornamelijk voor bij vrouwen die roken. Daarom is stoppen met roken een essentieel element in de behandeling. Op jonge leeftijd wordt vaak een orale vorm van oestrogenen voorgeschreven, op gevorderde leeftijd wordt een transdermale vorm voorgesteld (gel of pleister). Er zijn geen voordelen verbonden aan het toevoegen van progesteron aan de behandeling en dit wordt daarom in ons centrum niet gedaan. Het gebruik van progesteron kan het risico op bijwerkingen alleen maar doen toenemen.

3.3 Wie mag geen hormonen toegediend krijgen?

Sommige mensen hebben een verhoogd risico op complicaties ten gevolge van oestrogenen en gebruiken daarom beter geen oestrogenen. Oestrogenen zijn absoluut verboden bij ernstige hypertensie (hoge bloeddruk), een doorgemaakt of gekend risico op trombose, een voorgeschiedenis van een hersenbloeding en bij ernstige leverziekten.

Bij het gebruik van oestrogenen is er sowieso altijd een klein verhoogd risico op borstkanker, vooral als u hiervoor familiaal belast bent. Maandelijks zelfonderzoek is aangewezen en op indicatie kan een mammografie gebeuren.

Feminisatie		
Effect	Start	Maximum
Herverdeling van vet-massa	3-6 maanden	2-3 jaar
Afname van spiermassa en kracht	3-6 maanden	1-2 jaar
Zachter worden van de huid	3-6 maanden	Ongekend
Afname van libido	1-3 maanden	3-6 maanden
Afname van spontane erecties	1-3 maanden	3-6 maanden
Afname van mannelijke seksuele functie	Variabel	Variabel
Borstgroei	3-6 maanden	2-3 jaar
Afname van teelbalvolume	3-6 maanden	2-3 jaar
Afname van spermaproductie	Ongekend	Meer dan 3 jaar
Afname van haargroei	6-12 maanden	Meer dan 3 jaar
Stemverandering	Geen	
Haargroei ter hoogte van de hoofdhuid	Beperkte teruggroei	

■ 3.4 Opvolging

De opvolging van de hormonale behandeling gebeurt driemaandelijks in het eerste jaar en om de zes maanden in het tweede jaar. Na eventuele geslachtsaanpassende chirurgie worden de controles uitgevoerd op jaarlijkse basis of frequenter op vraag. Bij de opvolging hoort naast het invullen van een vragenlijst over uw medische voorgeschiedenis en huidige behandeling, een bloedafname, een botdensitometrie, een meting van bloeddruk en spierkracht, en een nazicht door uw behandelende arts.

4. De geslachtsaanpassende chirurgie

■ 4.1 Esthetische ingrepen

Niet zelden worden bij transseksuele vrouwen tijdens de hormonale fase of het doorlopen van de real-life experience een aantal esthetische ingrepen verricht om een vrouwelijker uitzicht te krijgen: bv. een correctie van de neus, een facelift of specifieke feminiserende ingrepen ter hoogte van het gelaat. De wenselijkheid wordt besproken met begeleidend psychiater/psychoog en plastisch chirurg.

■ 4.2 De geslachtsaanpassende ingreep

4.2.1 De borstvergroting

Bij de meerderheid van de transseksuele vrouwen is, zelfs na jarenlange hormonale therapie, te weinig borstweefsel aanwezig om een voldoende vrouwelijk profiel te hebben. Borstaugmentatie is dan ook door velen gewenst.

Via een kleine incisie in de oksel, aan de rand van de tepelhof of ter hoogte van de plooi onder de borsten, kunnen borstprothesen ingebracht worden die meestal achter de borstspier geplaatst worden. Deze prothesen zijn ofwel gevuld met siliconegel ofwel met fysiologisch serum (zoutwateroplossing). Het volume kan aangepast worden aan het reeds aanwezige borstklierweefsel en naargelang de wensen van de patiënte. Het betreft hier een ingreep waar vrijwel alle patiënten uiterst tevreden over zijn en die weinig risico's inhoudt. De borstprothesen worden grotendeels terugbetaald mits goedkeuring door de medisch adviseur.

4.2.2 De genitale geslachtsaanpassende ingreep

Meestal wordt tijdens de narcose voor de borstaugmentatie ook de genitale geslachtsaanpassende ingreep verricht. Hiervoor moeten patiënten altijd één dag van tevoren worden opgenomen in het ziekenhuis om een preoperatieve darmvoorbereiding te laten plaatsvinden (het leeg maken van de darmen). Ook is voorafgaande laser- of elektrische epilatie van de genitale streek aangewezen.

Bij een vaginareconstructie wordt de inhoud van de penis, d.w.z. de zwellichamen, vrijwel integraal verwijderd. De huid van de penis wordt aan het uiteinde

dichtgemaakt, naar binnen omgeklapt en als een gesteelde huidflap (met behoud van het gevoel) gebruikt om een vagina te reconstrueren. Dit betekent dus dat de huid van de buitenkant van de penis nu aan de binnenkant van de vagina komt te liggen. Soms wordt met een huident de vagina dieper gemaakt. De beide teelballen worden natuurlijk ook verwijderd en het achterste gedeelte van het scrotum wordt als een apart flapje gebruikt om een bredere ingang tot de vagina te krijgen. Het voorste deeltje van de eikel, dat zeer gevoelig is, wordt vrij gedisseceerd van de zwellichamen en wordt gebruikt voor de reconstructie van de clitoris, samen met een hoeveelheid voorhuid, waarmee de kleine schaamlippen worden gereconstrueerd. De twee buitenste delen van het scrotum worden dan gebruikt voor de reconstructie van de grote schaamlippen. De uitgang van de urethra (voor de urineafvoer) wordt verkort om het urineren rechtstreeks naar onder toe mogelijk te maken, zoals bij een biologische vrouw.

