



## SHIFT TRAINING EMBRACE DIFFERENCE

**Sexual Health in the over ForTy-fives**

## Inhoud

---

Introductie SHIFT .....	2
Doel van deze module.....	2
Leerdoelen.....	2
Materialen .....	3
Wie zou er moeten deelnemen? .....	3
Wat kan je verwachten van deze module? .....	3
Legende .....	4
Ijsbrekers.....	4
Wat zijn mijn professionele leerdoelen?.....	4
Sta Stil bij verschil .....	5
Voor welke diversiteitsaspecten kiezen we binnen deze training en waarom?.....	5
Wat is diversiteit?.....	6
Introductie tot ‘diversiteit’? .....	6
Stigma.....	9
Een eye opener .....	10
INTERSECTIONALITEIT.....	10
Relationele diversiteit .....	11
Relationele diversiteit in de praktijk? .....	16
Een heteronormatieve samenleving.....	17
HETERONORMATIVITEIT HOUDT GENDERROLLEN IN STAND.....	17
What ELSE? LGBTQ+ onder de loep .....	17
‘Minority stress’ of minderheidsstress.....	19
LGBTQIA+ EN OUDER WORDEN .....	20
Hoe beantwoorden aan (seksuele) gezondheid verbeteren in de praktijk? .....	20
Cultuur en seksualiteit .....	22
Religie en seksualiteit.....	24
Casussen .....	24
De vergeten groep.....	30
Mensen met een beperking .....	30
Tips om mee te nemen .....	32
Het SHIFT model.....	33
Bibliografie .....	34

## Introductie SHIFT

Het SHIFT project – kort voor ‘Sexual Health In the over ForTy-fives’ - maakt deel uit van het Europese Interreg 2 Zeeën-programma en loopt van 1 maart 2019 tot 31-03-2023.

Het SHIFT-project wil mensen ouder dan 45 jaar ondersteunen om gemakkelijker de weg te vinden naar seksuele gezondheidsdiensten en hierdoor hun seksuele gezondheid en welzijn te verbeteren. Hierbij legt men tevens een specifieke focus op sociaaleconomisch achtergestelde groepen. Op basis van samenwerking tussen België, Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Frankrijk, herbekijkt men hoe diensten in kader van seksuele gezondheidszorg worden geleverd. Om diensten te leveren die goed aansluiten bij de noden van 45-plussers en sociaaleconomisch achtergestelde groepen werden op basis van literatuurstudie, kwantitatief en kwalitatief onderzoek, concrete aanbevelingen gedaan binnen het SHIFT project. Naast het verbeteren van bewustzijn bij de doelgroepen en de toegang tot seksuele gezondheidsdiensten, werd de nood aan doelgerichte opleidingen voor gezondheids- en welzijnsprofessionals aangekaart. Samen zouden deze inspanningen moeten leiden tot een verbetering van de kwaliteit van leven van 45-plussers (met specifieke aandacht voor kwetsbare groepen) en een afname van gezondheidsongelijkheid.

Voor meer uitgebreide informatie over het algehele SHIFT project bekijk ook:

<https://shift-sexual-health.eu/nl/>

### Doel van deze module

Het SHIFT-project wil een trainingsprogramma creëren, testen en langdurig inbedden voor professionals in de gezondheids- en welzijnszorg die werken met 45-plussers. We willen professionals ondersteunen bij het aanbieden van seksuele gezondheidszorg aan eerder ‘moeilijk bereikbare groepen’. Onze tweeledige strategie is om het vertrouwen van professionals in het bespreken van seksuele gezondheid met 45-plussers te vergroten en professionals die met kwetsbare populaties werken de nodige kennis, vaardigheden en tools te geven om seksuele gezondheid op de agenda te zetten en de toegang tot diensten te vergemakkelijken.

Deze module is één van de 4 gezamenlijk geproduceerde modules die we aan het testen zijn om een trainingsprogramma te vormen dat relevant is voor alle delen van het 2 Zeeën-gebied.

### Leerdoelen

Volgende leerdoelen komen aan bod in deze module maar niet in een bepaalde volgorde:



Slides 03-03

1. Persoonlijk leerdoelen opstellen a.d.h.v. casus uit eigen werkveld.
2. Begrijpen van **behoeften en verwachtingen** van verschillende doelgroepen over communicatie rond seksuele gezondheid.
3. Begrijpen en verwerven van **kennis rond diversiteit** en aanverwante begrippen.
4. Begrijpen en verwerven van **kennis in kader seksuele gezondheid & welzijn** binnen een **divers publiek** ouder dan 45.
5. Verwerven van **communicatie vaardigheden (tools/tips and tricks)** om seksuele gezondheid te kunnen bespreken met diverse populaties.

## Materialen

Elke deelnemer heeft toegang gehad tot de virtuele leeromgeving van SHIFT. De ‘start to SHIFT’ e-learning module werd doorlopen voor aanvang van deze module.

Deze module wordt ondersteund door een bijhorende PowerPoint presentatie voor de begeleider. Voor elk onderdeel wordt er gerefereerd naar de bijhorende slides. Het is aan de begeleider welke effectief gebruikt zal worden voor in de les. Dit kan afhankelijk zijn van welke participanten de module volgen.

Elke deelnemer heeft tijdens de module een pc, laptop of tablet ter beschikking, mét internet verbinding.

## Wie zou er moeten deelnemen?

Deze module richt zich op alle gezondheidsprofessionals en sociale zorgprofessionals die werken met de 45+ populatie. De SHIFT-trainingen vertrekken vanuit de visie dat verschillende zorgverleners kunnen bijdragen aan seksuele gezondheid en seksueel welbevinden. Men vertrekt vanuit de definitie van de Wereld Gezondheidsorganisatie.

*“Sexual health is an integral part of overall health, well-being and quality of life.*

*It is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity.”*(World Health Organization, 2021)

Hieronder een (niet-exhaustieve) lijst van professionals die mogelijks interesse hebben in deze verdiepende module:

- Artsen (huisarts, gynaecoloog, neuroloog, oncoloog, ...)
- Verpleegkundigen
- Kinésitherapeuten
- Diëtisten
- Ergotherapeuten
- Apothekers
- Psychologen
- Vroedvrouwen
- Menopauze consulenten
- Relatie consulenten
- Orthopedagogen
- Sociaal (cultureel) werkers
- ...

## Wat kan je verwachten van deze module?

Deze module is ‘online’ en hiervoor inschrijven kan [via AP Hogeschool of Odisee Hogeschool](#). De module zal ongeveer 3 uur in beslag nemen, dus reken hiervoor een halve werkdag. Afhankelijk van de mogelijkheden zal deze trainingsmodule op den duur ook fysiek kunnen plaatsvinden.

Deze module zoomt in op diversiteit in al zijn vormen (relaties, gender, cultuur) en de link met ouder worden en seksualiteit. Enerzijds zal er nadruk liggen op bewustwording en vindt kennisverruiming plaats, maar gezien de broodnodige aandacht voor toepassing in de praktijk wordt erg veel aandacht besteed aan nuttige tips, tricks en tools rond seksuele gezondheid en diversiteit.

Met deze module kan een zorgprofessional uit eender welke discipline meer kennis vergaren over LGBTQ+ , relationele diversiteit, cultuurverschillen, migratie, mentale of fysieke beperkingen en hoe deze factoren het seksueel welzijn beïnvloeden. Daarnaast laat deze module deelnemers actief aan de slag gaan met casussen en bestaande tools om hun vaardigheden aan te scherpen.

Omdat we verwachten dat de module toegankelijk is voor een breed scala aan professionals met verschillende achtergronden en kennis- en ervaringsniveaus, is de module ontworpen vanuit een brede visie op gezondheid en welzijn. Voor degenen die meer informatie nodig hebben, bieden we extra referenties en links naar bronmateriaal via het [SHIFT virtueel platform](#).

## Legende



Beschrijft op welke slides van bijgevoegde PowerPoint de materie wordt behandeld.



Beschrijft een aandachtspunt (vb. connectie met gezondheidsuitkomsten, gezondheidszorg, welzijn, ..)



Beschrijft onderzoeksresultaten uit het SHIFT project vanuit de doelpopulatie, 45+'ers.



Beschrijft onderzoeksresultaten uit het SHIFT project vanuit professionals uit de gezondheids- en welzijnssector.

## Ijsbrekers

### Wat zijn mijn professionele leerdoelen?

**MATERIAAL:** Deelnemers gebruiken eigen laptop/pc/tablet.



Slides 04-04

**WAT:** Deelnemers krijgen de opdracht om een passende foto te zoeken op het internet dat een representatie vormt voor hun eigen beroep en/of beroepsprofiel en hun antwoord op onderstaande vragen kan duiden/illustreren. Deelnemers sturen deze via e-mail naar de begeleider.

De begeleider toont tijdens de PowerPointpresentatie de volgende vragen:

- Wat is jouw naam en beroep?
- Beschrijf kort een situatie/ casus waarin jij zorg bood aan een 45+'er inzake seksuele gezondheid?
- Waarom ben je hier:
  - Welke barrières ervaar je in het bespreken van seksualiteit? Zijn er ook specifieke barrières naar de doelpopulatie toe?
  - Wat hoop je mee te nemen uit deze module: Geef 1 of meerdere persoonlijke leerdoelen aan?

De begeleider toont telkens één van de ontvangen afbeeldingen en vraagt de deelnemer die deze afbeelding koos om te antwoorden op de vragen. Elke deelnemer wordt afgegaan.<sup>1</sup>

Deelnemers krijgen een overzicht van de leerdoelen en de verschillende onderdelen van deze module.

**DOEL:** De deelnemers leren elkaar kennen en worden op de hoogte gesteld van de planning en welke leerdoelen ze na de module hebben bereikt. Eventuele praktische afspraken worden gemaakt.

### Sta Stil bij verschil

**MATERIAAL:** Pen en Post it's voor elke deelnemer. Gebruik een groot bord waarop de deelnemers hun Post it's kunnen plakken.



Slides 06-06

### Gebruik deze afbeelding ter illustratie

**WAT:** De begeleider stelt de deelnemers volgende vragen:

Bedenk voor jezelf op welke vlakken je verschilt van:

- De deelnemer rechts van je?
- Je beste vriend?
- Je buur?
- Je collega's?
- Je cliënten?
- ....

**DOEL:** Een fysieke 'word cloud' maken als groep die representatief is voor de term 'diversiteit'.

Deze verschillen (vormen van diversiteit) verdienen bijzondere aandacht:

- Ras
- Etniciteit
- Seksuele oriëntatie
- Socio-economische status
- Leeftijd
- Religie
- Overtuigingen/waarden/normen
- Ideologieën

Gezien deze aan bod komen in het volgende onderdeel waar 'diversiteit' wordt ontrafeld.

### Voor welke diversiteitsaspecten kiezen we binnen deze training en waarom?



Slides 02-02

We kozen ervoor om zo dicht mogelijk aan te sluiten op de noden en vragen vanuit het werkveld enerzijds en op aspecten die ook in de literatuur naar voor komen als belangrijke factoren met betrekking tot gezondheid in het algemeen en tot seksuele gezondheid in het bijzonder. Bepaalde onderdelen van diversiteit lijken immers onwetendheid en/of stigma in de hand te werken

---

<sup>1</sup> Indien een erg grote groep is het aan te raden deze te verdelen in kleinere groepjes waarbij ze met hun eigen scherm de illustratie/foto tonen en de vragen aan elkaar beantwoorden. De begeleiders zullen nadien in grote groep de planning van de les overlopen.

en aldus verschillen in zorg te bevestigen of onderhouden.

