

Transseksualiteit komt vaker voor dan u denkt

Een nieuwe kijk op de prevalentie van transseksualiteit in Nederland en België

Femke Olyslager en Lynn Conway

Transseksualiteit wordt nog te vaak gezien als iets uitzonderlijks. De media besteden met de regelmaat van de klok aandacht aan dit fenomeen maar meestal met een zweem van iets bizars, iets niet alledaags, iets exotisch. Dit wordt ook ondersteund door cijfers die in de medische literatuur circuleren waaruit blijkt dat slechts 1 op de 11.900 individuen geboren als biologische man en 1 op de 30.400 individuen geboren als biologische vrouw van geslacht veranderen. Misschien kent u zelf niemand persoonlijk die van geslacht veranderd is maar als u vraagt aan uw kennissen of zij iemand kennen dan zal u versteld staan hoeveel onder hen inderdaad iemand kent. Een snelle berekening op basis van dergelijke experimenten toont aan dat er een discrepantie is met de hierboven vermelde cijfers. Dit gegeven was de directe aanleiding voor het onderzoek waarvan we in dit artikel verslag uitbrengen.

De vraag die de maatschappij ons stelt is: 'Hoe vaak komt transseksualiteit voor?' of de vraag die een ouder zich stelt is: 'Wat is de kans dat mijn kind transseksueel is?'. In de epidemiologie wordt deze vraag beantwoord met de prevalentie van transseksualiteit. De prevalentie geeft aan welke fractie van de bevolking op een bepaald ogenblik onderhevig is aan een bepaalde conditie.

Vaak wordt ook de incidentie gebruikt als maat voor de frequentie van een conditie. Op de relatie tussen beide maten en hun betekenis in het geval van transseksualiteit zullen we later dieper ingaan.

Het belang van een goede kennis van de prevalentie van transseksualiteit is groot. In de eerste plaats is er het maatschappelijk belang. Een juist inzicht in de prevalentie van het fenomeen is één van de aspecten die kunnen bijdragen tot een betere aanvaarding ervan en een veroordeling en vermindering van transfoob gedrag. Het is zeker zo dat ook andere aspecten hierbij een zo mogelijk nog belangrijkere rol spelen, we denken bijvoorbeeld aan het naar buiten treden van succesvolle rolmodellen. De kennis van de prevalentie is ook van groot belang voor de medische hulpverlening. De prevalentie geeft de grootte van de hulpvraag aan waarop de hulpverlening vervolgens gepast kan inspelen. Tevens is de kwantiteit van het wetenschappelijk onderzoek dat gewijd wordt aan transseksualiteit evenredig met de prevalentie. De overheid zelf is ook gebaat bij een juiste kennis van de grootte van dit fenomeen om zo de gepaste aandacht te besteden aan de wetgeving, aan de terugbetaling van de medische kosten en aan initiatieven die bijdragen tot de maatschappelijke aanvaarding.

De drie hier aangehaalde factoren: maatschappij, hulpverlening en overheid hebben op hun beurt, naast andere factoren, ook invloed op de prevalentie. Hoe 'transvriendelijker' de omgeving hoe minder drempels transseksuele individuen onder vinden om de stap naar de hulpverlening te zetten. Het samenspel van alle factoren die invloed hebben op de prevalentie van transseksualiteit is een complex gegeven en vormt een studie op zich waar we in deze bijdrage niet op kunnen ingaan. Wel wensen we nog één heel belangrijke factor aan te stippen die volgens ons in belangrijke mate bijdraagt tot een toename van het fenomeen gedurende de laatste jaren. Het betreft de beschikbaarheid van informatie via de media en in nog belangrijkere mate via het internet onder de vorm van websites met uitgebreide encyclopedische informatie, websites met persoonlijke getuigenissen en websites met fora waar genderdysfore individuen elkaar in alle beslotenheid vinden.

In Olyslager en Conway (2007) werd een kritische studie gerapporteerd over eerdere publicaties die handelen over de prevalentie van transseksualiteit. Er werd aangetoond dat de waarden die in die eerdere publicaties worden aangegeven geen antwoord bieden op de vraag: 'Wat is de kans dat mijn kind transseksueel is?' We stelden een formalisme voor dat wel toelaat een antwoord op die vraag te formuleren. Dit formalisme werd, in de mate van het mogelijke, toegepast op beschikbare data uit eerdere publicaties om tot meer relevante prevalentiecijfers te komen. In dit artikel lichten we de essentie van de publicatie (Olyslager & Conway, 2007) uit en passen die toe op de Nederlandse en Belgische situatie. Zowel voor Nederland als België zijn er belangrijke publicaties beschikbaar over de prevalentie van transseksualiteit

waarvan we de data kunnen gebruiken om tot een betere schatting van de prevalentie te komen.

De prevalentiecijfers uit eerdere publicaties zijn gebaseerd op een telling van het aantal behandelingen over een bepaalde periode in een bepaalde regio. De cijfers zijn afhankelijk van de eerder arbitraire duur waarover de gegevens verzameld werden. Verschillende publicaties tellen ook verschillende fasen in de behandeling zoals de hormonale behandeling of de geslachtsaanpassende operatie. Om beide redenen zijn de prevalentiecijfers tussen verschillende publicaties niet vergelijkbaar en geven ze geen inzicht in de inherente prevalentie van transseksualiteit.

In het eerste deel van dit artikel bespreken we diverse publicaties over de prevalentie van transseksualiteit uit Nederland en België. Dit laat toe om de problemen die aan de basis liggen van het gebruikte berekeningsformalisme bloot te leggen en zo in te gaan op een nieuw formalisme om de inherente prevalentie van transseksualiteit te berekenen. De toepassing van dit nieuwe formalisme geeft inzicht in het relatief aandeel van de bevolking in Nederland en België dat te maken krijgt met transseksualiteit. Ten slotte bespreken we de resultaten en plaatsen we ze in een internationale context.