In de onmiddellijke en latere postoperatieve periode wordt gebruik gemaakt van een speciaal ontworpen siliconenprothese om een maximale diepte en breedte van de vagina te krijgen en te behouden.

De gemiddelde opnameduur voor deze geslachtsaanpassende chirurgie bedraagt 8-9 dagen.

De mogelijke complicaties bij deze ingreep zijn nabloeding en een wat moeilijke wondgenezing ter hoogte van de ingang van de vagina. Een gelukkig uiterst zeldzame maar toch ernstige complicatie is een perforatie van de endeldarm waardoor een verbinding tussen de vagina en het rectum ontstaat (rectovaginale fistel) en stoelgang verloren gaat via de vagina. Als zich een dergelijke complicatie voordoet, moet de stoelgang tijdelijk via een stoma ter hoogte van de buik verwijderd worden. Pas als onderaan alles genezen is, kan de normale darmcontinuïteit hersteld worden.

Patiënten moeten meestal rekening houden met een arbeidsongeschiktheid van zes tot acht weken. Bij één op de vijf patiënten wordt achteraf nog een kleine esthetische correctie verricht, met name ter hoogte van de voorzijde van de vagina.

Het ziekenfonds vergoedt slechts 80 à 90% van de feitelijke onkosten. Het eigen aandeel in de kosten bedraagt tussen 1.500 en 2.500 €.

■ 4.3 Gynaecologische opvolging van transvrouwen

Over de gynaecologische opvolging van transseksuele vrouwen was tot voor kort heel weinig onderzoek verricht. Een recente doctoraatsthesis vanuit onze groep heeft getracht hierover enkele vragen te beantwoorden.

Is een routine gynaecologisch onderzoek bij transvrouwen mogelijk en in welke mate wensen de vrouwen dit zelf?

Het gynaecologisch onderzoek bleek technisch perfect mogelijk: zo was het speculumonderzoek bij nagenoeg alle vrouwen mogelijk en vrijwel pijnloos. Het gynaecologisch onderzoek werd zeer goed aanvaard. Meer nog, 92% van de vrouwen was van mening dat een regelmatig gynaecologisch onderzoek noodzakelijk is. In verband met de diepte van de vagina: regelmatige dilatatie van de vagina met prothese of door coïtus is noodzakelijk om het behoud van de diepte van de vagina te verzekeren.

Is transvaginale echografie van de achtergebleven prostaat mogelijk en kunnen er bijzondere afwijkingen worden verwacht?

Transvaginale echografie van de prostaat levert goede resultaten op en laat een degelijke evaluatie van de prostaat toe. Transvaginale echografie is dan ook het eerste aangewezen onderzoek wanneer afwijkingen aan de prostaat worden vermoed. Bij ons onderzoek kwamen geen bijzondere afwijkingen aan het licht, in tegendeel. Cysten, die bijvoorbeeld heel vaak voorkomen bij mannen, kwamen helemaal niet voor en de prostaat was over het algemeen zeer klein.

Is mammografie en echografie van de borsten makkelijk te verrichten en in welke mate is borstsonderzoek gewenst en noodzakelijk?

Zowel mammografie als echografie van de borsten bleken technisch mogelijk te zijn en beide onderzoeken werden zeer goed aanvaard. De vrouwen ervoeren de onderzoeken als bijna pijnloos zodat uiteindelijk nagenoeg alle vrouwen de intentie hadden in te gaan op een uitnodiging voor een mammografie. Uitgaande van deze bevindingen, en aangezien er nog geen duidelijkheid is over het precieze risico op borstkanker bij transeksuele vrouwen, menen we te kunnen stellen dat borstkankerscreening op dezelfde manier moet gebeuren als in de algemene populatie (dus tweejaarlijks vanaf de leeftijd van 50 jaar, vroeger als er in de familie verschillende gevallen van borstkanker voorkomen).

Hoe vaak komen klachten van slecht ruikende afscheiding en irritatie/jek jeuk voor en zijn er specifieke adviezen voor vaginale hygiëne?

In de neovagina van transseksuele vrouwen wordt een mengeling van bacteriën aangetroffen die we gewoonlijk op de huid of in de darm aantreffen. Toch worden ook bacteriën aangetroffen die ook in een biologische vagina voorkomen, maar dan eerder bij een vaginale infectie. Lactobacillen (de melkzuurproducerende bacteriën die in een biologische vagina overvloedig voorkomen en beschermen tegen infecties) komen in de neovagina van transseksuele vrouwen niet voor. Dit is ook wel te verwachten aangezien deze neovagina van huid is gemaakt en niet van slijmvlies. Een aantal vaginale klachten, zoals irritatie en slecht ruikende afscheiding, worden gemeld. Vaak zagen we ter hoogte van de vaginatop een opstapeling van afgeschilferde huidcellen met talg en wellicht is dit de oorzaak voor deze klachten. Het beste advies lijkt dan ook om de vagina dagelijks te spoelen met lauw water en een beetje zeep en ervoor te zorgen dat hierbij de vaginatop goed wordt uitgespoeld. Hiervoor kan eventueel gebruik worden gemaakt van een fijne katheter die tot in de top van de vagina wordt ingebracht.

Is er nood aan uitstrijkjes van de vaginatop?