Zonder hierbij exhaustief te willen zijn, proberen we telkens een stukje theorie met voorbeelden en feiten aan te reiken, mogelijke bijhorende stigma te bespreken en tot slot tools/oplossingen of verdere (doorverwijs)informatie aan te reiken. We verwachten niet dat aanwezigen alle kennis leren. Het gaat enerzijds om bewustwording, anderzijds om juiste informatie aan te reiken of mensen door te verwijzen. Uiteindelijk werden volgende 3 grote diversiteitsthema's behouden die later in de module zullen worden behandeld:

- Diversiteit in relaties
- LGBTQI+
- Culturele diversiteit

## Wat is diversiteit?

**WAT:** Door middel van kennisoverdracht het thema ‘diversiteit’ belichten in al zijn vormen.



Slides 05-07

**DOEL:** Diversiteitsperspectieven belichten, bewustwording creëren over de variëteit aan diversiteit, feiten presenteren die triggeren en toegepast zijn op de context van 45+’ers, herkenning nagaan en verwoorden waarom in deze module gekozen werd voor enkel deze perspectieven.

### Introductie tot ‘diversiteit’?

Voor elke individu kan diversiteit iets anders betekenen. Voor de ene slaat dit onmiddellijk op de culturele en etnische diversiteit waar onze maatschappij vandaag van doorweven is, voor de andere komt vooral de genderdiversiteit aan bod. Het richt zich dan vaak op de verschillen tussen mensen onderling of tussen bepaalde groepen mensen. Er is dan ook een grote diversiteit naar leeftijd, naar inclusief leven en werken voor mensen die leven met een beperking en voor alle andere vormen van afwijking ten aanzien van de meerderheid, de norm of gewoon zijn-wie-je-wil-zijn.

In deze theoretische uiteenzetting zoomen we even in op een aantal vormen van diversiteit met voorbeelden en de manier waarop ze tot stand kwamen.

#### BIODIVERSITEIT

Deze kent men vooral in de natuur bij levende organismen van zowel planten als dieren. Hier is biodiversiteit belangrijk en alomtegenwoordig. Biodiversiteit ontstaat door regio, omstandigheden, klimaat en habitat. Ontbreken van diversiteit of overheersen van bepaalde soorten leidt tot verarming en ontstaat vaak na of door menselijk ingrijpen.

#### SEKSUELE DIVERSITEIT

Seksuele diversiteit kent verschillende sub-diversiteiten die o.a. staan voor:

- Geslacht of sekse: de klassieke binaire opdeling in mannelijke en vrouwelijke sekse.
- Genderidentiteit (niet gelijk aan geslacht) maar eerder bepaald door zowel genetische, somatische, psychologische als sociale determinanten.
- Genderexpressie: de uiting van gender aan de hand van bijvoorbeeld kleding, spraak en gedrag.
  - Seksuele oriëntatie: de romantische of seksuele aantrekking tot anderen.

#### GENETISCHE DIVERSITEIT

Genetische diversiteit is die vorm waarbij het genetisch materiaal bepalend is voor de verschillen en overeenkomsten; het ‘oude’ uitgangspunt van het begrip ‘ras’ met daaraan verbonden eigenschappen en met kenmerkende verschillen tussen mensen.

Meer dan 2000j geleden probeerde Hippocrates de mens al in hokjes te zetten. Hij onderscheidde hierbij, volgens geografie volgende menselijk temperamenten:

- Sanguinisch
- Choleric
- Melancholiek
- Flegmatiek

Zweeds bioloog Linnaeus legde uiteindelijk in 1723 de 5-delige indeling vast op basis van ras waarvan tot op de dag van vandaag vaak gebruik van gemaakt wordt, maar waarbij zeker vraagtekens gezet kunnen worden:

- Negroïde-Black
- Europees-Wit-Kaukasisch
- Aziatisch
- Native American
- Aborigines

Zo'n 25 jaar geleden begon men deze inzichten pas in vraag te stellen toen duidelijk werd dat slechts 5% van het genetisch materiaal bepalend is voor de variatie in uiterlijke kenmerken (vb. huidskleur) dat aan ras geattribueerd wordt. Toch blijft het denken in 'rassen' nog steeds actueel. Amerikaans wetenschappelijk onderzoek gebruikt stevast populatiebeschrijvingen als 'black, asian, afro-caribbean,...' terwijl UK nog extra spreekt over 'other, chinese and mixed'.

#### ETNISCHE DIVERSITEIT

Na de invraagstelling van ras, ging men eerder naar opdelingen volgens etnische achtergrond: de maatschappelijke groep waartoe het individu behoort. In het oude Griekenland stond de term 'Ethnos' ook al gelijk aan een 'kleinere groep mensen' binnen de 'poleis' die gekenmerkt werden door gezamenlijke politieke en religieuze gebruiken.

Ook vandaag nog wordt een etnische groep door verschillende factoren vastgelegd:

- Mensen delen een stel gemeenschappelijke wortels en sociale achtergrond.
- Etnische groepen kennen een gemeenschappelijke cultuur, er worden tradities overgedragen van generatie op generatie en ze delen een duidelijk WIJ- gevoel met elkaar.
- Etnische groepen kennen vaak een connectie met het land waarmee ze zich verbonden voelen.

Wie legt de etnische groep vast? De anderen, de plaats van geboorte, het individu zelf of een combinatie van deze drie? Het komt in de praktijk vaak neer op een nationale bevolkingsgroep 'de Belgen' of 'de Nederlanders'. Daarnaast wordt het vandaag de dag steeds meer gebruikt om een groep mensen aan te duiden die als 'volk' binnen een ander 'volk' wonen: 'de Turken of de Marokkanen in Antwerpen'.



Toch kan de vraag gesteld worden of de 'etniciteit' bepalend is **als beïnvloedende factor in vb. gezondheidsuitskomsten**, dan wel of de invloed voortkomt uit andere factoren die hiermee vaker samenhangen. Voorbeelden zijn: opleidingsniveau, socio- economische status, mate van integratie en al dan niet tweede, derde, vierde generatie etc. Ook kunnen beïnvloedende factoren in gezondheidsuitskomsten te maken hebben met het land en de soort exclusie. Een voorbeeld hiervan is het nog altijd bestaande racisme onder de Afro-Amerikanen, wat de kans op goede gezondheidszorg beïnvloedt.

#### CULTURELE DIVERSITEIT

**Culturele diversiteit** hangt vaak samen met etnische diversiteit, maar het is een verkeerde aanname dat het één en hetzelfde is. Ook een bedrijf in Antwerpen Stad kan



een andere (bedrijfs)cultuur hebben dan eentje in Kasterlee en dit binnen wellicht een homogene etnische groep werknemers. Bij een cultuur worden de normen en waarden dan ook (impliciet en expliciet) vastgelegd door de andere leden van de groep en helpt het die groep op een bepaalde manier naar de wereld en de anderen te kijken.

Cultuur is een sociaal fenomeen dat middels taal, rituelen en symbolen ook sterk kan verbonden zijn met religie. Toch kan een cultuur ook perfect zonder geloof bestaan.



#### DIVERSITEIT IN GEZONDHEIDSPERSPECTIEVEN EN OMGAAN MET ZIEKTE

Diversiteit binnen ons thema gaat echter niet enkel voor de diversiteit tussen groepen of individuen. Het bekijken van ziekte en gezondheid heeft zelf ook diverse perspectieven waarmee er mogelijks rekening dient gehouden te worden. Deze kijk op en beleving van ziekte en gezondheid wordt deels bepaald door het individu, door de groep en de ‘opvoeding’ (sociale factoren) maar ook door bepaalde factoren uit de omgeving (toegankelijkheid van zorg, kostprijs, weer, klimaat...). Tot slot wordt de diverse visie op ziekte en gezondheid bepaald door de ‘verklaringen’ die mensen kunnen geven aan deze toestand. Want vanuit deze verklaringen (‘explanatory model’, Kleinman, 1980) gaat de cliënt al dan niet op zoek naar hulp. Zo kan iemand eerst zelf een oplossing proberen te vinden, pas dan overgaan naar professionele hulp en later hierin een andere volgorde hanteren. Er kunnen zo ook verschillen ontstaan in de hulpvraag van zorgvragers die ziekte aanzien als een straf of iets waar bovennatuurlijke krachten mee gemoeid zijn ten opzichte van de zorgvrager die meent dat bepaalde levensstijlfactoren mee aan de basis liggen van de klachten.

Als zorgverlener moeten we proberen om deze verschillen in perspectieven in het achterhoofd te houden en zo vermijden om uitsluitend vanuit het eigen, vaak wetenschappelijk onderbouwde referentiekader te vertrekken.



#### UIT HET SHIFT ONDERZOEK BLIJKEN VOLGENDE BARRIÈRES VOOR ZORGVERLENERS OM SEKSUELE GEZONDHEID TE BESPREKEN MET 45+ERS:

- *Leeftijd van de zorgverlener zelf: het leeftijdsverschil zorgt soms voor een barrière.*
- *Verschil in gender tussen zorgverlener en zorgvragers.*
- *Verschil in culturele achtergrond:*
  - *Bepaalde culturen zijn bijvoorbeeld gezien als erg gesloten en willen seksualiteit niet bespreken (vb. Aziatische cultuur, Moslimcultuur, ...)*
  - *Er heersen ook nog steeds bepaalde aannames en socio-culturele stereotypingen die bij zorgverleners een barrière vormen.*
- *Zorgverleners zijn bang dat ze overkomen als te ‘bemoeizuchtig’ indien ze de 45+populatie bevragen over hun seksualiteit. Zorgverleners vinden het vaak eenvoudiger om seksuele gezondheid te bespreken met iemand*
  - *van ongeveer dezelfde leeftijd,*
  - *hetzelfde geslacht/gender,*
  - *mensen met een gedeelde cultuur*
  - *mensen waarbij het ‘seksuele probleem’ voortvloeit uit een medische situatie.*

## Stigma

Onder **stigma(ta)** verstaan we de eigenschappen met een negatieve lading die we aan bepaalde groepen mensen attribueren. Het zijn dus zaken die bij de ander bepaalde negatieve gevoelens kunnen oproepen, zonder dat het individu en zijn voortomen van nader bij worden bekeken. Het is als het ware een ‘brandmerk’ of een zeer negatief vooroordeel en is zeer ongewenst. Dit kan lichamelijk zijn (een huidafwijking, een amputatie) maar ook psychisch (mentale ziekte, homo-zijn...) of zelfs een collectief stigma (Aidspatiënten, Joden...).

Als mensen op basis van bepaalde eigenschappen dan ook worden achtergesteld, uitgesloten of verworpen, is er sprake van **discriminatie**.



*Uit het SHIFT onderzoek blijken volgende barrières voor de 45+ populatie om seksuele gezondheid te bespreken met zorgprofessionals:*

- **Leeftijd en gender** van de zorgverlener worden inderdaad soms ervaren als een barrière.
  - De gezondheidspromotie in kader van seksualiteit vaak afgestemd is op jongere doelpopulaties. Ze ervaren een gebrek aan differentiatie naar hun eigen leeftijdsgroep.
  - Het bespreken van problemen inzake seksuele gezondheid en welbevinden vinden ze moeilijk om te bespreken met iemand van het andere geslacht. Zullen ze hun ‘probleem’ wel voldoende begrijpen? Daarnaast is het specifiek voor mannen onduidelijk waar zij met hun probleem naartoe kunnen (vrouwen gaan regelmatig naar een gynaecoloog, maar mannen zijn minder geneigd om naar een uroloog of huisarts te stappen met erectieproblemen). Kortom mannen en vrouwen ervaren ouder worden anders en zouden ook op een andere manier om hulp vragen/zoeken.
- Aandacht voor **religieuze overtuigingen** is nodig en worden nog te weinig erkend.
- **Stigmatisering** is 1 van de grootste barrières voor de 45+ populatie, zowel sociaal stigma, ‘zelf-stigmatisering’ als stigma onder zorgprofessionals spelen een rol.
  - **Sociaal stigma:** bang om veroordeeld te worden, misschien wordt het gelinkt aan ‘ontrouw’, het gevoel dat ze op hun leeftijd geen seks zouden moeten hebben, het is vaak taboe om er op hun leeftijd echt over te spreken (eerder als een mopje of grappige opmerkingen) . Dit werd het meest vernoemd in **Belgische interviews**.
  - Zelf-stigmatisering: stigma dat werd geïnternaliseerd door de publieke opinie of maatschappelijke attitudes. Gevoelens zoals schaamte, angst of verlegenheid komen naar boven.
  - Stigma door zorgverleners: zorgvragers hebben bang dat er met hun zorg rond seksualiteit zou gelachen worden of dat ze de les gespeld worden. Of ze hebben het idee dat de zorgprofessional zelf in verlegenheid gebracht zou worden als zij hun zorg zouden bespreken.
- Kortom wil de 45+ populatie dat taboes worden doorbroken en dit door professionals beter te trainen, door normalisering en destigmatisering van seksualiteit in hun leeftijdsgroep maar ook over diverse populaties heen. Daarnaast lijkt het hen opportuun om seksualiteit te kunnen bespreken met peers met dezelfde leeftijd of in dezelfde situatie of achtergrond. De zorg afstemmen op specifieke kenmerken zoals leeftijd, relatiestatus, gender, seksuele voorkeur, etniciteit, religie en andere karakteristieken lijkt hen voornaam.