Enkele definities

We zullen transseksualiteit aanduiden als een 'conditie'. Een goede woordkeuze is hier moeilijk omdat steeds het risico bestaat dat de verkeerde indruk wordt gewekt dat het om een 'ziekte' zou gaan. Het is natuurlijk wel iets waar medici hulp kunnen bieden, in die zin is het enigszins te vergelijken met een zwangerschap. We vermijden daarom bewust termen als 'patiënt' en

‘diagnose’ en spreken eerder over ‘individu’ en ‘identificatie’, ‘manifestatie’ of ‘tot uiting komen’.

Als we het in deze publicatie over transseksualiteit of ernstige genderdysforie hebben dan bedoelen we een ernstige vorm van ongenoegen met het biologische geslacht waarvoor een geslachtsaanpassende behandeling aangewezen is en door het individu gewenst is. Een mogelijke definitie voor transseksualiteit vinden we in de *International Classification of Diseases*, een publicatie van de Wereld Gezondheidsorganisatie (ICD-10, 2007): ‘Gedurende minstens twee jaar een wens om te leven en geaccepteerd te worden als een lid van het andere geslacht, doorgaans vergezeld van een gevoel van onbehagen met, of een onaangepastheid van, zijn of haar anatomisch geslacht, en een wens tot chirurgische ingrepen en hormonale behandeling om zijn of haar lichaam zoveel mogelijk in overeenstemming te brengen met het gewenste geslacht.’ In de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* van de *American Psychiatric Association* (DSM IV, 2000) spreekt men van een genderidentiteitsstoornis waarvoor verwante criteria gelden.

Dergelijke criteria wekken de indruk dat transseksualiteit een dichotoom gegeven is: ‘Men is het of men is het niet.’ Nochtans is genderdysforie een continu gegeven dat zich in mindere of meerdere mate en op diverse wijzen kan manifesteren. Het is ook niet constant in de tijd, het kan zich op elke leeftijd in sterke mate manifesteren. We zijn ons terdege bewust van dit feit maar als we een epidemiologische analyse willen maken is het noodzakelijk om zo goed en zo kwaad het kan het onderwerp van onze analyse te definiëren. Dit is gebruikelijk in de medische literatuur.

Binnen de lijnen van dit artikel bedoelen we met een transseksueel een individu dat ooit in zijn of haar leven te maken krijgt met transseksualiteit of ernstige genderdysforie, onafgezien van het feit of dat individu ooit een geslachtsaanpassende behandeling of een deel ervan heeft ondergaan. In andere contexten wordt het begrip ‘transseksueel’ vaak anders gebruikt. Soms wordt het voorbehouden aan individuen die ernstig genderdysforie zijn en nog geen behandeling hebben ondergaan en soms blijft men de term ook hanteren voor individuen die de geslachtsaanpassende behandeling hebben ondergaan. In beide gevallen is de term maar van toepassing op een deel van het



leven van het individu. Veel transseksuelen geven aan dat ze zich altijd al 'vrouw' of 'man' gevoeld hebben of toch tenminste zolang ze zich kunnen herinneren al genderdysfore gevoelens hadden. De definitie van 'transseksueel' die wij hier hanteren is enkel ingegeven om een houvast te hebben bij de berekeningen en de onderliggende redeneringen. In het kader van dit onderzoek zal dan ook geen voorkeur geuit worden in dit nomenclatorisch debat.

We gebruiken het symbool 'P' om prevalentie aan te duiden, de afkorting 'mv' om grootheden aan te duiden die verband houden met een man naar vrouw transitie en 'vm' om grootheden aan te duiden die verband houden met een vrouw naar man transitie.

Eerdere publicaties in Nederland en België

Nederland

Sinds 1975 kanaliseert het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit van Amsterdam (AZVU) de behandeling van transseksualiteit in Nederland. In 1988 bracht het AZVU een publicatie uit (Eklund, Gooren & Bezemer, 1988) waarin ze het aantal transseksuelen telde die tot 1980, 1983 en 1986 aan een hormonale behandeling (HB) begonnen. Deze aantallen werden dan gedeeld door de totale mannelijke of vrouwelijke populatie in Nederland ouder dan vijftien jaar. Dit leidde tot volgende prevalentiewaarden:

$$P(\text{HBmv})[\text{Eklund}] = 1 \text{ per } 45.000 \text{ (1980);}$$

$$1 \text{ per } 26.000 \text{ (1983); } 1 \text{ per } 18.000 \text{ (1986)}$$

$$P(\text{HBvm})[\text{Eklund}] = 1 \text{ per } 200.000 \text{ (1980);}$$

$$1 \text{ per } 100.000 \text{ (1983); } 1 \text{ per } 54.000 \text{ (1986)}$$

In 1993 bracht het AZVU een tweede publicatie uit (Bakker, Van Kesteren, Gooren & Bezemer, 1993) waarin de telling werd

voortgezet tot in 1990. Opnieuw werden individuen geteld die aan een hormonale behandeling begonnen waarvan velen, maar niet allemaal, uiteindelijk een geslachtsaanpassende operatie ondergingen:

$$P(\text{HBmv})[\text{Bakker}] = 1 \text{ per } 11.900$$

$$P(\text{HBvm})[\text{Bakker}] = 1 \text{ per } 30.400$$

Als we al deze resultaten samennemen dan zien we een gestage toename van 1 per 45.000 in 1980 tot 1 per 11.900 in 1990 voor man naar vrouw hormonale behandeling. Deze toename wordt erkend in de publicaties maar de oorzaak ontsnapt aan de auteurs. In Eklund, Gooren en Bezemer (1988) lezen we (na vertaling): 'De cijfers tonen een opmerkelijke opwaartse trend. De interpretatie van deze trend kan enkel speculatief zijn.' De oorzaak van de toename van deze prevalentiecijfers ligt nochtans voor de hand. Men telt immers individuen over een steeds langere periode en deelt dat aantal door een weinig wijzigende populatie. Als men een dergelijke telling voortzet dan zullen de gevonden prevalentiewaarden blijven toenemen. Na verloop van tijd moet men wel beginnen corrigeren voor overleden individuen en zal de prevalentie streven naar een constante waarde. Dit zal pas gebeuren als een regimesituatie bereikt is en dit betekent dus dat de gepubliceerde waarden in Eklund et al. (1988) en Bakker et al. (1993) slechts een overgangssituatie ten gevolge van de opstart van de behandeling in 1976 waarnemen. Deze publicaties geven geen maat voor de werkelijke prevalentie van hormonale behandeling, laat staan van transseksualiteit. De cijfers uit Bakker et al. (1993) werden nochtans over de jaren heen heel vaak geciteerd – dit is bijvoorbeeld het geval in versie zes van de *standards of care* van de *World Professional Association of Transgender Health* (WPATH) (SOC,

2001) – als de definitieve ‘prevalentie van transseksualiteit’.