Bij biologische vrouwen gebeuren uitstrijkjes van de vaginatop in het kader van het opsporen van baarmoederhalskanker. Aangezien transseksuele vrouwen geen baarmoederhals hebben is dat uiteraard niet aan de orde. Vaginakanker is bij biologische vrouwen zeer zeldzaam. In het kader van ons onderzoek hebben wij uitstrijkjes gedaan van de vaginatop om eventuele afwijkingen daar te gaan opsporen. Uiteindelijk bleek toch 10% van de vrouwen een afwijking te hebben, gelukkig allemaal slechts lichte afwijkingen. Bij het vormen van de neovagina wordt bij transseksuele vrouwen gebruik gemaakt van de huid van de penis. Ook ter hoogte van de penis komen soms afwijkingen voor, bijvoorbeeld veroorzaakt door het humaan papillomavirus (het virus dat ook verantwoordelijk is voor baarmoederhalskanker en vaginakanker). Aangezien de huid van de penis bij een neovagina niet meer zichtbaar is en eventuele afwijkingen daardoor niet meer kunnen worden gezien, lijkt een uitstrijkje van de vagina bij transseksuele vrouwen toch wel een waarde te hebben. Wij zouden dan ook durven stellen dat de richtlijnen die gelden voor biologische vrouwen (een uitstrijkje om de drie jaar) best ook van toepassing zijn voor transseksuele vrouwen.

Met dit onderzoek hebben we aangetoond dat de gynaecoloog een substantiële rol heeft in de opvolging van transseksuele vrouwen. De gynaecoloog heeft over het algemeen uitgebreide ervaring met de verschillende diagnostische onderzoeken naar de seksuele gezondheid van de vrouw. Bovendien wordt

opvolging van zowel hun nieuw gevormde als hun resterende originele genitale organen door transseksuele vrouwen sterk geapprecieerd. Een 2 tot 3-jarig gynaecologisch onderzoek lijkt dan ook aangewezen. Verder moet vanaf de leeftijd van 50 jaar om de twee jaar een mammografie worden verricht.

4.4 Urologische aspecten van de geslachtsaanpassende ingreep

4.4.1 Algemeen

De urologische behandeling bestaat uit een verkorting van de plasbuis. Verder wordt bij de ingreep ook gewerkt in het anatomisch vlak tussen endeldarm en blaas om een holte te creëren voor de nieuwe vagina.

In het plan tussen endeldarm en blaas bevinden zich zenuwen en spieren die belangrijk zijn voor de normale blaasfunctie. De chirurgische bewerking in deze ruimte kan aanleiding geven tot blaasfunctiestoornissen. Daarom kan onmiddellijk na de heeldkunde het plassen in het begin soms wat moeizaam verlopen. De meeste vrouwen kunnen onmiddellijk na het verwijderen van de blaaskatheter opnieuw plassen. Bij een kleinere groep duurt het iets langer voor het plassen genormaliseerd is.

4.4.2 Urologische complicaties bij de transseksuele vrouw

De enige verwickelingen op urologisch vlak zijn afwijkingen in de straalrichting van de urinestraal. Dit normaliseert zich meestal na verloop van tijd. Heel uitzonderlijk kan op een later tijdstip nog een kleine chirurgische correctie nodig zijn.

Een klein aantal patiënten kan na de operatie ook tijdelijk wat last hebben van minimale incontinentieproblemen.

5. Ontharen met laserstralen

5.1 Inleiding

Sinds +/- 15 jaar bestaat de mogelijkheid om ongewenste beharing door middel van een ontharingslaser te verwijderen. In het UZ Gent wordt hiervoor gebruik gemaakt van een long pulsed Alexandrite laser (Gentle lase Laser, Candela). Met een ontharingslaser kan zowel gelaatsbehandling als lichaamsbehandling verwijderd worden.

5.2 Hoe werkt ontharing met laserstralen?

De epilatielaser zendt licht uit met hoge energie. Dit licht werkt in op de donkere kleur (= het pigment) dat zich in de haarwortel en in de haarschacht bevindt. Hierdoor wordt de haarwortel beschadigd.

Het streefdoel is om de haarwortel volledig te vernietigen. Als de haarwortel volledig vernietigd is, komt er een einde aan de haargroei.

Dit gebeurt echter niet altijd. Is de haarwortel slechts gedeeltelijk vernietigd, dan vertraagt de groei en/of verfijnen de haren. In dit geval is de epilatie slechts van tijdelijke aard.

5.3 Welk resultaat kan verwacht worden?

Laserepilatie zorgt voor de beste resultaten bij mensen met een donkere haargroei en een blanke huid. Gemiddeld zijn een 6 tot 8-tal behandelingssessies noodzakelijk om een optimaal resultaat te verkrijgen. De resultaten van de verschillende sessies ontharingslasertherapie kunnen sterk wisselen van patiënt tot patiënt. Dit wil zeggen dat bij sommige mensen 80% van de haren definitief vernietigd is na 6 sessies en bij andere slechts 50% of minder. De reden hiervoor is tot nog toe onbekend.

5.4 Welke lichaamszones komen in aanmerking voor ontharingslasertherapie?

Bij de transvrouw is de hormonale behandeling vaak onvoldoende om de haargroei ter hoogte van het gelaat te beperken. Daarom kan aanvullend ontharing met een epilatielaser aangewezen zijn. Ook andere storende lichaamsbehandling kan verwijderd worden.

Ontharingslasertherapie is ook vaak aangewezen ter hoogte van de genitale streek, voorafgaand aan de geslachtsaanpassende behandeling.

Let op: deze behandeling dient op tijd gestart te worden voor de geslachtsaanpassende ingreep. Er zijn immers gemiddeld 7 behandelingssessies nodig met een tussenperiode van 6-8 weken.