## Een eye opener

**WAT:** Casus wordt getoond eerst op basis van een foto, daarna wordt het verhaal daarachter verteld aan de hand van een uitgeschreven casus.

**DOEL:** Bewustzijn verhogen over vooroordelen gebaseerd op eerste contact.



Begeleider stelt de vraag: Met diversiteit in het achterhoofd, hoe beoordeel je deze foto in kader van diversiteit? Welk beeld schiept dit bij jou in kader van diversiteit?

**CASUS:** Heleen is 62 jaar oud, als 15 jaar **single**. Ze had voordien 17 jaar lang een **relatie met een vrouw**, zij dacht regelmatig aan het gemis van geen kinderen op de wereld te zetten. Het koppel heeft het vaak besproken maar haar vorige partner wilde **geen kinderen**. Nu kampt ze met MS en heeft zij enkel een jongere broer waar ze nog contact mee heeft, daarnaast heeft ze eigenlijk **geen familie meer**.

Verandert het beeld inzake ‘diversiteit’? De begeleider maakt de link met ‘intersectionaliteit’, later ook met ‘single’ en ‘eenzaam’ zijn.

### INTERSECTIONALITEIT

Als men spreekt over diversiteit en zorgverlening is bewustwording rond het concept ‘**intersectionaliteit**’ van belang (noemt men ook soms ‘kruispunt denken’). Diversiteit in gender, ras, etniciteit, leeftijd, sociale klasse en seksualiteit worden vaak beschouwd als aparte beïnvloedende factor op gezondheids-of welzijnsuitkomsten of als een aparte groep of categorie. Niets is minder waar! Een persoon past immers niet in 1 ‘vakje’ maar meerdere aspecten maken deel uit van een identiteit. Het bewust zijn van “**intersectionaliteit**” bestaat er uit **dat men ervan bewust is dat categorieën zoals leeftijd ras, gender, sociale klasse, seksualiteit, ...** geen representatie is voor een groep die hetzelfde of verschillend is/denkt/doet. Kortom ‘intersectionaliteit’ maakt duidelijk dat leeftijd, geslacht, ras, klasse en seksualiteit tegelijkertijd de percepties, ervaringen en kansen van iedereen in de samenleving beïnvloeden (Cole, 2009). Concreet betekent dit in de praktijk dat vaak verschillende discriminerende of negatief beïnvloedende factoren samen voor een groter (negatief) effect zorgen. Bijvoorbeeld: Indien een vrouw behoort tot een etnische minderheid heeft ze nog minder kans dat ze kan deelnemen aan het publieke leven. Als er dan organisaties zijn met aandacht voor etnische minderheden werden die in het verleden vaker bemand door mannen. 50-plussers en personen uit etnische minderheden vinden minder snel betaald werk in vergelijking met 30-plussers die geen migratieachtergrond hebben. In wetenschappelijk onderzoek: vaak in onderzoek naar gender te weinig aandacht voor de impact van etniciteit. Of andersom in onderzoek naar etniciteit te weinig aandacht naar gender (Arikoglu et al., n.d.).

## Relationele diversiteit

Sinds een 20-tal jaren proberen tal van organisaties (waaronder ook Sensoa) bij de jeugd, hun ouders en hun opvoeders/leerkrachten een shift teweeg te brengen in de focus van seksuele opvoeding (technisch, risico-geïnduceerd...) naar **relationele en seksuele vorming**. Velen van ons zullen die shift nooit zelf ondervonden hebben. Toch is het belang van het **relationele aspect binnen de seksuele gezondheid** is duidelijk onderbouwd in de literatuur. Geen focus op seks als gevaar, als reden van ongeplande en ongewenste zwangerschappen, als bron van SOA's en HIV maar wel seks en intimiteit als normaal onderdeel van het leven, als bron van plezier, met wederzijdse toestemming en respect. Ook bij de volwassenen blijft dit een belangrijk thema.

En net binnen de (seksuele) relatie is ook diversiteit merkbaar en dit zelfs nog los van hierop volgende geschetste emotionele/seksuele oriëntatie of geartheid van het individu op zich.

**WAT:** Groepsgesprek rond diverse relatievormen. De begeleider bevraagt welke relatievormen men meteen aan denkt als het gaat over 'relationele diversiteit'.

**DOEL:** Inzicht en kennis verwerven over diversiteit in relaties en de impact op gezondheid(zorg). Daarbij hoe een professional hiermee kan omgaan in de praktijk.

### MONOGAME RELATIES

We bespreken hier 'Relationele diversiteit' die in wezen allen **monogame relaties** zijn.

In de mainstream relaties hanteren we als maatschappij vooral de **monogame of vaste relatie**.

Hierbij is er zowel emotionele als seksuele exclusiviteit tussen de partners en wordt er geen seksuele of liefdesrelatie aangehouden. Men onderscheidt:

### SAMENWONEND, SAMENLEVINGSCONTRACT EN/OF HUWELIJK

Hoe divers de relaties in Vlaanderen zijn is moeilijk vast te pinnen. Behoudens geregistreerde samenlevingsvormen, huishoudens en leeftijdsrepresentatie is het dan ook erg moeilijk in kaart te brengen. Via de statistieken doen we alvast een poging om de officiële relaties in Vlaanderen wat uit te klaren.

Alle tussenvormen van relaties vallen hier uiteraard buiten. Toch is het goed om deze maatschappelijke realiteit in het achterhoofd te houden.

In **Vlaanderen** vaker huwelijk tussen **partners van hetzelfde geslacht (1/32)** dan België in zijn geheel (1/36).

### Huwelijken



	2014*	2015*	2016*	2017*	2018*	2019*	2020*
België	44.858	45.005	44.725	44.319	45.059	44.270	32.779
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	4.019	4.118	4.046	4.022	3.997	4.271	3.325
Vlaams Gewest	24.619	24.774	24.948	24.982	25.509	24.483	19.145
Waals Gewest	11.092	10.993	11.042	10.901	10.940	11.019	7.620

In 2020 werden 909 huwelijken voltrokken tussen partners van hetzelfde geslacht. De meeste van deze huwelijken werden in Vlaanderen voltrokken: 315 huwelijken tussen twee vrouwen en 281 tussen twee mannen. Wallonië en Brussel volgen op een afstand.

	Huwelijk tussen twee vrouwen	Huwelijk tussen twee mannen
België (totaal)	449	460
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	32	77
Vlaams Gewest	315	281
Waals Gewest	89	79

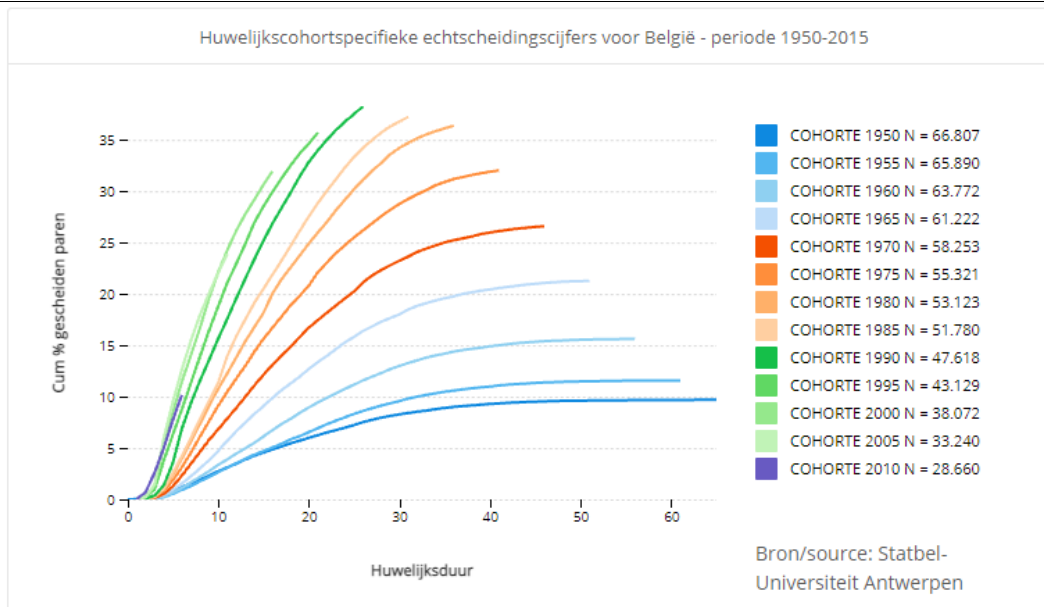
Figuur 1: Huwelijken in België, Statbel, 2021

Men zou kunnen bedenken dat dit vaker ‘nieuwere’ relaties en jongere mensen zijn. In België wordt 4/10 huwelijken ontbonden. Uiteraard zijn er ook ‘onzichtbare scheidingen’. Wettelijk samenwonenden gaan nog sneller uit elkaar, daarbij wordt het beëindigen van samenlevingscontracten geregistreerd.

Scheidingen gebeuren nu veel sneller dan vroeger. Dat betekent ook dat ‘onze onderzoekspopulatie’ vaak pas na 20j huwelijk of meer mee terug op de relatemarkt komt. Dit heeft ook gevolgen voor hun seksuele gezondheid!



Een retrospectieve US studie bij bijna 21000 patiënten die zich lieten testen op gonorrhoe en chlamydia op de eerste hulp op een duidelijk hogere incidentie van positieve testing bij ongehuwde mannen en vrouwen dan bij gehuwde mannen en vrouwen. Daarnaast testten de gehuwde mannen vaker positief dan gehuwde vrouwen maar hadden alle gehuwden meer kans om zich daadwerkelijk te laten behandelen (Fox & Sheele, 2021). DOI: 10.7759/cureus.17489



Figuur 2: Echtscheidingscijfers voor België periode 1950-2015, Statbel

Deze grafiek toont aan dat men vroeger minder vaak en minder snel uit elkaar ging.

In de huwelijkscohorten uit 1950 tot 1965 was er slechts 1/10 gescheiden na 15 jaar en ook na een langere periode samen zijn er % minder paren gescheiden. Vanaf de jaren '90 is echter meer dan ¼

koppels gescheiden na 15 jaar huwelijk. Huwelijken uit 2000 is dit zelfs nog meer , namelijk 1/3 koppels na 15 jaar uit elkaar.

De grafiek toont ook aan dat ze duidelijk sneller uit elkaar gaan. Voor bijvoorbeeld de cohorte van 2005 is 20% (1/5) reeds gescheiden na 8 jaar. In 1980 was het pas na 15 jaar dat 1/5 van de koppels scheidde.