We vermelden nog dat in Van Kesteren, Gooren en Megens (1996) een gedetailleerde demografische analyse wordt gerapporteerd met geaccumuleerde gegevens tot in 1992. Er worden evenwel geen nieuwe prevalentiecijfers gepubliceerd. Het is wel mogelijk om met behulp van de gegevens uit die publicatie het aantal geslachtsaanpassende operaties (GAO) over de periode 1976-1992 te bepalen (Conway, 2007). Dit leidt tot volgende prevalentiecijfers:

$$P(\text{GAOmv})[\text{vanKesteren}] = 1 \text{ per } 17.500$$

$$P(\text{GAOvm})[\text{vanKesteren}] = 1 \text{ per } 41.000$$

Dit toont aan dat de prevalentie van geslachtsaanpassende operaties beduidend lager is dan die van hormonale behandelingen.

België

Voor België is slechts één studie beschikbaar over de prevalentie van transseksualiteit. Het betreft een recente studie van 2006 uitgevoerd door het Genderteam van het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ-Gent) (De Cuypere, Van Hemelrijck, Michel, Carael, Heylens, Rubens, Hoebeke & Monstrey, 2007) waarin gegevens over de periode 1985-2003 worden verzameld. Hierbij wordt het aantal geslachtsaanpassende operaties door Belgische chirurgen op Belgische individuen geteld over de periode 1985-2003. Dit aantal wordt opnieuw gedeeld door respectievelijk de mannelijke en vrouwelijke Belgische populatie ouder dan vijftien jaar. Het resultaat is:

$$P(\text{GAOmv})[\text{DeCuypere}] = 1 \text{ per } 12.900$$

$$P(\text{GAOvm})[\text{DeCuypere}] = 1 \text{ per } 33.800$$

We zien dat deze publicatie opnieuw individuen over een tamelijk arbitraire periode telt. Als we de telling tot vandaag zouden

doorzetten, zouden we opnieuw hogere prevalentiecijfers vinden. Tevens worden de cijfers opnieuw aangeduid als de ‘prevalentie van transseksualiteit’ hoewel het cijfers voor geslachtsaanpassende operaties betreft. Interessant is dat de publicatie (De Cuypere, 2007) een groot verschil in prevalentie tussen de verschillende landsdelen vaststelt:

$$P(\text{GAOmv})[\text{DeCuypere}] = 1 \text{ per } 10.200 \text{ voor Vlaanderen}$$

$$P(\text{GAOmv})[\text{DeCuypere}] = 1 \text{ per } 9.360 \text{ voor Brussel}$$

$$P(\text{GAOmv})[\text{DeCuypere}] = 1 \text{ per } 34.500 \text{ voor Wallonië}$$

$$P(\text{GAOvm})[\text{DeCuypere}] = 1 \text{ per } 26.900 \text{ voor Vlaanderen}$$

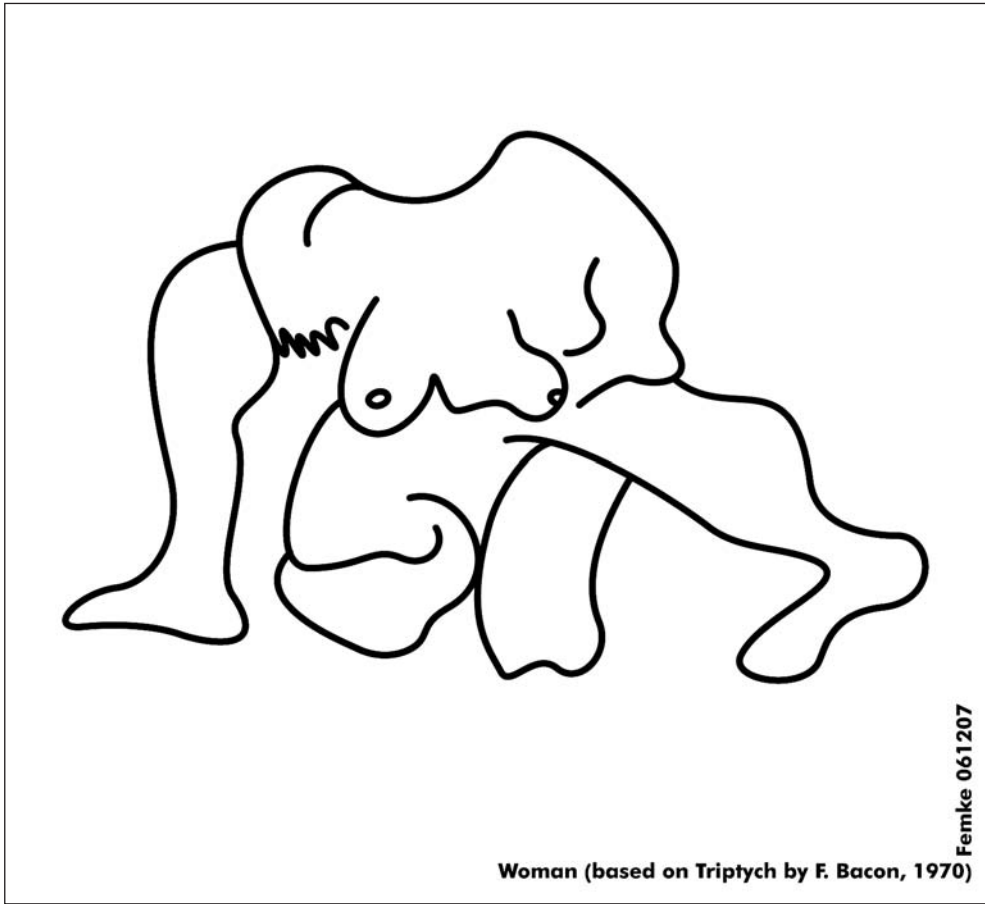
$$P(\text{GAOvm})[\text{DeCuypere}] = 1 \text{ per } 17.600 \text{ voor Brussel}$$

$$P(\text{GAOvm})[\text{DeCuypere}] = 1 \text{ per } 75.800 \text{ voor Wallonië}$$