Blonde haren bevatten slechts weinig pigment. Mensen met blonde haren zijn geen goede kandidaten voor ontharing met lasertherapie. Grijs of witte haren bevatten geen pigment. Een behandeling heeft in dat geval geen effect op de beharing.

Mensen met een donker huidtype of gebruide mensen zijn minder geschikt voor ontharing met laser omwille van de kans op bijwerkingen.

5.5 Wat als de laserepilatie niet werkt?

- Gebruik een crème die de haargroei afremt. Bespreek deze behandeling met de arts of schoonheidsspecialiste.
- Als het resultaat niet voldoende is omdat er te weinig pigment in de haartjes zit, is elektrische ontharing mogelijk. Hierbij wordt haartje per haartje behandeld. Deze methode is geschikt voor kleine zones. Voor deze behandeling kan je niet terecht in het UZ Gent, wel in schoonheidsinstituten.
- Gebruik eventueel ontharingscrèmes. Deze methode werkt enkel wanneer de haren fijn van structuur zijn.
- Hars de haren. Hierbij worden de haren met de wortel verwijderd, waardoor ze ongeveer een drietal weken wegblijven. Harsen is niet aan te raden in het gelaat. Ook voor deze behandeling kan u niet terecht in het UZ Gent, wel in schoonheidsinstituten.

■ 5.6 Bijwerkingen en voorzorgsmaatregelen

Voor een effectieve laserbehandeling is het belangrijk dat het haartje in het haarzakje aanwezig is. U mag daarom de haren niet meer epilieren met een pincet of met was de laatste drie weken voor de laserbehandeling. Afknippen, afscheren of gebruik van ontharingscrèmes zijn wel toegelaten.

Vermijd het bruinen van de huid vanaf 6 weken voor de behandeling tot het einde van alle behandelingen. Dit is om verbranding van de huid gedurende de behandeling te voorkomen.

Het is ook aangewezen om geen camouflagecrème of make-up aan te brengen op het ogenblik dat u naar het ziekenhuis komt voor een behandeling.

Onmiddellijk na de behandeling wordt de huid rondom de haarfollikels rood en soms ontstaan kleine oppervlakkige blaasjes. Deze huidreacties zijn meestal na maximum vier dagen verdwenen. De meeste patiënten vermelden verder geen bijwerkingen. Onmiddellijk na de behandeling is de huid zeer gevoelig voor UV-licht, waardoor overmatig zonlicht gedurende één maand vermeden dient te worden. De haren zullen pas 1 tot 3 weken na de behandeling uitvallen.

Het aantal noodzakelijke behandelingen varieert sterk en wordt o.a. bepaald door de kleur van de haren, de groeicyclus van de haren, de dichtheid van de haren, de plaats van de haargroei... Gemiddeld zijn 6-8 behandelingen nodig om tot een aanvaardbaar resultaat te komen.

Momenteel is voor deze behandeling nog geen terugbetaling voorzien. De kostprijs van de behandeling varieert naargelang de uitgebreidheid van de te behandelen zone.

■ 5.7 Hoe een afspraak vastleggen?

Bij de eerste afspraak wordt met u het verloop en de kostprijs van de behandeling besproken, en gaan we na of u in aanmerking komt voor een behandeling. Als u dat wenst, kan aansluitend een eerste behandeling plaatsvinden. Dit dient u wel te vermelden als u een afspraak vastlegt (tel. 09 332 22 87) zodat we hiervoor de nodige tijd kunnen voorzien.

6. De stem

Mensen verschillen van elkaar, niet alleen door hun uiterlijk maar ook door de manier waarop ze spreken. Er zijn duidelijke verschillen tussen de stem van vrouwen en die van mannen. Het meest opvallende en daarom belangrijkste verschil is het feit dat vrouwen met een hogere toonhoogte spreken, wat te maken heeft met de trillingsfrequentie van de stembanden. Ook variëren vrouwen de toonhoogte meer. Daarnaast spreken ze over het algemeen zachter dan mannen, met minder borstresonantie. Ook op het vlak van de articulatie van klanken, de woordenschat en de gespreksonderwerpen zijn er verschillen. Om de stem van transvrouwen te verhogen, zijn er twee opties: logopedische therapie of fonochirurgie.

■ 6.1 Logopedie

Bij een logopedische behandeling wordt niets aan het stemapparaat gewijzigd maar leert de patiënt het stemapparaat zoals het is op een andere manier gebruiken.

Eerst vindt een evaluatie plaats van het stemgebruik en de stemmogelijkheden qua toonhoogte, bij voorkeur aan de hand van akoestische meetapparatuur. Ook doen we navraag naar het stemgebruik in het dagelijks leven en worden naast de toonhoogte ook de luidheid en de kwaliteit van de stem en adequaatheid van de ademhaling en resonantie beoordeeld.

In de eigenlijke logopedische behandeling wordt zeer stapsgewijs geleerd om te spreken met een hogere toonhoogte. Na het leren horen van verschillen qua toonhoogte, bouwen we systematisch op, gaande van klanken naar woorden, automatische reeksen (tellen, dagen van de week opnoemen, ...) lezen, en conversatie tot tenslotte spontane spraak in reële communicatiesituaties. Indien nodig wordt ook aandacht besteed aan andere aspecten zoals toonhoogtevariatie, articulatie en resonantie. Tijdens de therapie sessies geven we vooral advies en feedback, het oefenen zelf gebeurt thuis.

Het doel van de therapie is niet met een zo hoog mogelijke stem te leren spreken, maar wel de eigen spreektoonhoogte dusdanig te verhogen dat de stem niet afsteekt tegenover het toekomstige uiterlijk als vrouw. Onderzoek heeft uitgewezen dat transvrouwen door luisteraars als vrouwelijke sprekers

beschouwd worden wanneer ze een gemiddelde spreektoonhoogte kunnen aanhouden die boven de 155 à 160 Hz uitkomt.