Volgende relatievormen zijn moeilijk in kaart te brengen onder de vorm van cijfermateriaal:

#### LAT-RELATIE OF ‘LIVING APART TOGETHER’

Binnen deze relatievorm zal het koppel in vast relatie bewust niet hetzelfde huis delen. Dit kan om zowel praktische redenen, redenen van zelfstandigheid als kinderen uit een eerdere relatie zijn. Men heeft dan nog ruimte voor privacy en vb. Financiële onafhankelijkheid t.o.v. elkaar.

#### LANGE-AFSTANDSRELATIE

Relatie waarbij de partners in verschillende steden of zelfs landen verblijven en elkaar dus weinig zien.

#### SAT-RELATIE OF SLEEPING APART TOGETHER

Relatie waarbij mensen samenleven maar er samen voor kiezen om niet het bed te delen. Volgens studies zou dit allerlei zaken ten goede kunnen komen: nachtrust en dus veerkracht, gezondheid en zoveel meer. Het lijkt een erg grote stap voor velen maar in sommige gevallen kan het zelfs de seksuele relatie ten goede komen. De vraag is of het taboe dat rust op apart slapen ook legitiem is binnen de relatie.

#### CONSENSUELE NON-MONOGAMIE

Consensuele non-monogamie is een verzamelterm voor verschillende relatievormen waarbij er geen emotionele en/of seksuele exclusiviteit tussen de partners. Hieronder vallen ‘polyamorie’, ‘Open relatie’ en ‘swingen’.

#### POLY-AMORIE

Een **romantische en/of seksuele relatie** met verschillende personen waarbij **iedere betrokkene** op de hoogte is van deze openheid en hiermee **instemt**.

#### OPEN RELATIE/ OPEN HUWELIJK

Een relatievorm waarin u en uw partner een **onderling akkoord** hebben om met andere en/of meerdere personen een **seksueel contact** aan te gaan.

#### SWINGEN

Een relatievorm waarin u en uw partner een **onderling akkoord** hebben om **seks** te hebben met anderen op **daarvoor bedoelde sociale activiteiten**.

#### POLY-AMORIE EN POLYGAMIE ZIJN NIET HETZELFDE

Bij Poly-amorie **hoeft** er geen sprake te zijn van een huwelijk, zoals dat bij polygamie wel het geval is. Er kunnen bij poly-amorie allerlei soorten relaties zijn, zoals lange-afstandsrelaties, een huwelijk, of samenwonen.

## KINK EN BDSM

Toch lijken we in onze contreien nog wat achter te lopen of een meer uitgesproken vorm van diversiteit in zowel amoureuze maar ook seksuele relaties. In vb. US is deze beweging al veel langer aan de gang. Zo werd in 1997 al de National Council of Sexual Freedom opgericht om te strijden en ijveren voor het dezelfde rechten voor ‘consenting adults’ om vrij in zogenaamde **alternatieve relationele en seksuele expressies** te begeven. Hierbij gaat het zowel vb. Om BDSM, bonding praktijken maar evenzeer over het aangaan van vb. Poly-amoureuze relaties. En dit zonder stigma. Daarnaast bestaan er zelfs onderzoeksgroepen die zich vooral richten op onderzoek binnen de “alternative sex-community”. <https://ncsfreedom.org/>

**Kink** is een brede term voor seks die niet als ‘traditioneel’ wordt gezien, seksueel gedrag dat wordt beschouwd als ‘buiten de norm’. Dit is vaak subjectief en wordt beïnvloed door culturele normen, het is dan ook eerder gebruikt als een verzamelnaam.

**BDSM** valt bijvoorbeeld onder ‘kink’ (of ‘kinky seks’). Het is een afkorting voor ‘Bondage, discipline, Dominantie, Submissie, sadisme en masochisme’. Vaak gaat het hier over een dynamiek waarbij één partner macht uitoefent op de andere tijdens seksuele activiteiten, maar met toestemming van beide partners. Het kan gaan om het beperken van de bewegingsvrijheid,

*In kader van ‘Kink’ en BDSM werden door een panel van experts in de US reeds klinische richtlijnen ontwikkeld voor zorgverleners in het werken met mensen met ‘Kink interests’.*



Bij een studie onder 556 deelnemers werd een online enquête afgenomen over ‘attitudes ten opzichte van seksuele relaties’. Hieruit bleek dat Consensuele non-monogame (CNM) partners aangaven meer voorzorgsmaatregelen te nemen dan die in monogame relaties. Er werd meer condoomgebruik gemeld en ook werd er frequenter een soa-test gedaan. Hoewel personen in een CNM-relatie dus meer seksuele partners hadden, lijkt het een verkeerde aanname dat de incidentie van soa’s groter is. DOI: 10.1111/jsm.12987

## SEKS ALS SINGLE

Om aan hun seksuele noden te voldoen kunnen ook singles bepaalde keuzes maken. Niet alle singles gaan seksloos door het leven. Sommige leiden een actief seksleven ondanks hun singlestatus. Deze zijn bekende begrippen als het gaat om seksueel actieve singles:

### ONENIGHTSTAND

Is vaak een onbekende partner, blijft meestal bij 1 keer.

### SEKSBUDDY OF FUCK BUDDY

Iemand waarmee je uitsluitend een seksrelatie hebt.

### FRIEND WITH BENEFITS

Iemand waarmee je een seksrelatie hebt maar waarmee je tegelijk ook een vriendschapsband onderhoudt.

### SINGLE IN ANTWERPEN

Naast partner relaties, kan men ook cijfers terugvinden over ‘huishoudtypes’. Men ziet bij oudere populaties, niet geheel onverwacht, een grote groep gehuwde paren zonder inwonende kinderen alsook een grote groep eenpersoonshuishoudens. Daarnaast beginnen eenpersoonshuishoudens ook gewoon de grootste groep te vormen binnen de ‘private huishoudens’. Deze verschuiving is zelfs nog

SHIFT “Embrace Difference”

duidelijker in een grootstedelijke context (vb. Antwerpen). Vergelijking samenstelling Antwerpse huishoudens tussen Antwerpen 2020 en Groot-Antwerpen (met alle districten).

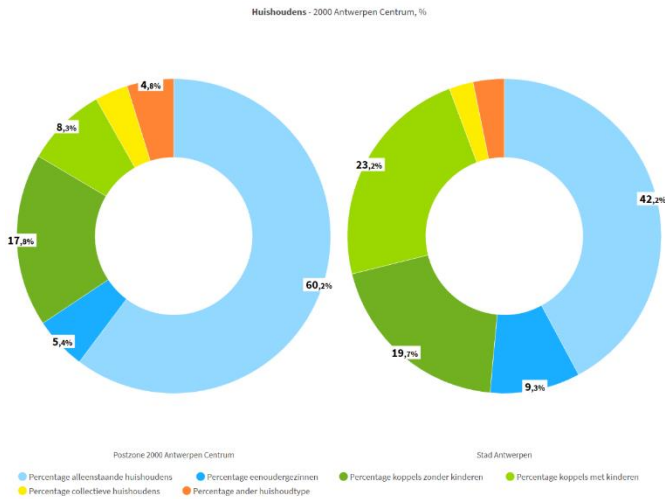
Huishoudtypes per leeftijd van referentiepersoon van het huishouden  
 Vlaams Gewest, 2021, in %

	Referentiepersoon jonger dan 60 jaar	Referentiepersoon 60 jaar en ouder
Gehuwd paar zonder kinderen	9	42
Gehuwd paar met kind(eren)	30	7
Ongehuwd paar zonder kinderen	9	4
Ongehuwd paar met kind(eren)	12	1
Eenpersoonshuishouden	27	41
Eenoudergezin	11	5
Overig huishoudtype	2	1

Noot: kind(eren) betreffen inwonend(e) kind(eren).

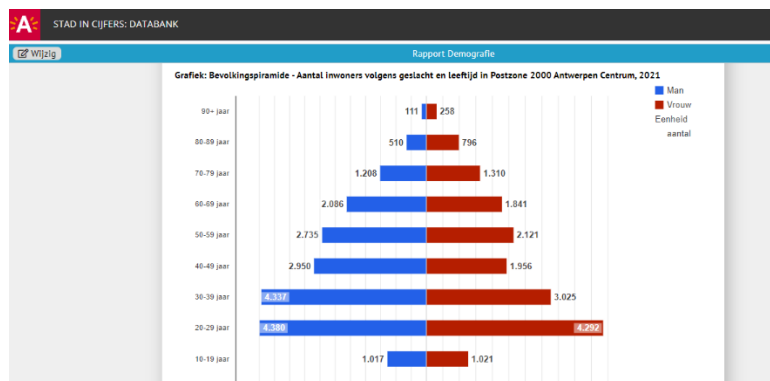
Bron: Statbel, bewerking Statistiek Vlaanderen

**Figuur 3 Huishoudtypes < 60 jaar oud vs > 60 jaar oud, Statbel**



**Figuur 4: huishoudtypes centrum stad vs. Antwerpen en zijn districten**

Nota: Uiteraard zijn hier ook singles bij die jonger zijn dan de doelpopulatie 45+



**Figuur 5: Bevolkingspiramide van het centrum van de stad.**

In de groep volwassenen in de grootstad is er een oververtegenwoordiging van mannen in de leeftijdsgroepen 30-70j (in absolute cijfers!). Dit valt samen met de huishoudens. Mogelijke impact op de seksuele gezondheid van deze groep volwassenen. Het zou immers fout zijn te denken dat



mensen die “alleen wonen” of “eenoudergezinnen vormen” ook per definitie geen seks zouden hebben. Toch is deze aanname gemakkelijk gemaakt.

#### ALLEEN = EENZAAM?

Een belangrijk gevolg van deze relationele shift zou kunnen zijn dat de eenzaamheid in Vlaanderen in alle leeftijdsgroepen beduidend toeneemt. De corona-crisis heeft hier dan nog eens een extra schepje bovenop gedaan. In 2018 werd er – onder leiding van Prof. Lieven Annemans – grootschalig gepeild naar het [‘geluksgevoel’ van de Belg.](#)



Een goede relatie met onze partner zorgt ervoor dat we tot vijf keer meer kans hebben om gelukkig te zijn.

Naast onze relatie spelen ook onze gezondheid en ons inkomen een rol. Een slechte fysieke gezondheid kan ervoor zorgen dat we in een isolement belanden en ons bijgevolg eenzaam voelen. En vanaf een gezinsinkomen minder dan €2.500 per maand is er al een merkbare verminderde kans op een goede relatie.

#### Wat maakt ons het meeste eenzaam?

-  Lage kwaliteit vaste relatie  
x 3,7 kans op eenzaamheid
-  Niet in een relatie  
x 3,6 kans op eenzaamheid
-  Slechte fysieke gezondheid  
x 2 kans op eenzaamheid

In 2020 werd het onderzoek verdergezet maar werd de maatschappij getroffen door de corona-crisis. Deze had niet enkel impact op de relaties (minder huwelijken, minder echtscheidingen, toename intra familiaal geweld) maar had een dubbele impact op het geluksgevoel van de Belgen. Enerzijds meer eenzaamheid door gebrek aan **sociale relaties**, anderzijds toename van geluksgevoel door solidariteitsinitiatieven



Denk ook terug aan de casus van ‘Heleen’ en intersectioneel denken. Zij heeft geen relatie en is in slechte fysieke gezondheid. Ze ervaart mogelijks eenzaamheid (verhoogde kans).

## Relationele diversiteit in de praktijk?

Als zorgprofessional:

- Durven vragen naar duidelijkheid!
- Vraag actief naar de invulling van seksuele relaties (een open relatie, naar aantal partners, naar het al dan niet hebben van seksuele relaties buiten het huwelijk of de persoon met wie men samenleeft)
- Vraag naar verschil in seksuele contacten eventueel: in bescherming, in frequentie, in aard van seksuele activiteiten.
- Doorvragen: omdat iemand aangeeft single, weduwe te zijn, geen partner heeft betekent dit nog niet dat die persoon geen seksuele contacten onderhoudt.
- Elke gesprek aangaan vanuit een open visie zonder vooroordelen. Indien onwetendheid overheerst, dit ook aangeven. Mensen doorverwijzen naar specifieke hulp om de juiste informatie te krijgen.