Het artikel (De Cuypere et al., 2007) bevat net als Van Kesteren (1996) een gedetailleerde analyse van een uitgebreid aantal demografische gegevens van de transseksuele populatie. In De Cuypere (2001) vinden we nog een evolutie van het aantal aanmeldingen per jaar voor behandeling bij het Genderteam in Gent terug. We merken hier een voortdurende toename van 1985 tot 1999.

Bespreking

We stellen vast dat eerdere publicaties voor Nederland en België – en ook vele publicaties in andere landen – een eerder arbitraire bepaling van prevalentie hanteren die niet de inherente prevalentie van de transseksualiteitsconditie is. Bovendien hebben de cijfers te maken met hormonale behandeling of geslachtsaanpassende operaties en niet met individuen die transseksueel zijn. Slechts een deel van de transseksuele



Femke 061207

Woman (based on Triptych by F. Bacon, 1970)

individuen zal zich aanmelden voor hulp en daarvan zal maar een deel aan een hormonale behandeling beginnen. We kunnen derhalve stellen dat: $P(TS) > P(HB) > P(GAO)$. Dit wil zeggen dat de prevalentiecijfers uit de publicaties slechts een ondergrens geven voor de prevalentie van transsexualiteit.

Dit betekent uiteraard niet dat deze publicaties geen waarde zouden hebben. In tegendeel, enerzijds bevatten ze waardevolle gegevens die een idee geven van de inherente prevalentie zoals we verder zullen aantonen. Anderzijds geven ze inzicht in de overgangssituatie in verschillende landen en van het totaal aantal behan-

delde transseksuelen op het ogenblik van het afsluiten van de telling. De resultaten in Olyslager en Conway (2007) en in onderhavige publicatie zijn het resultaat van berekeningen op basis van gegevens uit die eerdere publicaties.

Berekeningsmethode

In dit artikel is 'transseksueel zijn' gedefinieerd als een eenmalige conditie. In die zin verschilt transsexualiteit grondig van een conditie zoals griep, een beenbreuk of een zwangerschap. Dergelijke condities kunnen zich meermaals manifesteren en hebben een eindige duur. Een ander onder-

scheid is dat volgens onze definitie transseksueel zijn een levenslange conditie is.

De prevalentie van een conditie A is het relatief aantal individuen in de populatie op wie op een bepaald moment die conditie van toepassing is. We kunnen dat als volgt berekenen:

$$P(A) = \# \text{ individuen met conditie A op een bepaald moment} / \# \text{ individuen in populatie}$$

waarbij het '#' symbool 'aantal' betekent. Laten we dit illustreren met twee voorbeelden. Stel dat in een populatie van 10.000.000 individuen er elk jaar 50.000 griep doormaken en dat de griep gemiddeld zeven dagen duurt, dan hebben er op elk moment gemiddeld $50.000 \times (7/365) = 959$ individuen griep. Dit leidt tot een prevalentie $P(\text{griep}) = 959/10.000.000 = 1$ per 10.400. Stel nu dat diezelfde populatie 5.000 transseksuelen bevat, dit wil zeggen individuen die ooit in hun leven te maken krijgen met ernstige genderdysforie, dan is de prevalentie van transseksualiteit $P(\text{TS}) = 5.000/10.000.000 = 1$ per 2.000. De prevalentie van transseksualiteit geeft dus het relatief deel van de bevolking dat transseksueel is of de kans dat een kind ooit in zijn leven te maken krijgt met deze conditie.

Mochten we bij de geboorte kunnen vaststellen of een baby transseksueel is dan kunnen we $P(\text{TS})$ als volgt bepalen:

$$P(\text{TS}) = \# \text{ transseksuele geboortes per jaar} / \# \text{ geboortes per jaar}$$

$P(\text{TS})$ is dus als het relatief aantal baby's dat transseksueel is. We spreken van de inherente prevalentie van transseksualiteit.

De incidentie van een conditie A is het aantal nieuwe manifestaties van conditie A in een populatie per jaar. De incidentie kan uitgedrukt worden als een relatief deel van de totale populatie (de populatie-incidentie aangeduid als $I_p(A)$) of als een relatief

deel van het aantal geboortes per jaar (de geboorte-incidentie aangeduid als $I_B(A)$). Voor een tijdelijke en niet noodzakelijk eenmalige conditie is $I_p(A)$ vaak aangewezen. Ons griepvoorbeeld leidt tot $I_p(\text{griep}) = 50.000 / 10.000.000 = 0,005$ per jaar. Voor levenslange eenmalige condities is $I_B(A)$ meer aangewezen. Zo geeft $I_B(\text{TS})$ het relatief aantal transseksuele baby's wat dus hetzelfde is als $P(\text{TS})$. We benadrukken dat deze gelijkheid enkel een gevolg is van het feit dat transseksualiteit een eenmalige en levenslange conditie is.