■ 6.2 Fonochirurgie

Heelkunde op de stembanden (fonochirurgie) kwam in een stroomversnelling met Isschiki (Japan) in 1974. Hij onderscheidde 4 verschillende soorten ingrepen. Het zijn de types III en IV thyroplastieken die een invloed hebben op de stemhoogte. Een type III verkort de stembanden (stemverlaging) en type IV verlengt de stembanden (stemverhoging).

Aangezien het stemgeluid bepaald wordt door het geslacht (anatomie, hormonaal...) en vaak typerend mannelijk of vrouwelijk is, vormt transseksualiteit een indicatie voor fonochirurgie.

Bij een stemverhogende operatie (type IV) bij man-naar-vrouw transseksuelen worden de stembanden aangespannen door het ringkraakbeen (cricoid) en het schildkraakbeen (thyroid) ten opzichte van elkaar te draaien, wat een verlenging van de stembanden tot gevolg heeft. De ingreep gebeurt onder algemene anesthesie via een horizontale insnede in de huidplooi, iets onder de “adamsappel”. Er wordt een niet-resorbeerbare draad geplaatst rond het zegelringkraakbeen en door het schildklierkraakbeen (4x). De draden worden aangespannen en geknoopt, zodat het schildklierkraakbeen naar voor wordt getrokken en de stembanden aangespannen worden. De volgende morgen mag u het ziekenhuis verlaten.

Met deze techniek verkrijgt u een stemverhoging van rond de 100 Hz. Onmiddellijk na de operatie ligt de toonhoogte wat hoger dan op langere termijn, maar er blijft steeds een belangrijk verschil merkbaar.

Technisch kan de operatie bemoeilijkt of zelfs onmogelijk worden wanneer een verbening is opgetreden van het thyroidkraakbeen. Vanaf de leeftijd van 40 jaar treedt namelijk een progressieve verbening op van het kraakbeen. Hierdoor wordt het dan zeer moeilijk tot zelfs onmogelijk om de naald door het verbeende kraakbeen te brengen.

De hierboven beschreven procedure is uiteraard slechts één van de chirurgische mogelijkheden. De andere types van heelkunde worden niet besproken in deze brochure omdat ze niet zo frequent worden uitgevoerd.

■ 6.3 Fonochirurgie of logopedie?

U kan zich afvragen welke optie voor een stemverhoging (fonochirurgie of logopedie) de voorkeur verdient. Bij het genderteam van het UZ Gent wordt in eerste instantie gestart met logopedische behandeling, en dit als onderdeel van de real-life experience. Aan het einde beslist de patiënt zelf of zij contact opneemt met de neus-, keel-, oorarts voor een eventuele chirurgische ingreep voor de stem. Omwille van het gevaar voor beschadiging van de stembanden bij intubatie wordt een stemoperatie bij voorkeur uitgesteld tot wanneer alle andere geslachtsaanpassende ingrepen achter de rug zijn. Patiënten kiezen soms voor fonochirurgie omdat het spreken met een hogere stem steeds een extra inspanning blijft vergen. Anderzijds zijn tevredenheid met de huidige stem, vrees voor een litteken ter hoogte van de hals, vrees dat de operatie ook de kwaliteit van de stem zal wijzigen, dat de stem als oneigen zal klinken of dat de mogelijkheden qua stembereik zullen verminderd zijn, redenen om geen stemoperatie meer te laten uitvoeren.

■ 6.4 Tenslotte

We moeten benadrukken dat de toonhoogte van de stem maar één aspect is van de spraak dat moet gewijzigd worden. Voor een succesvolle aanpassing aan de andere sekse is het aangewezen ook de andere reeds genoemde aspecten (intonatiepatronen, articulatie, resonantie, woordenschat) niet uit het oog te verliezen. Bovendien kan de aanpassing van de spraak niet los gezien worden van het hele proces. Onderzoek heeft bijvoorbeeld uitgewezen dat personen met een goede stem toch niet zullen “passeren” als ook hun uiterlijk niet bevredigend is. Omgekeerd kan iemand met een niet optimale stem toch vrij goed passeren als het uiterlijk meezit.

7. Juridische aspecten

7.1 Inleiding

De westerse rechtspraak werd pas na de Tweede Wereldoorlog voor het eerst met transseksualiteit geconfronteerd, als antwoord op de sociale bewustwording van de mens en de snelle vooruitgang op medisch gebied. In de loop der jaren evolueerde ook het recht, al holde het steeds de medische evoluties achterna.

Op 10 mei 2007 werd een wet aangenomen over transseksualiteit waarin de belangrijkste juridische aspecten in verband met transseksualiteit globaal worden behandeld. De wet is in werking getreden op 1 september 2007. Verder moet er nog gewezen worden op de circulaire betreffende de transseksualiteitswetgeving van 1 februari 2008. Deze omzendbrief richt zich tot ambtenaren van de burgerlijke stand en verduidelijkt de bepalingen van de wet van 10 mei 2007.

Hierna wordt een overzicht gegeven van de huidige, juridische stand van zaken. Hierbij worden chronologisch de juridische knelpunten overlopen die een transseksuele persoon zal dienen te doorlopen alvorens hij of zij volgens het recht tot het andere geslacht zal behoren. Het gaat om het voldoen aan de juridische voorwaarden tot geslachtschirurgie, de procedure “naamswijziging” en de procedure “juridische geslachtswijziging”. Tot slot wordt stilgestaan bij de juridische gevolgen van de wijziging van het geslacht.