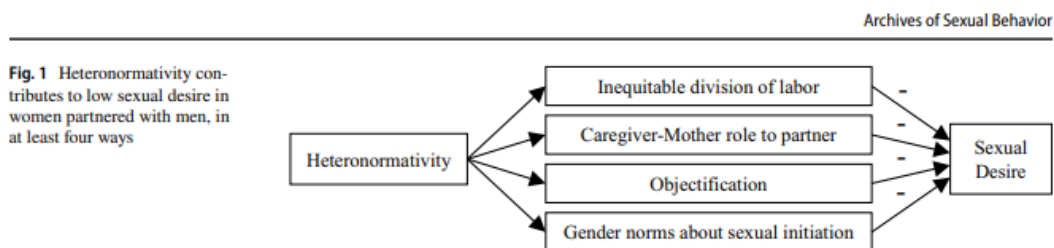
## Een heteronormatieve samenleving

### HETERONORMATIVITEIT HOUDT GENDERROLLEN IN STAND

Heteronormativiteit is overheersend in onze maatschappij. Het verwijst in deze dan ook naar het concept en de overtuigingen rond gender, seks en seksualiteit. Hierbij wordt heteroseksualiteit aanzien als de norm, als het normale, gezonde, universele en na te streven goed. Dit houdt meteen in dat homoseksualiteit en andere mengvormen als minderheid aanzien en behandeld worden. Tegelijkertijd leidt dit tot de typische binaire scheiding waarbij man en vrouw als natuurlijk verschillend, complementair maar ook als tegenpolen worden aanzien. Ze zijn niet gelijk, wel complementair en zijn van elkaar afhankelijk voor de voortplanting.

Volgens recentere literatuur kent deze heteronormativiteit nog belangrijke gevolgen:

- Heteronormativiteit van de samenleving leidt tot **verminderde inclusie en verhoogde bias**, ook binnen de gezondheidszorg.
- Heteronormativiteit ligt dus ook mee aan de basis van **de slechtere gezondheidsuitkomsten** van leden uit de LGBTQI+ community
- Heteronormativiteit kan de focus ook snel brengen naar het **problematiseren** van bepaalde onderdelen van seksualiteit vb. Een verminderd libido bij vrouwen. Zie onderstaande figuur die als construct dient om heteronormativiteit te zien als reden voor daling vrouwelijk libido.



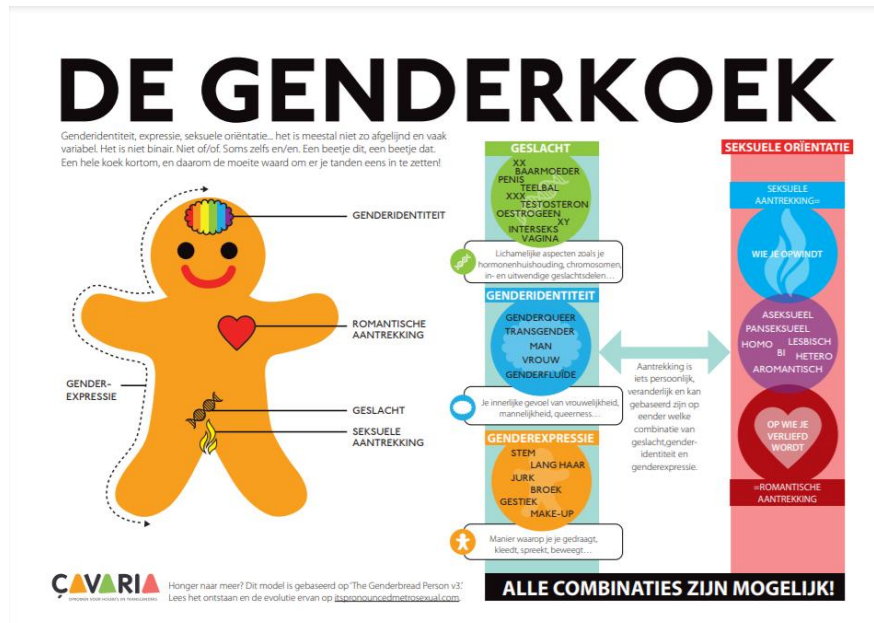
- Heteronormativiteit heeft de neiging om **genderrollen en de binaire opdeling** van mannelijke en vrouwelijke eigenschappen te bestendigen en zelfs te versterken. (van Anders et al., 2021)

Daarbij heeft deze heteronormativiteit een invloed op onze gezondheidszorg. Non-hetero's ervaren moeilijkheden met hun toegang tot algemene gezondheidszorg omwille van hun geaardheid (Alencar Albuquerque et al., 2016).

### What ELSE? LGBTQ+ onder de loep

**WAT:** Begeleider vraagt de deelnemers na te denken wat zij associëren met 'mannelijk' en 'vrouwelijk'.

**DOEL:** De deelnemers verwerven inzicht in het 'binair denken' (mannelijk vs. vrouwelijk – heteronormativiteit) en het begrippenkader van de genderkoek wordt uit de doeken gedaan.



**GESLACHT:** Is biologisch bepaald, op basis van onze DNA. Er bestaat een spectrum tussen man en vrouw. Alles wat zich tussen dat spectrum bevindt noemt men 'interseks' (ambigue uitwendige geslachtsdelen, chromosomale verschillen, hormonale verschillen, verschillen ter hoogte van de gonaden). – Aangegeven op identiteitskaart als M/V.

**GENDER(IDENTITEIT):** Hoe je je voelt. Uiterst mannelijk of vrouwelijk, ligt ook op een spectrum. Op dit spectrum horen een heleboel termen om te beschrijven hoe iemand zich voelt. Is geen exacte wetenschap en het individu beslist zelf welke term het beste bij zich past.

→ Terminologie:

Geslacht en gevoel (genderidentiteit) gelijk → **Cisgender**

Geslacht en gevoel (genderidentiteit) verschillen → **Transgender** (let op niet elke transgender wil een operatie ondergaan!)

**GENDEREXPRESSIE:** Hoe men zich uit naar de buitenwereld. Kan ook weer mannelijk of vrouwelijk zijn of op het spectrum daartussen in. Meest voor de hand liggend is de kledij, maar ook kapsel, hobbies, interesses, filmgenres, drankjes, ... veel aspecten hebben een soort van mannelijke of vrouwelijke identiteit. Echter is de maatschappelijke visie op zulke soort zaken vaak plaats en tijdgebonden.

Travestie is wanneer iemand de tegenovergestelde expressie kiest dan maatschappelijke 'normen' voor een bepaald geslacht (wat binnen een bepaalde cultuur en tijdsgeest als normaal wordt aanzien voor een bepaald geslacht). Androgynie is wanneer iemand zich niet echt categoriseert als man of vrouw in zijn genderexpressie (vb David Bowie)

**SEKSUELE ORIËNTATIE:** Tot wie voel je je seksueel en/of romantisch aangetrokken. Menselijke seksualiteit is fluïde, wederom is dit een spectrum, gaan van heteroseksualiteit, homoseksualiteit en biseksualiteit. Panseksueel ligt dan weer buiten dat spectrum en gaat eerder over personen die zich aangetrokken voelen tot iemand los van geslacht, gender en genderexpressie. Aseksualiteit ligt ook buiten het spectrum en voelen geen seksuele aantrekkingskracht tot iemand anders, zij hebben wel behoefte aan intimiteit en relaties (gewoon geen seks).

## BEKIJK OOK DIT ‘SCALA AAN ORIËNTATIE’

Pansexueel/ Omnisexueel/ Genderblind/ Polysexueel/ Ambisexueel	<i>“Ik ben seksueel, romantisch of emotioneel aangetrokken tot alle geslachten en genderidentiteiten. Daarbij maak ik geen onderscheid meer tussen man en vrouw.”</i>
Bisexueel	<i>“Man of vrouw, ik voel mij seksueel en romantisch aangetrokken tot beiden.”</i>
Lesbisch	<i>“Als vrouw voel ik mij aangetrokken tot vrouwen.”</i>
Homosexueel	<i>“Ik ben een man en ik voel mij romantisch en seksueel aangetrokken tot mannen.”</i>
Heterosexueel	<i>“Zelf identificeer ik me als vrouw en ik ben aangetrokken tot individuen die zich als man identificeren.” OF “Zelf identificeer ik me als man en ik ben aangetrokken tot individuen die zich als vrouw identificeren.”</i>
Asexueel	<i>“Op het gebied van seksualiteit ervaar ik geen lustgevoelens. Seks interesseert mij niet zoveel, maar ik kan wel liefde ervaren voor iemand anders.”</i>
Autosexueel/egosexueel	<i>“Mijn seksuele voorkeur gaat uit naar mijn eigen lichaam.”</i>
Saposexueel	<i>“Het uiterlijk betekent voor mij niet veel. In het begin ben ik aangetrokken tot de intelligentie van een individu.”</i>
Demisexueel/ Grijs-asexueel	<i>“Het innerlijke is het belangrijkste. Alleen wanneer er een sterke connectie is met een persoon, kan ik er seksuele gevoelens voor krijgen.”</i>
Queer	<i>“Ik ben tegen elke vorm van hokjesdenken en vind termen als homo, lesbisch of biseksueel echt beperkend.” (Deze term is ook een paraplueterm voor niet-normatieve seksuele identiteiten en genderidentiteiten en politiek)</i>

## (Gender, z.d.)

## ‘Minority stress’ of minderheidsstress

Bij “minderheidsstress” refereert men naar stressoren (factoren) die mensen uit minderheidsgroepen ervaren, zoals discriminatie, uitsluiting, stigmatisering, ... die een negatief effect hebben op het algemeen welzijn. Dit leidt tot slechtere mentale en fysieke gezondheid. Dit kan op vlak zijn van cultuur, socio-economische staat, seksuele voorkeur, ...



Slides 18-18

## WAT BETEKENT DIT VOOR LGBTQ+ POPULATIE?

Als het gaat over ‘sexual minorities’, gaat het over de stressfactoren die LGBTQ+ populatie ervaart door discriminatie, stigmatisering, ... en dit heeft impact op hun gezondheid. Welke daarnaast ook nog verhoogde kans geven op risicovol gedrag inzake van gezondheid (druggebruik, risicovol seksueel gedrag, ...) (Chaudoir et al., 2017). Kortom ervaren mensen uit deze groep van seksuele minderheden zowel een lagere fysieke als mentale gezondheid (Fredriksen-Goldsen et al., 2014).

Er is een verhoogde psychische kwetsbaarheid bij mensen uit de LGBTQ+ gemeenschap. Men ziet een hogere incidentie van depressie, angststoornissen, suicide, verslaving... Specifiek transgender populatie vertoont algemeen meer psychologische stress, waaronder ook meer depressie en angsten (Fredriksen-Goldsen et al., 2014).

Daarnaast merkt men bij deze populatie relatief hogere incidentie van fysieke beperkingen en slechtere algemene gezondheid. Bij homoseksuele, biseksuele mannen en transgender vrouwen ligt de prevalentie van HIV hoger dan bij de heteropopulatie. Bij lesbische en biseksuele vrouwen ziet men meer overgewicht en obesitas, bij homoseksuele mannen net het omgekeerde (zij hebben minder vaak overgewicht dan heteromannen). En zo zijn er ook nog andere studies die lijken aan te geven dat de LGBTQ+ populatie meer kans heeft op cardio-vasculaire aandoeningen, sommige kankers, asthma, ... (Fredriksen-Goldsen et al., 2014)

## LGBTQIA+ EN OUDER WORDEN

In tegenstelling tot jongere groepen (18 -40 jaar oud) uit seksuele minderheden, heeft de ‘middel aged’ groep



Slides 19-19

(40+) **meer nood aan sociale contacten en support** in kader van mentaal welzijn. In deze groep ervaren mensen met andere etniciteit of ras minder sociale ondersteuning. 40+ers die alleen zijn/wonen zijn **vaker eenzaam en zullen minder vaak gedrag vertonen dat indicatief is voor een bepaalde seksuele oriëntatie** (Vale & Bisconti, 2021). Voor zorgverleners van belang om met singles die mogelijke eenzaamheid te bespreken en ook bewust te zijn dat bij hen ‘De genderexpressie’ niet altijd indicatief is voor hun seksuele voorkeur of geaardheid.