Aangezien transseksualiteit zich manifesteert vanaf een bepaalde leeftijd omdat het niet zichtbaar is bij de geboorte, kunnen we bovenstaande uitdrukking voor $P(\text{TS})$ dus niet zomaar toepassen. Stel dat T_1 de gemiddelde leeftijd is waarop bij een individu transseksualiteit tot uiting komt, dan kunnen we de uitdrukking voor $P(\text{TS})$ als volgt aanpassen:

$$P(\text{TS}) = \# \text{ nieuwe manifestaties van transseksualiteit per jaar} / \# \text{ geboortes per jaar } T_1 \text{ jaren geleden}$$

We hebben hierbij rekening gehouden met een wijzigend aantal geboortes per jaar. Het is mogelijk om deze uitdrukking nog verder te verfijnen door ook rekening te houden met het feit dat de leeftijd waarop transseksualiteit zich uit sterk verschilt van individu tot individu. Dit valt evenwel buiten het bestek van dit artikel, we verwijzen hiervoor naar Olyslager en Conway (2008).

Aangezien transseksualiteit zich slechts uit vanaf een zekere leeftijd is er een significant aantal individuen dat wel transseksueel is maar waar de conditie zich nog niet gemanifesteerd heeft. We maken een onderscheid tussen actieve en latente transseksualiteit al naar gelang de conditie al dan niet reeds tot uiting is gekomen. De prevalentie die we hierboven besproken

hebben, maakt dit onderscheid niet: we spreken in dat verband van de inherente prevalentie. Als we de prevalentie van de actieve transseksualiteit wensen te kennen dan moeten we de inherente prevalentie corrigeren met het relatief deel van het leven dat de transseksualiteit actief is. Als T_V de gemiddelde levensverwachting is dan is dat relatief deel $(T_V - T_I) / T_V$ en kunnen we schrijven dat:

$$P(TS_A) = P(TS) \times [(T_V - T_I) / T_V]$$

waarbij TS_A aanduidt dat het over actieve transseksualiteit gaat. We spreken dan ook van actieve prevalentie.

Ter illustratie grijpen we even terug naar ons voorbeeld en veronderstellen daarbij dat de gemiddelde levensverwachting 75 jaar ($T_V = 75$) is en dat de transseksualiteit zich gemiddeld uit op 32 jarige leeftijd ($T_I = 32$). We vinden dan dat $P(TS_A) = (1/2.000) \times [(75-32)/75] = 1$ per 3.500 of dat er in de populatie $10.000.000/3.500 = 2.860$ actieve transseksuelen zijn, dus individuen waarbij de transseksualiteit tot uiting is gekomen. Daarnaast zijn er ook nog $5.000 - 2.860 = 2.140$ latente transseksuelen.

Hoewel we hier vooral gesproken hebben over de inherente en actieve prevalentie van transseksualiteit geldt de analyse mutatis mutandis ook voor de prevalentie van hormonale behandeling of geslachtsaanpassende operaties. De inherente prevalentie van geslachtsaanpassende operaties $P(GAO)$ geeft dan het relatieve deel van de populatie dat ooit in zijn of haar leven een geslachtsaanpassende operatie zal ondergaan. De actieve prevalentie $P(GAO_A)$ geeft het relatieve deel van de populatie dat een geslachtsaanpassende operatie al ondergaan heeft. $P(HB)$ en $P(HB_A)$ hebben een gelijksoortige betekenis.

Laat ons nog even kijken wat het verband is tussen de actieve prevalentie en de

prevalentie zoals die berekend werd in eerdere publicaties. Om de gedachten te vestigen beperken we ons even tot $P(GAO_A)$. Stel dat we over een heel lange periode T_B het aantal operaties tellen in een bepaald gebied, hiervan het aantal geopereerden aftrekken die reeds overleden zijn gedurende die periode en dit dan delen door de totale populatie in dat gebied dan vinden we $P(GAO_A)$ terug. Als de periode T_B korter is dan de gemiddelde resterende levensverwachting na de operatie, dit wil zeggen $T_B < T_V - T_I$, dan levert deze wijze van berekening van de actieve prevalentie een te lage waarde op. Het is dan niet nodig om te corrigeren voor reeds overleden individuen. Het getal dat we vinden zal een factor $T_B / (T_V - T_I)$ te klein zijn. Er is echter nog een probleem met de eerdere publicaties. Men deelt steeds door de populatie ouder dan vijftien, terwijl men eigenlijk door de totale populatie moet delen. Dit betekent grosso modo een correctie met een factor $T_V / (T_V - 15)$. Verder dient vermeld te worden dat het steeds ging over tellingen die de periode van het begin van de behandeling bevatten, dus het overgangsverschijnsel. Dit betekent een aanzienlijke verdere onderschatting van $P(GAO_A)$. Ten slotte zijn er individuen die kiezen voor een behandeling buiten de getelde centra, we denken hierbij vooral aan individuen die zich in het buitenland laten behandelen.

Inherente en actieve prevalentie in Nederland en België

Nederland

Uit de gegevens in Eklund et al. (1988), Bakker et al. (1993) en Van Kesteren et al (1996) vinden we dat 507 individuen in de periode 1976-1990 aan een man naar vrouw hormonale behandeling begonnen zijn in Nederland. Dit aantal bevat enkel indivi-

duen die in Nederland geboren zijn. Verder vinden we dat in de periode 1976-1986 399 individuen een hormonale behandeling zijn gestart. Dit aantal bevat echter ook individuen die niet in Nederland geboren zijn. Uit een evenredigheidsregel op basis van gegevens uit Bakker et al. (1993) schatten we dat 28 van die 399 individuen niet in Nederland geboren zijn. Bijgevolg kunnen we stellen dat in het interval 1986-1990 $507-371=136$ individuen aan een man naar vrouw hormonale behandeling begonnen zijn of dus $136/4 = 34$ per jaar.