7.2 Juridische voorwaarden voor geslachtschirurgie

7.2.1 Algemene voorwaarden

Sinds de zaak Wijnen (Corr. Brussel 27 september 1969, J.T. 1969, 635) wordt geslachtsveranderende therapie als een gewone medische handeling beschouwd waardoor het geoorloofd karakter van de ingreep afhankelijk is van de vervulling van de voorwaarden die gelden bij elke andere medische handeling. Het gaat om de aanwezigheid van een therapeutische noodzaak, de vereiste van de voorafgaande informatie over de relevante risico's en gevolgen, de voorwaarde van de voorafgaande, vrije en bewuste toestemming (informed consent) en de naleving van het zorgvuldigheidsprincipe door de arts. De

beslissing om over te gaan tot een medische geslachtsoperatie komt enkel en alleen toe aan de behandelende arts. De arts zal na interdisciplinair overleg in geweten oordelen of de patiënt voor de ingreep in aanmerking komt. Een persoon heeft dus geen afdwingbaar recht om over zijn eigen geslacht te beschikken: het beschikkingsrecht over het eigen lichaam gaat niet zover dat iedereen zou kunnen eisen dat zijn geslacht gewijzigd wordt.

7.2.2 Hoe zit het bij minderjarigen?

Er bestaat heel wat controverse rond de vraag of minderjarigen een geslachtsveranderende behandeling mogen ondergaan. In het advies van de Orde van Geneesheren van 20 september 1997 (www.ordomedic.be) wordt overwogen dat de mentale leeftijd van de minderjarige van doorslaggevend belang is: indien de minderjarige tot de jaren van verstand is gekomen en over voldoende onderscheidingsvermogen beschikt om een bewuste, zelfstandige keuze te maken, dan komt hij of zij in aanmerking voor het opstarten van de hormonale behandeling. Het is de behandelende arts die zal oordelen over de graad van mentale rijpheid bij de minderjarige en dit in functie van de ernst van de problematiek. Het komt enkel en alleen toe aan de minderjarige om zijn of haar geïnformeerde en vrijwillige toestemming te geven tot het opstarten van de geslachtsveranderende therapie. Over de juridische geslachtsaanpassing komen wij terug onder nr. 7.4.1.

Toch dient benadrukt dat in de praktijk doorgaans zal gewacht worden met de geslachtsveranderende operatie tot op het ogenblik dat de patiënt meerderjarig is. Dit tijdstip is niet alleen gunstiger vanuit juridisch oogpunt (er stellen zich immers geen problemen meer inzake toestemming, vertegenwoordiging,...), ook vanuit medisch oogpunt neemt men aan dat men pas bij het bereiken van de meerderjarigheid over de vereiste mentale capaciteiten beschikt om bewust en vrij te kiezen voor de zeer ingrijpende geslachtsveranderende operatie. Er dient in elk geval een voldoende lange observatieperiode (met inbegrip van een hormonale kuur en een real-life experience) aan de ingreep vooraf te gaan.

7.3 Procedure naamsverandering (administratieve procedure)

7.3.1 Algemene voorwaarden

Opdat een transseksuele persoon zich ten volle zou kunnen ontplooiën op emotioneel en sociaal gebied, is het noodzakelijk dat hij of zij zijn voornaam kan veranderen. Hiervoor dient een “verzoek tot voornamswijziging” te worden gericht tot de minister van justitie, hetzij door de betrokkene zelf, hetzij door zijn wettelijke vertegenwoordiger.

De minister van justitie moet de voornamswijziging toestaan aan de personen die de voortdurende en onomkeerbare innerlijke overtuiging hebben tot het andere geslacht te behoren dan datgene dat is vermeld in de akte van geboorte en de daarmee overeenstemmende geslachtsrol hebben aangenomen, en die bij hun verzoekschrift een verklaring van de psychiater en de endocrinoloog hebben gevoegd waaruit blijkt :

- dat betrokkene de voortdurende en onomkeerbare innerlijke overtuiging heeft tot het andere geslacht te behoren dan datgene dat is vermeld in de akte van geboorte;
- dat betrokkene een hormonale substitutietherapie ondergaat of heeft ondergaan, teneinde de lichamelijke geslachtskenmerken van het geslacht waartoe de betrokkene overtuigd is te behoren te induceren;
- dat de voornamswijziging een essentieel gegeven is bij de rolomkering.

Dit recht op voornamswijziging is echter niet absoluut. De gevraagde voornamen mogen immers niet van aard zijn dat zij aanleiding geven tot verwarring of de verzoeker of derden zouden kunnen schaden.

7.3.2 Verloop van de procedure

De machtiging tot voornamswijziging wordt door de minister van justitie gegeven bij ministerieel besluit, maar wordt niet bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

Zodra het ministerieel besluit genomen is, wordt de verzoeker daarvan bij een ter post aangetekende brief verwittigd. Aan de verzoeker zal gevraagd worden om binnen een periode van twee maanden een registratierecht van 54 euro te betalen (49 euro registratierecht + 5 euro taksen).

Binnen de zestig dagen na registratie dient een afschrift van of uittreksel uit het ministerieel besluit meegedeeld te worden aan de bevoegde ambtenaar van de burgerlijke stand. Zoniet wordt de machtiging als onbestaande beschouwd.

De bevoegde ambtenaar van de burgerlijke stand is deze van de geboorteplaats van de begunstigde of van de gewone verblijfplaats indien de begunstigde niet in België is geboren. Hij zal het beschikkend gedeelte van het ministerieel besluit overschrijven in zijn registers.