Internationale studies (UK, US...) duiden ook in de richting van een verhoogde **eenzaamheidsbeleving** bij volwassenen behorende tot de LGBTQI+ gemeenschap. Verschillende factoren zouden bij deze gemeenschap gevoelens van eenzaamheid kunnen versterken:

- Oudere LGBTQI-ers wonen meer alleen en zijn meer single
  - Vb: 41% LGB tov 28% hetero’s wonen alleen in een ‘oudere’ populatie.
  - Vb: 40% homoseksuele en biseksuele mannen zijn single vs. 15% van heteroseksuele mannen in een ‘oudere’ populatie.
- Oudere LGBTQI-ers hebben minder kinderen dan hun hetero-leeftijdsgenoten
- Oudere LGBTQI-ers zien hun familie minder dan hun hetero-leeftijdsgenoten
- Oudere LGBTQI-ers in de residentiële zorg kruipen soms terug in de kast omdat ze angstig zijn niet op dezelfde manier verzorgd te worden

(Fokkema & Kuyper, 2009; Hsieh & Liu, 2021). Verder toch gebrek aan literatuur hierrond.

## Hoe beantwoorden aan (seksuele) gezondheid verbeteren in de praktijk?



Slides 20-20

Het “**Health Equity Promotion Model**” leert ons om bewust om te gaan met de impact van het ‘LGBTQ+’ zijn en hun impact op de gezondheid, zowel fysiek als mentaal. Volgende aspecten maken deel uit van de levensloop en bepalen mee hoe sterk deze impact is:

- 1) **Sociale positie** in de maatschappij: Denk aan socio-economische status, leeftijd, ras, etniciteit, religie, immigratiestatus, ...
  - ➔ *Deze kunnen zowel in positieve of negatieve zin bijdragen aan de gezondheid (zorgt voor marginalisering vs. Sterktes/opportuniteiten/veerkracht)*
  - ➔ *Vb: transgenders meer vaker lagere SES, maar vaker een sterker sociaal netwerk dan LGB.*
- 2) **De context:** Dit op zowel individueel als structureel niveau: denk aan sociale exclusie, discriminatie, slachtoffer zijn van, ...
  - ➔ Wat zijn de sociale normen? Hoe was het tijdens hun jeugd? Hoe werden ze aanvaard?
  - ➔ Vb: geconfronteerd met scheldwoorden, het mijden van het individu, ‘verbannen’, discriminatie, geweld,...
  - ➔ Ook juridische en gezondheid organisatorische context zijn van belang: wordt een individu op 1 van deze vlakken gediscrimineerd?
- 3) **Gezondheids promotie** of net gezondheidsvermindering door gedrag, sociale/psychologische/biologische processen: zoals seksueel gedrag, roken, lichaamsbeweging, dieet, preventieve zorg, ..)
  - ➔ Vb: LGBTQ volwassenen vaker roken, overmatig drinken, druggebruik

- ➔ Vb: uitstel van preventieve zorg zoals uitstrijkje door lesbische vrouwen omwille van gevoel van discriminatie door zorgverleners
- ➔ Vb: transgenders die algemeen medische zorg uitstellen omwille van angst voor vooroordelen of discriminatie.

Wederom kan men spreken van intersectionaliteit doorheen de levensloop van een individu, welke de gezondheidsuitkomsten beïnvloed. Toch is het belangrijk om te vatten dat deze aspecten zowel een positieve als een negatieve invloed kunnen uitoefenen op de gezondheid. Het blijft in vele aspecten ook een erg moeilijk topic om te onderzoeken (Fredriksen-Goldsen et al., 2014).

#### INCLUSIVITEIT IN DE PRAKTIJK – TIPS

Toevoeging: Factsheet [voor volwassenen met transgenderzorg](#)

1. Algemeen ga er niet meteen van uit dat iemand hetero is.
2. Probeer **inclusief en neutraal taalgebruik** te hanteren:
  - Spreek cliënten consequent aan met hun roepnaam, in plaats van automatisch meneer/mevrouw.
  - Vraag allereerst bijvoorbeeld: “Bent u seksueel actief?” Zo ja, “met wie?”.
  - Luister actief naar de bewoordingen die de persoon gebruikt en spiegel.
  - Durf te vragen:
    - Bevraag bijvoorbeeld “Is er een belangrijk persoon in uw leven (geweest)?”
    - Of “Hoe wordt u het liefst aangesproken?”
    - Of “Wie beschouwt u als familie?”
  - In kader van transseksualiteit: Opletten met geboortenaam! Vb. Sam Bettens
  - Schenk aandacht voor het feit dat senioren/ouderen vaak de woorden ‘homoseksueel’ of ‘lesbisch’ niet gebruiken. Informeer bij hen welke term zij bij voorkeur gebruiken.
3. Als zorgverlener de geaardheid, genderidentiteit, ... niet ongewild delen. Vb. vertellen aan familie, opnemen in het dossier, vertellen aan andere bewoners van een residentiële instelling, ...
4. Bedenk ook eens: is de documentatie van uw instelling of organisatie inclusief?
  - Hoe worden persoonsgegevens bevraagd?
  - Hoe worden briefsjablonen opgemaakt?
  - Welke taal wordt er gebruikt in brochures?
5. Oogt de context inclusief? (kamer, consultatieruimte, wachtruimte, ...)
  - Het eenvoudig aanbrengen van een regenboogsticker kan al het verschil maken
  - Hang een LGBTQ poster op in de wachtruimte
  - Maak de toiletten inclusief
6. Moest je de terminologie die een cliënt/patiënt gebruikt niet begrijpen, kan je dit gerust bevragen. Indien je zelf wil zoeken hier is een [interessante verklarende woordenlijst](#) van Cavaria vzw.
7. Durf aan te geven dat je op bepaalde vlak niet over de juiste kennis zou beschikken (vb. Transgenderzorg) en ga samen met de cliënt op zoek naar gepaste doorverwijzing.
8. Beter geen informatie en correct doorverwijzen, dan uit schuldgevoel foute informatie doorgeven.
9. Normaliseer. Blijf rustig. Erken en luister.

### SPECIFIEK VOOR OUDEREN IN RESIDENTIËLE ZORGSETTING

#### De regenboogambassadeurs (<https://rainbow-ambassadors.be/nl/>)

Een vrijwilligersorganisatie die zich inzet om in de setting van senioren (dienstencentra, dagcentra, woonzorgcentra, assistentiewoningen) LGBTQI+ in het daglicht te stellen en bespreekbaar te maken. Er wordt opgemerkt dat bij onze senioren en voornamelijk hun zorgverleners veel taboe bestaat rond seksualiteit en intimiteit. Zeker na verhuis naar WZC of dergelijke hebben ze niet altijd de moed om opnieuw ‘uit de kast te komen’ en kruipen er vervolgens opnieuw in. Men merkt ook dat zorgverleners in de ouderensector nog steeds volgens hetero normatieve standaarden denken.

## Cultuur en seksualiteit



Slides 21-23

**WAT:** Oefening waarbij de deelnemers gaan naar <https://www.hofstede-insights.com/product/compare-countries/> en typen daar eigen land en vergelijken met land(en) naar keuze. Deelnemers bespreken in een groepsgebesprek welke culturen/landen ze hebben vergeleken en in welke mate dit in lijn is met hun verwachtingen. (vb: hoe ervaar je zelf de cultuur voor België/Nederland/UK? Komt deze overeen met wat je hier terugvindt?)

**MATERIAAL:** Elke deelnemer heeft een eigen laptop/tablet/pc nodig met internetverbinding.

**DOEL:** Inzicht in eigen referentiekader als het gaat om cultuur en culturele verschillen.

**Aan de hand van onderstaande figuur legt de begeleider eerst de 6 cultuurdimensies uit.**



**Figuur 6 De Cultuurdimensies volgens Hofstede**

Dit model werd ontwikkeld om de dieperliggende drijfveren van een cultuur te vergelijken met andere culturen in de wereld. Deze dimensies vertegenwoordigen culturen van landen, niet van individuen. Dit om een beter beeld te krijgen van eigen cultuur op landniveau en de culturele samenleving die daarbij hoort. (Gedragvandeconsument.nl, 2021)

#### MACHTSAFSTAND – ‘POWER DISTANCE’

Heeft betrekking op de mate waarin minder machtige leden in een land verwachten en accepteren dat de macht ongelijk is. Machtsafstand verwijst naar gelijkwaardigheid tussen individuen, grote machtsafstanden zijn kenmerkend voor eerder aanvaarden van hiërarchie, kleinere machtsafstanden streven naar gelijkheid in macht en eisen rechtvaardiging voor eventuele machtsongelijkheden. (Gedragvandeconsument.nl, 2021)

#### INDIVIDUALISME – ‘INDIVIDUALISM’

Betreft de mate van onderlinge afhankelijkheid binnen een maatschappij. Landen met een individualistische samenleving gaan uit van zorg voor zichzelf en hun naasten ten opzichte van collectivistische samenlevingen waar men behoort tot groepen die zorgen voor elkaar in ruil voor loyaliteit. (Gedragvandeconsument.nl, 2021)

#### MASCULINITEIT – ‘MASCULINITY’

Wat motiveert mensen?

Masculiniteit refereert naar ‘de beste willen zijn’, prestatiegericht, heldhaftigheid, assertiviteit en materieel succes.

Terwijl femininiteit eerder impliceert dat je houdt van wat je doet, een voorkeur voor relaties, bescheidenheid, zorg voor de zwakkeren, en de kwaliteit van leven.

(Gedragvandeconsument.nl, 2021)

#### ONZEKERHEIDSVERMIDING – ‘UNCERTAINTY AVOIDANCE’

De manier waarop een gemeenschap omgaat met de onzekerheid van de toekomst. Deze onzekerheid brengt angst met zich mee, in welke mate voelt een cultuur zich bedreigd door onvoorspelbaarheid of onbekende situaties. (Gedragvandeconsument.nl, 2021)

#### TERMIJN DENKEN – ‘LONG TERM ORIENTATION’

Hoe legt een gemeenschap verbanden met het verleden met vooruitzicht op de toekomst? Het betreft tradities, normen en waarden van samenleving.

Culturen die hier hoog op scoren focussen eerder op lange termijn. De familie vormt hierbij de basis van de samenleving en moedigt men de toekomstige generaties aan om zich voor te bereiden op de toekomst. Men heeft een hoge waardering voor mannen, ouderen en hoogopgeleiden.

Dit in tegenstelling tot culturen die laag scoren waar men eerder op korte termijn gericht is. Er is aandacht voor creativiteit, innovatie, individualisme en gelijkwaardige behandeling van ieder. Tradities worden in deze culturen moeilijker behouden. (Gedragvandeconsument.nl, 2021)

#### TERUGHOUDENDHEID – ‘INDULGENCE’

Deze refereert naar de mate waarin mensen hun verlangens en impulsen beheersen en gaat gepaard met de mate waarop er sociale controle is binnen een samenleving. Het behouden van ‘controle’ wordt sterk gestuurd vanuit de opvoeding. Culturen met sterke controle (scoren laag op ‘indulgence’) zijn gekenmerkt door terughoudendheid, onderdrukken van bevrediging van eigen behoeften en voldoen aan strikte sociale normen.