Het aantal mannelijke geboortes in Nederland in 1990 was 101.700 (CBS, 2008). Aangezien de gemiddelde leeftijd waarop een hormonale behandeling werd gestart 32 jaar is (van Kesteren, 1996), dit wil zeggen $T_1 = 32$, moeten we het geboortecijfer in 1958, 32 jaar voor 1990, in rekening brengen. In 1958 waren er 120.000 mannelijke geboortes in Nederland (CBS, 2008). We kunnen nu onze uitdrukking voor de inherente prevalentie van hormonale behandeling toepassen:

$$P(\text{HBmv}) \text{ op basis van [Bakker]} = 34 / 120.000 \\ = 1 \text{ per } 3.500$$

Rekening houdend met een levensverwachting $T_v = 75$ kunnen we hieruit de actieve prevalentie van hormonale behandeling berekenen:

$$P(\text{HB}_A\text{mv}) \text{ op basis van [Bakker]} = P(\text{HBmv}) \\ \times [(75-32)/75] = 1 \text{ per } 6.200$$

We vinden tevens dat in de periode 1986-1990 74 individuen aan een vrouw naar man hormonale behandeling begonnen zijn. De gemiddelde leeftijd waarop de behandeling begonnen werd, was nu 23 jaar zodat T_1 nu 23 is. In 1967, 23 jaar voor 1990, waren er 115.000 vrouwelijke geboortes in Nederland. Dit alles leidt tot:

$$P(\text{HBvm}) \text{ op basis van [Bakker]} = \\ 18,5 / 115.000 = 1 \text{ per } 6.200 \\ P(\text{HB}_A\text{vm}) \text{ op basis van [Bakker]} = \\ P(\text{HBvm}) \times [(75-23)/75] = 1 \text{ per } 8.900$$

In de veronderstelling dat het overgangsverschijnsel in de behandeling in 1986 reeds voorbij was in Nederland kunnen we bijgevolg stellen dat een ondergrens voor de inherente prevalentie van hormonale behandeling in Nederland gegeven is door $P(\text{HBmv}) = 1$ per 3.500 en $P(\text{HBvm}) = 1$ per 6.200. Aangezien $P(\text{TS}) > P(\text{HB})$ moet een ondergrens voor de inherente prevalentie van transseksualiteit dus een gematigd veelvoud van $P(\text{HB})$ zijn en bijgevolg veel malen groter zijn dan de 'prevalentie van transseksualiteit' van 1 per 11.900 en 1 per 30.400 zoals vermeld in Bakker et al. (1993) en zoals de vaak geciteerde cijfers door de medische wereld, de overheid, de media en WPATH.

We kijken nog even naar de verhouding van het aantal vrouw naar man transitie tot het aantal man naar vrouw transitie. Voor Nederland vinden we een ratio 1:1,8 daar waar er in Bakker et al. (1993) een ratio van 1:2,6 gevonden wordt. Dit verschil is toe te schrijven aan het feit dat een man naar vrouw transitie gemiddeld op latere leeftijd aanvangt dan een vrouw naar man transitie.

België

In De Cuypere et al. (2007) vinden we dat gedurende 18 jaar in de periode 1985-2002 er 292 Belgische individuen een man naar vrouw geslachtsaanpassende operatie hebben ondergaan door chirurgen in België. Gemiddeld waren er dus 16,2 operaties per jaar. We dienen op te merken dat het aantal operaties per jaar wellicht aanzienlijk hoger was in 2002 aangezien de achttienjarige periode ook de opstartfase van de behan-

deling in België bevat, of toch ten minste de opstartfase van de behandeling in het Genderteam van het UZGent (De Cuyperre, 2001).

De gemiddelde leeftijd voor vrouw naar man geslachtsaanpassende operaties was 36 jaar (De Cuyperre et al., 2007), dit wil zeggen $T_1 = 36$. Het aantal mannelijk geboortes in 2002-36 = 1966 was 77.234 (Statistics Belgium, 2008). Dit geeft volgende inherente prevalentie voor geslachtsaanpassende operaties:

$$P(\text{GAOmv}) \text{ op basis van [DeCuyperre]} = 16,2/77.234 = 1 \text{ per } 4.800$$

Als we gebruik maken van de aparte cijfers in De Cuyperre (2007) voor Vlaanderen, Brussel en Wallonië dan vinden we:

$$P(\text{GAOmv}) \text{ op basis van [DeCuyperre]} = 12,7/45.575 = 1 \text{ per } 3.600 \text{ voor Vlaanderen}$$

$$P(\text{GAOmv}) \text{ op basis van [DeCuyperre]} = 1,6/7.675 = 1 \text{ per } 4.800 \text{ voor Brussel}$$

$$P(\text{GAOmv}) \text{ op basis van [DeCuyperre]} = 1,9/23.984 = 1 \text{ per } 12.600 \text{ voor Wallonië}$$

Aangezien de gemiddelde leeftijd voor vrouw naar man geslachtsaanpassende operaties 28 jaar was moeten we dus de vrouwelijke geboortes van 1974 in acht nemen. We vinden dan:

$$P(\text{GAOvm}) \text{ op basis van [DeCuyperre]} = 6,67/59.998 = 1 \text{ per } 9.000 \text{ voor België}$$

$$P(\text{GAOvm}) \text{ op basis van [DeCuyperre]} = 5,06/33.959 = 1 \text{ per } 6.700 \text{ voor Vlaanderen}$$

$$P(\text{GAOvm}) \text{ op basis van [DeCuyperre]} = 1,00/6.060 = 1 \text{ per } 6.100 \text{ voor Brussel}$$

$$P(\text{GAOvm}) \text{ op basis van [DeCuyperre]} = 1,16/19.979 = 1 \text{ per } 17.200 \text{ voor Wallonië}$$

In De Cuyperre (2007) werd een vm:mv ratio gevonden van 1:2,43. Door het verschil in leeftijd waarop de geslachtsaanpassende operatie wordt uitgevoerd, vinden we hier een ratio van 1:1,9.