7.3.3 Gevolgen

Vanaf de overschrijving in de registers van de burgerlijke stand heeft de begunstigde het recht, maar ook de plicht om de gewijzigde voornaam door te voeren.

7.4 Procedure juridische geslachtsaanpassing (administratieve procedure met gerechtelijke controle)

7.4.1 Algemene voorwaarden

Elke Belg of elke in de bevolkingsregisters ingeschreven vreemdeling, die de voortdurende en onomkeerbare innerlijke overtuiging heeft tot het andere geslacht te behoren dan datgene dat is vermeld in de akte van geboorte, en die lichamelijk zodanig aan dat andere geslacht is aangepast als uit medisch oogpunt mogelijk en verantwoord is, kan van die overtuiging aangifte doen bij de ambtenaar van de burgerlijke stand. Ook de niet-ontvoogde minderjarige transseksueel kan aangifte doen van zijn overtuiging. Hij of zij moet wel worden bijgestaan door zijn moeder, zijn vader of zijn wettelijke vertegenwoordiger.

De aangifte moet gebeuren bij de ambtenaar van de burgerlijke stand van de gemeente waar de betrokkene is ingeschreven in de bevolkingsregisters. De Belg die niet is ingeschreven in de bevolkingsregisters doet aangifte bij de ambtenaar van de burgerlijke stand van zijn geboorteplaats, met melding van het adres waarop een weigering om de akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht op te maken moet worden meegedeeld, of, indien de begunstigde niet in België is geboren, bij de ambtenaar van de burgerlijke stand te Brussel.

Bij de aangifte overhandigt de betrokkene aan de ambtenaar van de burgerlijke stand een verklaring van de behandelende psychiater en chirurg, waaruit blijkt :

- dat de betrokkene de voortdurende en onomkeerbare innerlijke overtuiging heeft tot het andere geslacht te behoren dan datgene dat is vermeld in de akte van geboorte;
- dat de betrokkene een geslachtsaanpassing heeft ondergaan die hem zodanig in overeenstemming heeft gebracht met dat andere geslacht, waartoe betrokkene overtuigd is te behoren, als dit uit medisch oogpunt mogelijk en verantwoord is;
- dat de betrokkene niet meer in staat is om overeenkomstig het vroegere geslacht kinderen te verwekken.

In principe dient conform 2° een geslachtsoperatie plaats te vinden, tenzij dit de gezondheid van de betrokkene schade zou berokkenen. De behandelende artsen kunnen dus, na een hormonale behandeling, verklaren dat de betrokkene een lichamelijke aanpassing heeft ondergaan die hem of haar zodanig in overeenstemming heeft gebracht met het andere geslacht, als uit medisch oogpunt mogelijk en verantwoord is, met verwijzing naar en bewijs van het gezondheidsrisico in geval van een chirurgische ingreep.

7.4.2 Verloop van de procedure

Indien aan deze vereisten is voldaan zal de ambtenaar een akte met vermelding van het nieuwe geslacht opmaken, die naam, voornamen, plaats en datum van geboorte en het nieuwe geslacht vermeldt en ook de nieuwe afstammingsband met de moeder en -indien mogelijk- de vader. De ambtenaar van de burgerlijke stand “kantmeldt” in de geboorteakte van de betrokkene het nieuwe geslacht of geeft, indien de geboorteakte van de begunstigde niet kan worden aangetroffen op de plaats waar hij of zij in de bevolkingsregisters is ingeschreven, kennis van de akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht aan de bevoegde ambtenaar van de burgerlijke stand.

De akte met vermelding van het nieuwe geslacht heeft uitwerking vanaf haar inschrijving in het register van de geboorteakten. Deze inschrijving kan slechts gebeuren wanneer de ambtenaar vaststelt dat geen verhaal tegen de akte werd aangetekend en ten vroegste 30 dagen na het verstrijken van de verhaaltermijn (zie verder).

De ambtenaar van de burgerlijke stand die de akte tot vermelding van het nieuwe geslacht opmaakt, moet dit binnen drie dagen melden aan de procureur des Konings bij de rechtbank van eerste aanleg. Dit met het oog op het verhaal dat de procureur des Konings kan instellen tegen de beslissing van de ambtenaar van de burgerlijke stand om een dergelijke akte op te stellen (zie verder).

De ambtenaar van de burgerlijke stand die weigert een akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht op te maken – bijvoorbeeld in geval van twijfel omtrent de echtheid van de verklaringen - moet zijn gemotiveerde beslissing onverwijld meedelen aan de betrokkene. Terzelfder tijd wordt een afschrift hiervan, samen met een afschrift van alle nuttige documenten, overgemaakt aan de procureur des Konings van het gerechtelijke arrondissement waarin de weigering plaatsvond. Tegen deze weigering kan beroep ingesteld worden.

Elke belanghebbende en de procureur des Konings kunnen met een aan de rechtbank van eerste aanleg gericht verzoekschrift een verhaal instellen tegen de beslissing genomen door de ambtenaar van de burgerlijke stand (hetzij de beslissing om de akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht op te maken, hetzij de weigering een dergelijke akte op te stellen). Dit moet gebeuren binnen zestig dagen te rekenen van de dag waarop de akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht werd opgemaakt of de dag van de kennisgeving door de ambtenaar van de burgerlijke stand van de weigering tot opmaak van deze akte. De bevoegde rechter is deze van de plaats waar de aangifte tot het opmaken van een akte met vermelding van het nieuwe geslacht werd gedaan. Na het verstrijken van de termijn van hoger beroep, cassatieberoep, of nog, na de uitspraak van het arrest waarbij de voorziening wordt afgewezen, stuurt de griffier binnen een maand het beschikkende gedeelte van de uitspraak aan de ambtenaar van de burgerlijke stand van de plaats van aangifte.