Daarentegen zijn er samenlevingen met veel nadruk op genieten van het leven, het realiseren van impulsen en verlangens, positieve ingesteldheid en optimisme (scoren hoog op ‘indulgence’). (Gedragvandeconsument.nl, 2021)



De aangehaalde culturele kenmerken mogen niet gebruikt worden om te stereotyperen! Hou steeds een open geest. Niet elk individu die zichzelf voelt toebehoren bij een bepaalde cultuur hanteert steeds dezelfde waarden/normen/gedragsregels. De 6 dimensies geven louter een inzicht hoe een maatschappij als een collectief zich gedraagt.

Hoe er vanuit verschillende landen en/of culturen wordt gekeken is zeer onderhevig aan de tijdsgeest (veranderende percepties) en ook politiek (vb: legalisatie van same seks marriage in sommige landen wel/niet) . (Heinemann et al., 2016)



## Religie en seksualiteit

Vele **religies** kennen verschillende **tradities** in kader van de betekenis van seksualiteit alsook rituelen en seksueel contact. Deze traditionele waarden kunnen zich bijvoorbeeld uiten in de beperking van toegang tot kennis (rond seksualiteit), het limiteren van seksuele gedragingen/gedachten (vb. masturbatie, wordt soms zelfs aanschouwd als pathologisch). Deze kunnen negatieve gevoelens zoals schaamte, schuldgevoelens, angst, .. tot gevolg hebben.



Slides 25-25

### WEES BEWUST VAN GENDERROLLEN

Genderrollen binnen een bepaalde cultuur kunnen ook een impact betekenen op seksualiteit. Voorbeelden van enkele vooroordelen kunnen zijn:

- Vb Aziatische vrouwen ‘mogen geen seksuele verlangens hebben’ –
- Vb Iraneese vrouwen moeten de eer van de familie vertegenwoordigen
- Vb Hispanic Amerikaans , waarbij man de “macho’s” zijn, zij moeten ‘presteren’ wat betekent dat zij hun vrouw zwanger moeten maken. De vrouw daartegenover is passief, de zorgdrager en zorgt voor moraliteit.
- Vb Als binnen een bepaalde cultuur niet wordt voldaan aan de stereotype gender rollen, worden zij uitgesloten (transgenders, homoseksualiteit, vrouwen die niet menstrueren/zwanger geraken, ..)

Daarnaast kan het aantal partners in een huwelijk zeer variabel zijn afhankelijk van de cultuur (monogamie vs polygamie). In geval van polygamie zouden zorgverleners zich bewust moeten zijn van de invloed die de verschillende partijen hebben op de seksualiteit van hun cliënt. Het bevragen van de culturele overtuigingen inzake ‘wat is normale’ seksualiteit is dan ook erg van belang. Men moet bewust omgaan met het feit dat ‘normaal seksueel functioneren’ kan verschillen van de doorsnee Westerse definitie.

Dit leidt ons meteen ook naar verschillende definiëringen die kunnen worden gegeven aan ‘liefde’ of ‘seksualiteit’. Culturen waarin seksualiteit wordt gezien als een uitdrukking van liefde, intimiteit en toewijding worden seksuele dysfuncties ervaren als ‘bedreigend’ voor de relatie. Wanneer seks wordt gezien als een ‘bron van plezier’ kan seksuele dysfunctie zorgen voor een lagere kwaliteit van leven alsook tevredenheid. Andere culturen waarin seksualiteit eerder het doel heeft om voort te planten, waarbij het een huwelijksplicht is heeft men een heel andere beleving van moeilijkheden in kader van seksualiteit. (Heinemann et al., 2016).

## Casussen

Met deze dimensies en kennis in het achterhoofd bekijken we enkele casussen van naderbij.



Slides 26-33

**WAT:** Aan de hand van casussen beantwoorden deelnemers vragen.

**DOEL:** De deelnemers verdiepen zich in enkele culturen om meer inzicht te verwerven in de impact van culturele verschillen op seksualiteit.

### CASUS 1: ORTHODOXE JOODSE GEMEENSCHAP

Meneer Levkovich (59 jaar) en zijn vrouw (57 jaar) hebben samen 3 kinderen. Hij omschrijft zijn relatie met zijn vrouw als een vertrouwensrelatie, iemand waar hij op kan rekenen en een goede moeder voor zijn kinderen. Echter kampt hij met moeilijkheden op lichamelijk vlak. Hij kampt reeds 10 jaar met diabetes en is insuline afhankelijk. Gezien zijn erectiestoornissen gebruikt hij al enige tijd

Viagra<sup>®</sup>. De laatste 9 maanden ervaarde hij geen goede werking van deze erectie-stimulerende middelen, zelfs wanneer hij zijn dosis verhoogde. Zijn vrouw is bereid om hem te helpen door de penis manueel te stimuleren waardoor hij een partiële erectie en een orgasme kan verkrijgen. Penetratie is echter onmogelijk. Zowel hij als zijn vrouw hebben het gevoel dat ze niet volledig voldoen aan de normen of gedragsregels die hun geloof hun voorschrijft. Gezien mannelijke masturbatie binnen het geloof niet wordt toegestaan is mevrouw bezorgd dat deze ‘oplossing’ niet overeenstemt met hun religieuze overtuiging. Anderzijds voelt mr. Levkovich het aan alsof hij niet kan voldoen aan zijn huwelijkse verplichtingen.

(David & Weitzman, 2015)

#### De begeleider be vraagt de deelnemers:

- Welke kennis hebben jullie rond de orthodoxe joodse gemeenschap en seksualiteit?
- Hoe sta je tegenover deze casus?
- Hoe zou je het koppel benaderen?
- Wat zijn je ‘verwachtingen’?

Opdracht:

- Beschrijf hoe je een gesprek met deze mensen zou aanpakken op basis van het onder 4 ogen model
  - o Begeleider laat onder 4 ogen model nog eens zien
  - o Bespreken

#### Informatie betreffende de joodse (orthodoxe) gemeenschap

- Binnen het huwelijk (uitsluitend tussen man en vrouw) stimuleert men seksueel contact zowel tijdens de reproductieve periode als daarna. Het huwelijk is daarnaast ook ‘de ideale’ plaats voor seksuele activiteit en ook enkel in deze context toegelaten. Zij geloven dat de seksuele betrekkingen tussen man en vrouw zowel de mannelijke als vrouwelijke goddelijke krachten samenbrengt.
- In kader van seksualiteit binnen het huwelijk zijn er 2 verplichtingen:
  1. De verplichting om voor te planten – ‘wees vruchtbaar en vermenigvuldig’
  2. De verplichting van een fysieke en emotionele connectie te vormen tussen man en vrouw, uitgedrukt door seksuele betrekkingen. Seksuele betrekkingen wordt gezien als een middel om liefde en intimiteit in het koppel te vergroten.  
(seksuele handelingen die geen plezier geven aan 1 van de partners zijn ook niet verplicht)
- Een man heeft de verplichting om zijn vrouw op seksueel vlak plezier te verschaffen. Mannen zijn verplicht om op regelmatige basis seksuele betrekkingen te initiëren met hun vrouw. Ook vrouwen worden aangemoedigd om hun man plezier te bezorgen.
- Seksueel genot mag ook bekomen worden door anale en orale seks, alsook mogen er verschillende posities worden aangenomen, zolang het maar in het kader is van hun ‘huwelijkse verplichtingen’ (zie hiervoor).
- Wanneer beide partijen overeen komen om geen seksuele betrekkingen te hebben is dat toegelaten, in elk ander geval zijn beide partners verplicht om elkaars seksuele noden te vervullen.
- ‘Zaad verspillen’ is verboden. Voornamelijk mannelijke masturbatie is ten strengste verboden, maar ook ‘niet vaginale seks’ die eindigt in een zaadlozing. Het wordt beschouwd

als overspel en is in tegenstrijd met het verenigen van de mannelijke en vrouwelijke goddelijke krachten. Voor vrouwen wordt masturbatie minder expliciet verboden. Er wordt geloofd dat vrouwen, in tegenstelling tot mannen, hun seksuele verlangens niet kunnen controleren. Daarom moeten ze zich bescheiden kleden, mogen ze niet bidden in dezelfde ruimte als mannen en mogen zij mannen niet aanraken tenzij ze familiale banden hebben. Deze gedragsregels zorgen er daarnaast ook voor dat mannen niet worden verleid door het steeds aanwezige ‘seksuele aura’ van vrouwen.

- Vrouwen mogen geen seksuele betrekkingen hebben tijdens de menstruatie, alsook de 7 dagen daaropvolgend. Daarna neemt zij een ritueel reinigend bad en wordt verwacht nadien seksuele betrekkingen te hervatten met haar man. Vrouwen in de menopausale fase, kunnen soms vaginale droogte ervaren en bijgevolg post-coïtaal bloedverlies hebben. Er heerst dan vaak twijfel over de ‘toelating’ om dan seksuele betrekkingen te hebben.
- De rabbijn speelt een centrale rol in de praktische toepassing van de gedragsregels binnen het orthodoxe geloof. Vaak wordt deze ook geconsulteerd bij seksuele problematiek tussen het koppel. Wanneer een rabbijn hun specifieke situatie en de klassieke en moderne joodse literatuur heeft geanalyseerd en beredeneerd, geeft hij advies over wat ‘mag’. Dit kan uiteraard verschillen van rabbijn tot rabbijn. Zorgverleners worden aangeraden om samenwerking te voorzien met de rabbijn zodat het koppel een ‘goedgekeurd’ voorstel krijgt ter oplossing van hun probleem.
- Vrouwen die seks hebben met vrouwen wordt eerder gezien als ‘een kleine overtreding’, welke moet worden in het oog gehouden en bestraft door vaders en echtgenoten. De denkwijze is hier dat aangezien er geen penetratie is met de penis, een vrouw haar maagdelijkheid niet wordt aangetast en dat overspel niet echt van toepassing is. In de orthodoxe gemeenschap is seksuele activiteit tussen mannen dan wel echt verboden.
- Let op! In de niet-orthodoxe joodse gemeenschap zijn al lang minder van deze restricties (masturberen, seks voor het huwelijk, seks tijdens de menses). Er zijn in Amerika zelf progressieve gemeenschappen waarbij de rabbijn openlijk homoseksueel is.

#### Opvolging van de casus

Dit koppel werd begeleid in Jeruzalem door een professionele relatietherapeut die werd opgeleid tot ‘religieus therapeut’, waarbij samenwerking met de Rabbijn wordt bewerkstelligd. Deze therapeut heeft het koppel geïnstrueerd dat manuele stimulatie van de penis zeker toegestaan is met enige voorwaarde dat ejaculatie gebeurd nabij de opening van de vagina. Deze informatie was essentieel voor het koppel, gezien zij werden ontdaan van hun schuldgevoelens. Het koppel was verheugd dat ze toch seks konden hebben binnen de richtlijnen die de Joodse wet voorschrijft. Vervolgens waren ze vaker seksueel actief zonder schuldgevoelens.

(David & Weitzman, 2015; Krutzsch, 2014)

**Bespreken op het einde va de casus:** “wat zou jij als zorgverlener met deze casus kunnen doen?”

→ inspelen op wat de groep zegt en eventuele doorverwijzing bespreken.