Op basis van een levensverwachting van $T_V = 75$ jaar kunnen we nog de actieve prevalenties berekenen:

$$P(\text{GAO}_A\text{mv}) \text{ op basis van [DeCuyperre]} = 1 \text{ per } 9.200 \text{ voor België}$$

$$P(\text{GAO}_A\text{mv}) \text{ op basis van [DeCuyperre]} = 1 \text{ per } 6.900 \text{ voor Vlaanderen}$$

$$P(\text{GAO}_A\text{mv}) \text{ op basis van [DeCuyperre]} = 1 \text{ per } 9.200 \text{ voor Brussel}$$

$$P(\text{GAO}_A\text{mv}) \text{ op basis van [DeCuyperre]} = 1 \text{ per } 24.200 \text{ voor Wallonië}$$

$$P(\text{GAO}_A\text{vm}) \text{ op basis van [DeCuyperre]} = 1 \text{ per } 14.400 \text{ voor België}$$

$$P(\text{GAO}_A\text{vm}) \text{ op basis van [DeCuyperre]} = 1 \text{ per } 17.200 \text{ voor Vlaanderen}$$

$$P(\text{GAO}_A\text{vm}) \text{ op basis van [DeCuyperre]} = 1 \text{ per } 9.800 \text{ voor Brussel}$$

$$P(\text{GAO}_A\text{vm}) \text{ op basis van [DeCuyperre]} = 1 \text{ per } 27.500 \text{ voor Wallonië}$$

Bespreking

Onmiddellijk valt een overeenkomst op tussen Nederland en Vlaanderen voor wat de inherente prevalentie betreft. We zouden dit kunnen verklaren door de culturele verwantschap tussen Nederland en Vlaanderen. We dienen dit echter te nuanceren omdat er naast verwantschap ook verschillen zijn en omdat er kanttekeningen gemaakt dienen te worden bij de gevonden cijfers.

In beide regio's is de hulpverlening vlot beschikbaar maar er bestaat ook een duidelijk verschil. In Nederland wordt de hulpverlening gekanaliseerd via één centrum terwijl er in Vlaanderen enerzijds keuze is tussen verschillende hulpverleners en anderzijds soms een minder gestructureerde aanpak is omdat een deel van de hulpverlening niet echt ingebed is in een genderteam. Zowel het Genderteam in het AZVU als in het UZGent werken volgens de richtlijnen van de *standards of care* (SOC, 2001). Deze richtlijnen laten veel

vrijheid; we hebben de indruk dat de procedure in het AZVU strikter is dan in het UZGent en dat de doorlooptijd, dit is de tijd tussen eerste aanmelding bij het team en de geslachtsaanpassende ingreep, bij het UZGent korter is dan in het AZVU. Hoewel er zowel in Nederland als in België een belangrijke tussenkomst is in de medische kosten blijft volgens ons het prijskaartje van een transitie voor het individu in België hoger dan in Nederland. Het verschil in maatschappelijke aanvaarding vergt gedetailleerd onderzoek, maar we hebben de indruk dat Nederland over het algemeen toleranter is dan Vlaanderen.

De cijfers voor beide regio's zijn ook niet helemaal te vergelijken omdat de berekening voor Vlaanderen waarschijnlijk nog wordt beïnvloed door het overgangsverschijnsel en omdat in het ene geval de prevalentie van hormonale behandeling wordt berekend en in het andere geval de inherente prevalentie voor geslachtsaanpassende operaties.

De factoren maatschappelijke aanvaarding, vooral dan ten gevolge van culturele verschillen, en beschikbare hulpverlening hebben zeker een belangrijke invloed op de prevalentie. Dit komt tot uiting in de veel lagere prevalentiecijfers voor Wallonië in vergelijking met Vlaanderen. Dit was ook een belangrijke conclusie in De Cuypere (2007).

Internationale context

In Olyslager en Conway (2007) werden ook inherente en actieve prevalenties berekend voor andere landen op basis van beschikbare publicaties. We geven hier nog de resultaten voor de inherente prevalentie van geslachtsaanpassende operaties in Zweden, Singapore en Thailand. Voor een gedetail-

leerde berekening verwijzen we naar Olyslager en Conway (2007).

In Zweden kunnen we op basis van (Olsson & Möller, 2003) volgende cijfers afleiden:

$P(\text{GAOmv})$ op basis van [Olsson] =

1 per 12.500

$P(\text{GAOvm})$ op basis van [Olsson] =

1 per 14.500

Ondanks onze algemene progressieve indruk van de Zweedse maatschappij denken we dat de lage prevalentiecijfers hun oorsprong vinden in het zeer rigide en stringente medische protocol dat in Zweden wordt gehanteerd.

In Singapore vinden we op basis van Tsoi (1988) dat:

$P(\text{GAOmv})$ op basis van [Tsoi] = 1 per 2.000

$P(\text{GAOvm})$ op basis van [Tsoi] = 1 per 5.600

Het grote verschil met de eerdere prevalentiecijfers is ongetwijfeld een gevolg van de culturele verschillen. Toch benadrukken we dat dit niet betekent dat de maatschappij tolerant is ten aanzien van transseksualiteit; uit persoonlijke contacten blijkt zelfs een grote transfobie behalve als het om prostitutie gaat.

Een gelijksoortig fenomeen doet zich voor in Thailand met de Kathoey.² Uit Winter (2002) en Winter (2006) vinden we op basis van Kathoey die een geslachtsaanpassende ingreep ondergaan:

$P(\text{GAOmv})$ op basis van [Winter] =

1 per 400

Soms kunnen bijzondere omstandigheden de prevalentie erg beïnvloeden. Een voorbeeld hiervan is Iran waar homoseksualiteit niet getolereerd wordt in tegenstelling tot transseksualiteit. Het gevolg is dat individuen met homoseksuele en tegelijk genderdysfore gevoelens sneller de stap naar

een geslachtsaanpassende ingreep zetten. Een ruwe schatting leidt tot een inherente prevalentie van geslachtsaanpassende ingrepen van de orde 1 per 2.500 in Iran.

Ten slotte

Op basis van recente gesprekken met leden van de Genderteams aan het AZVU en het UZGent blijkt dat het aantal transitie per jaar momenteel hoger is dan wat we in dit artikel hebben weergegeven. Bovendien is het zeker zo dat een aantal individuen verkiest om zich in het buitenland te laten behandelen zodat die niet geteld werden. Ten slotte kan het voorgestelde formalisme nog verfijnd worden waardoor de prevalentie nog wat hoger uitvalt (Olyslager & Conway, 2008).