Indien het beschikkende gedeelte het nieuwe geslacht vaststelt en er reeds een akte werd opgesteld, schrijft deze ambtenaar de bestaande akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht in en schrijft hij het beschikkende gedeelte van het vonnis of het arrest over in zijn registers. Van het beschikkende gedeelte wordt ook melding gemaakt op de kant van de akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht. Indien daarentegen nog geen akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht werd opgesteld schrijft de ambtenaar van de burgerlijke stand het beschikkend gedeelte van het vonnis of arrest over in zijn registers. Het vonnis of arrest betreffende de wijziging van het geslacht van een persoon heeft overigens zijn gevolgen vanaf de dag van de overschrijving.

De ambtenaar van de burgerlijke stand moet tenslotte op de kant van de geboorteakte die betrekking heeft op de betrokkene het nieuwe geslacht vermelden of, indien de geboorteakte van de begunstigde niet kan worden aangetroffen op de plaats van inschrijving in de bevolkingsregisters, kennisgeven van het nieuwe geslacht aan de bevoegde ambtenaar van de burgerlijke stand. Dit gebeurt via de akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht (indien

tevergeefs verhaal werd ingesteld tegen een dergelijke akte), respectievelijk de akte houdende overschrijving van het nieuwe geslacht (indien met succes verhaal werd ingesteld tegen de weigering van de ambtenaar van de burgerlijke stand een akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht op te maken).

7.5 Juridische gevolgen van de geslachtsaanpassing

7.5.1 Gevolgen voor het huwelijk

Sinds de wet van 13 februari 2003 kunnen personen van hetzelfde geslacht een huwelijk sluiten. Bijgevolg zal een huwelijk tussen man en vrouw in principe blijven bestaan wanneer één van de twee na een geslachtsoperatie een verandering van zijn/haar juridisch geslacht ondergaat. Ook wanneer iemand na een geslachtsoperatie en naamswijziging met iemand van hetzelfde geslacht wil trouwen, zal in principe niets het huwelijk in de weg staan.

Toch blijkt, zoals reeds vermeld, uit de nieuwe wet van 10 mei 2007 dat elke belanghebbende persoon, en dus ook de partner en/of de kinderen van de gehuwde transseksuele persoon, een verhaal kunnen instellen bij de rechtbank van eerste aanleg tegen de beslissing van de ambtenaar van de burgerlijke stand om een akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht op te maken.

7.5.2 Gevolgen voor de familierechtelijke verhoudingen

De juridische geslachtswijziging werkt in principe niet met terugwerkende kracht. De akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht laat de bestaande afstamming en de daaruit voortvloeiende rechten, bevoegdheden en verplichtingen voortbestaan. Alle vorderingen met betrekking tot deze afstamming en de daaruit voortvloeiende rechten, bevoegdheden en verplichtingen kunnen nog worden ingesteld na de opmaak van de akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht. Bestaande familierechtelijke betrekkingen en alle daaruit voortvloeiende rechten en plichten van en tegenover de ouders en kinderen van de transseksuele persoon (vb. alimentatieplichten, bijstandsplichten,...), blijven dus ongewijzigd. Wel zijn de in het Burgerlijk Wetboek opgenomen bepalingen omtrent de vaststelling van de afstamming van vaderszijde (en het zogenaamde “vermoeden van vaderschap” van de gehuwde man) niet meer van toepassing op een man die aangifte deed in overeenstemming met de nieuwe administratieve procedure vanaf het moment van de opmaak van een akte houdende vermelding

van het nieuwe geslacht, zonder dat vereist is dat deze akte reeds effectief moet zijn ingeschreven in het register van de geboorteakten.

Uiteraard heeft de akte slechts ten volle uitwerking vanaf haar inschrijving in het register van de geboorteakten. In geval van een verhaalprocedure heeft de geslachtsaanpassing slechts uitwerking vanaf de dag van overschrijving: de rechterlijke uitspraak ressorteert gevolgen vanaf de dag van de overschrijving van het beschikkend gedeelte in de registers van de burgerlijke stand.

7.5.3 Met betrekking tot echtscheiding

Vormt een juridische geslachtsaanpassing grond tot echtscheiding? Een transseksuele persoon wiens geslacht juridisch werd veranderd, kan geldig huwen met een persoon behorend tot zijn vroegere geslacht. Dit huwelijk kan in België niet worden vernietigd louter omwille van de voorgeschiedenis van de transseksuele persoon of de gevolgen van de operatie (bv. steriliteit of impotentie). Wel moet worden aangenomen dat echtscheiding op grond van onherstelbare ontwrichting mogelijk is indien bijvoorbeeld de echtgeno(o)t(e) niet werd ingelicht over de ondergane geslachtsoperatie. Het huwelijk is onherstelbaar ontworcht wanneer de voortzetting van het samenleven tussen de echtgenoten en de hervatting ervan redelijkerwijs onmogelijk is geworden. Het bewijs van de onherstelbare ontwrichting kan met alle wettelijke middelen worden geleverd.



Centrum voor Seksuologie en Genderproblematiek
Gebouw B2, 1ste verdieping
Tel. 09 332 60 23
centrumsege@uzgent.be

Deze brochure werd enkel ontwikkeld voor gebruik binnen het UZ Gent. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeleevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het UZ Gent.

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185 - 9000 Gent
Tel. +32 (0)9 332 21 11 - Fax +32 (0)9 332 38 00

info@uzgent.be - www.uzgent.be