Als we dan ook nog rekening houden met het feit dat $P(TS) > P(HB) > P(GAO)$ en het feit dat de hierboven vermelde cijfers te maken hebben met $P(HB)$ en $P(GAO)$ dan is het veilig te veronderstellen dat een ondergrens voor de inherente prevalentie van transseksualiteit in Nederland en Vlaanderen van de orde 1 per 2.000 à 1 per 1.000 is voor man naar vrouw transseksualiteit en van de orde 1 per 4.000 à 1 per 2.000 voor vrouw naar man transseksualiteit.

Het belang van deze cijfers is naar onze mening groot. Het maakt de transseksuele problematiek veel minder 'exotisch' dan tot nu toe vaak gedacht werd. Deze cijfers kunnen de maatschappelijke aanvaarding alleen maar ten goede komen en de ernst van transfobie, vooroordelen en discriminatie verder onderstrepen. Het is ook van belang voor de hulpverlening waarbij de beschikbaarheid van en het onderzoek naar betere behandelingen direct evenredig zijn met de prevalentie.

De kennis van de inherente prevalentie laat toe om cijfers tussen verschillende

landen en over verschillende tijdperken te vergelijken. Als we de inherente prevalentie van transseksualiteit goed kennen en aannemen dat die niet afhankelijk is van de plaats waar men wordt geboren, opgegroeid is of leeft dan kan uit de berekening van de inherente prevalentie in een bepaald gebied afgeleid worden of de medische hulp adequaat is en of de maatschappelijke aanvaarding en voorlichting van de problematiek voldoende is. Een goede kennis van de inherente prevalentie laat zelfs toe om een idee te krijgen van de etiologie van transseksualiteit (Roughgarden, 2007).

We zijn ook van mening dat nieuw onderzoek nodig is zodat recentere en meer uitgebreide data vergaard wordt en het meer geavanceerde formalisme van Olyslager en Conway (2008) toegepast kan worden. In eerste instantie moet dit onderzoek zich richten op de diverse stadia van de medische behandeling, dit wil zeggen een indicatie geven van de inherente prevalentie van een hormonale behandeling of een geslachtsaanpassende operatie. Een interessante tweede denkpiste is om niet zozeer naar de medische geslachtsaanpassing te kijken maar naar de juridische geslachtsaanpassing op basis van gegevens uit de bevolkingsregisters. Kortom: 'Transseksualiteit komt vaker voor dan u denkt.'

Noot

- 1 Vroeger werd de term Kathoey gebruikt voor elke man die niet aan de mannelijke genderrolverwachtingen voldeed (inclusief homoseksuelen en geëffemineerde mannen). Tegenwoordig wordt de term gemeenzaam gebruikt voor transgenders (Winter, 2006).

Literatuur

- Bakker, A., Kesteren, P.J.M. van, Gooren, L.J.G. & Bezemer, P.J. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 237-238.
- Centraal bureau voor de statistiek (2008). *Internetbronnen*. [WWW-document]. URL: <http://www.cbs.nl> [2008, 31 maart].
- Conway, L. (2007). A comparative analysis of reports on the prevalence of transsexualism," *Internetbronnen*. LynnConway.com. [WWW-document]. URL: <http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/TS/Prevalence/Reports/REFs/Comparative%20Analysis.html> [2008, 31 maart].
- De Cuypere, G. (2001). Gevangen in X of Y: Genderidentiteitsstoornissen en geslachtsaanpassende behandeling nader bekeken. Nederland: Kluwer.
- De Cuypere, G., Hemelrijck, M. Van, Michel, A., Carael, B., Heylens, G., Rubens, R., Hoebeke, P. & Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, 22, 137-141.
- DSM IV (2000), Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR. American Psychiatric Association.
- Eklund, P.L.E., Gooren, L.J.G. & Bezemer, P.D. (1988). Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 152, 638-640.
- ICD-10 (2007). *Internetbronnen*. World Health Organization. [WWW-document]. URL: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/?gf60.htm+f64> [2008, 31 maart].
- Kesteren, P.J. van, Gooren, L.J. & Megens, J.A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 25, 589-600.
- Olsson, S.-E. & A. R. Möller, A.R. (2003), On the incidence and sex-ratio of transsexualism in Sweden, 1972-2002. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 381-386.
- Olyslager, F. & Conway, L. (2007). On the calculation of the prevalence of transsexualism. Verslagen van het XXth World Professional Association for Transgender Health Symposium, Chicago. Aangeboden voor *International Journal of Transgenderism*. *Internetbronnen*. LynnConway.com [WWW-document]. URL: <http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/TS/Prevalence/Reports/Prevalence%20of%20Transsexualism.pdf> [2008, 31 maart].
- Olyslager, F. & Conway, L. (2008). Incorporating higher order effects to estimate the prevalence of transsexualism. In voorbereiding.
- Roughgarden, J. (2007). Evolution's rainbow: Diversity, gender and sexuality in nature and people. Verslagen van het XXth World Professional Association for Transgender Health Symposium, Chicago.
- SOC (2001). Standards of care for gender identity disorders, 6th Version. *Internetbronnen*. World Professional Association for Transgender Health. [WWW-document]. URL: <http://www.wpath.org/Documents2/socv6.pdf> [2008, 31 maart].
- Statistics Belgium (2008), *Internetbronnen*. Federale Overheidsdienst Economie België. [WWW-document]. URL: <http://statbel.fgov.be> [2008, 31 maart].
- Tsoi, W.F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 501-504.
- Winter, S. (2002). Counting Kathoey. *Internetbronnen*. TransgenderASIA website. [WWW-document]. URL: http://web.hku.hk/~sjwinter/TransgenderASIA/country_report_thailand.htm [2008, 10 april].
- Winter, S. (2006). Thai transgenders in focus: Demographics, transitions and identities. *International Journal of Transgenderism*, 9, 15-27.