#### CASUS 2: VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING

Meneer Vermeulen is een 60-jarige man van Belgische afkomst en werkzaam als elektricien. Van 1993 tot 2018 is meneer getrouwd geweest en ook heeft hij twee zonen. Toen het huwelijk van meneer Vermeulen in 2018 strandde, besloot hij een paar maanden naar Gambia te gaan. Via een vriend kon hij meewerken aan een vrijwilligersproject dat scholen bouwt in de omgeving van Banjulding. Niet lang na aankomst ontmoet hij Fatumata Saneh, een 45-jarige leerkracht. Mevrouw Saneh was getrouwd, maar wegens het uitblijven van een zwangerschap verliet haar man haar voor een andere vrouw. Mevrouw Saneh is als driejarige besneden, waarbij zowel haar clitoris als binnenste

schaamlippen zijn weggesneden, alsook partieel zijn dichtgemaakt. Zij kan zich deze gebeurtenis niet herinneren, maar heeft nadien vele infecties en pijn doorgemaakt. Mevrouw Saneh komt uit een Islamitische familie die gelooft dat de Islam meisjes verplicht tot vrouwelijke genitale verminking omdat deze anders onrein zijn. Mevrouw Saneh heeft hier zelf geen uitgesproken mening over. Na een latrelatie van een jaar besluiten meneer Vermeulen en mevrouw Saneh zich te settelen in België. Mevrouw Saneh bevredigd meneer Vermeulen oraal en met de hand, maar er is nog geen sprake geweest van geslachtsgemeenschap. Meneer Vermeulen is op de hoogte van de besnijdenis en respecteert haar wens tot het vermijden van geslachtsgemeenschap. Toch wil hij graag weten of er iets gedaan kan worden aan haar ongemak en vraagt hij zich af wat de mogelijkheden zijn. Ook mevrouw Saneh zou graag geslachtsgemeenschap willen hebben, maar geeft aan dat het op dit moment te pijnlijk is.

#### De begeleider bevaart de deelnemers:

- Welke kennis hebben jullie rond vrouwelijke genitale verminking?
- Hoe sta je tegenover deze casus?
- Hoe zou je het koppel benaderen?

#### Informatie betreffende vrouwelijke genitale verminking

- Volgens de World Health Organisation (WHO) omvat vrouwelijke genitale verminking een gedeeltelijke of volledige verwijdering, of elke andere beschadiging van de vrouwelijke genitaliën, zonder medische noodzaak. Meestal wordt VGV gedaan bij meisjes en jonge vrouwen onder de leeftijd van achttien jaar. VGV wordt door geen enkele godsdienst voorgeschreven en heeft geen gezondheidsvoordelen, zoals dat bij jongetjes of mannen soms wel het geval is. In de praktijk kan VGV zelfs voor levenslange fysieke en psychologische schade zorgen.
- VGV kent drie soorten, variërend van het weghalen van de clitoris, tot aan het compleet verwijderen van alle externe genitaliën en het vernauwen of sluiten van de vaginale opening. Het nauwer maken of sluiten van de vaginale opening wordt infibulatie genoemd. Bij de meest extreme vorm van VGV wordt er alleen een kleine opening voor menstruatiebloed en urine voorzien.
- De leeftijd waarop VGV wordt uitgevoerd en het type verminking is afhankelijk van verschillende factoren, waaronder:
  - De etniciteit van de vrouw;
  - Van welk land afkomstig (landelijk of stedelijk gebied);
  - Sociaaleconomische achtergrond.
- VGV wordt meestal uitgevoerd door traditionele geneesvrouwen met behulp van een scherp voorwerp zoals een mes, scheermes of gebroken glas. De WHO heeft de medicalisering van VGV verboden, maar in sommige landen kan het nog steeds in ziekenhuizen of klinieken worden gedaan door medisch personeel. Zelfs wanneer mensen uit deze landen emigreren naar het westen, lopen meisjes het risico om besneden te worden. Dit kan gebeuren tijdens bijvoorbeeld een vakantie naar het land van herkomst, of de familie doet een beroep op besnijders die ook geëmigreerd zijn en de praktijken voortzetten.
- De korte termijnrisico's van VGV zijn:
  - (Hevige) pijn;
  - Bloedingen, soms met anemie tot gevolg;
  - Shock;
  - Moeite met urineren, urineretentie;
  - Infecties aan interne en/of externe geslachtsorganen;

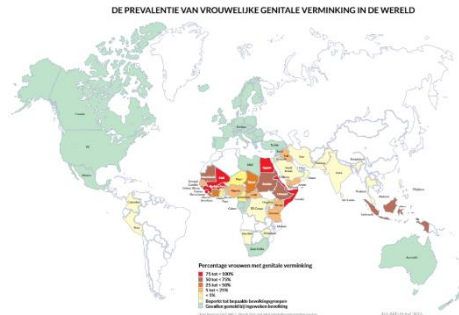
- Letsel aan nabijgelegen genitale weefsels;
- Soms zelfs de dood, door:
  - Ernstige bloedingen die leiden tot hemorragische shock;
  - Neurogene shock door pijn en trauma;
  - Infectie met soms zelfs een septische shock als gevolg.
- Bijna alle vrouwen die zijn besneden, ervaren pijn en bloedingen. Het is een traumatische gebeurtenis, waarbij meisjes tijdens de procedure worden vastgehouden. Het risico op complicaties neemt toe met de mate van gradatie van VGV.
- Naast de korte termijnrisico's zijn er ook verschillende fysieke, seksuele en psychologische lange termijnrisico's die kunnen optreden. Enkele voorbeelden zijn:
  - Chronische pijn;
  - Chronische (kleine)bekkeninfecties;
  - Ontwikkeling van cysten;
  - Abscessen en fistels;
  - Genitale zweren;
  - Overmatige littekenvorming;
  - Infecties van het voortplantingssysteem;
  - Verminderd seksueel genot, voor beide partijen;
  - Pijnlijke geslachtsgemeenschap;
  - Onvruchtbaarheid door ontstekingen van de interne geslachtsorganen;
  - Urine- en/of menstruatieproblemen, incontinentie, nierstenen;
  - Posttraumatische stress stoornis (PTSS)
- Geslachtsgemeenschap bij de meest extreme vorm van VGV kan alleen plaatsvinden na het openen van de infibulatie, wat desinfibulatie genoemd wordt. Dit kan door middel van een operatie, of door penetrerende geslachtsgemeenschap. Het hebben van geslachtsgemeenschap na VGV is vaak pijnlijk, vooral in de eerste weken na penetratie. Ook de man kan hierbij pijn en complicaties ervaren.
- De gevolgen van genitale verminking blijven vaak levenslang aanwezig, zowel op fysiek als psychisch vlak. Soms wordt deze ervaring door het kind verdrongen, maar duikt de herinnering later in het leven op, bijvoorbeeld tijdens de ontmaagding. Dit kan zich op verschillende manieren uiten zoals:
  - Door ouderlijk verraad kan er een verlies van vertrouwen ontstaan, vooral tegenover de geliefden;
  - Gedragsstoornissen;
  - Flash-backs, angst, nachtmerries en ongerustheid;
  - Posttraumatische stresstoornis (PTSS)

## MANNEN EN VGV

GAMS België is momenteel bezig met het project 'men speak out'. Het doel van dit project is om ook mannen te betrekken in de strijd tegen VGV. Er rust een taboe op VGV dat een verklaring kan zijn voor het gebrek aan kennis en over de gevolgen van VGV. Mannen en vrouwen praten hierdoor onderling zelden over het onderwerp en weten niet wat de ander ervan vindt. Vaak wordt VGV gedaan omdat men denkt dat de ander dit wenst, terwijl dit helemaal niet het geval hoeft te zijn. Uit een onderzoek van Unicef(2013) blijkt dat vrouwen uit verschillende landen onderschatten hoeveel mannen er aan VGV een einde willen maken. In Guinee, Sierra Leone en Tsjad zijn er zelfs meer mannen dan vrouwen die zich tegen dit gebruik verzetten

-  
-

- VGV wordt uitgevoerd in minstens 30 Afrikaanse landen, het Midden-Oosten en in sommige Aziatische en Latijns-Amerikaanse landen. Maar ook in België en andere Europese landen lopen meisjes het risico besneden te worden. Door de migratiecrisis die België de afgelopen twee jaar heeft doorgemaakt, is er een grote instroom geweest van Syrische, Iraakse en Oost-Afrikaanse landen zoals Somalië en Eritrea. Dit zijn landen met een hoge prevalentie.



### [Wat is vrouwelijke genitale verminking? - GAMS België](#)

#### Lijst van landen waarbij VGV regelmatig voorkomt.

Benin	Indonesië	Oeganda
Burkina Faso	Irak	Senegal
Centraal- Afrikaanse-republiek	Ivoorkust	Siërra Leone
Djibouti	Jemen	Somalië
Egypte	Kameroen	Soedan
Eritrea	Kenia	Tanzania
Ethiopië	Liberia	Togo
Gambia	Mali	Tsjaad
Ghana	Mauritanië	Nigeria
Guinee	Niger	Guinee-Bissau

#### OPVOLGING VAN DE CASUS

Via [Psychosociale begeleiding - GAMS](#) heeft mevrouw Saneh een afspraak kunnen maken met de sociale dienst en nadien ook met een psycholoog. Na een aantal gesprekken is zij tot de conclusie gekomen dat een desinfibulatie uitkomst kan bieden voor het ongemak tijdens de geslachtsgemeenschap. De psycholoog heeft haar uitgebreid uitleg gegeven over het feit dat VGV niet wordt gepromoot vanuit de Islam en niet is opgenomen in de Koran. Na wat twijfel is zij uiteindelijk doorverwezen naar een Gynaecoloog die een desinfibulatie heeft uitgevoerd. Mevrouw Saneh mocht diezelfde avond naar huis en heeft geen complicaties ervaren. Doordat bij mevrouw de clitoris was weggenomen is een clitoraal orgasme niet meer mogelijk, maar zij is tevreden met het feit dat zij geslachtsgemeenschap kan hebben zonder dat zij hier pijn bij ervaart. Ook heeft zij nu minder last van vaginale infecties. Meneer Vermeulen is vooral blij dat mevrouw Saneh geen pijn meer heeft en dat zij nu ook geslachtsgemeenschap kunnen hebben.

Video over desinfibulatie (Gams.be): <https://youtu.be/kukfjtlvSPE>



VGV werd al toegepast voor de komst van godsdiensten. Het wordt niet beschreven in de Koran of andere religieuze geschriften, maar toch voeren bepaalde gemeenschappen VGV uit in de overtuiging dat de godsdienst dit oplegt. De standpunten van religieuze leiders verschillen: sommige moedigen gebruik aan, anderen zien VGV los van de godsdienst en er zijn ook leiders die VGV proberen uit te bannen. Op een internationale conferentie aan de universiteit van Al-Azhar in Cairo in 2006 hebben soennitische leiders zich uitgesproken tegen VGV (Andro & Lesclingand 2007).

## De vergeten groep



Slides 34-34

### De begeleider bevraagt de deelnemers:

Voordat we verder gaan met de vergeten groep, vraag stellen wat de deelnemers vinden van sekswerkers in het algemeen? Is dit een noodzakelijk beroep?

### Mensen met een beperking

Mensen met een beperking worden vaker wel dan niet ‘opzij’ gezet of genegeerd in hun seksuele behoeften. Zowel in de literatuur als in ons onderzoek komt er in interactie met deze groep een sterke ‘handelingsverlegendheid’ en gebrek aan kennis, tools, ... naar voor. In de focusgroepen was er welgeteld één deelnemer die heel specifiek op deze vaker vergeten groep inging. De deelnemer haalde zelf een voorbeeld aan van hoe er kon omgegaan worden met bepaalde vragen rond de seksualiteit van mensen met een beperking in de ruimste zin van het woord: hetzij fysiek, verstandelijk, auditief, visueel of andere.

We overlopen deze groep kort met jullie, wetende dat dit verre van de volledige informatie is. Aangehaalde organisaties kunnen nog wel bijkomende en verdiepende informatiesessies op maat voorzien. Voorlopig gaat het over het bewustzijn aanwakkeren naar de menselijke behoefte van seks en intimiteit bij alle volwassenen, ook zij met een beperking.

#### VRIJHEID, PRIVACY EN RECHT OP INFORMATIE

Ook mensen met een beperking hebben seksuele rechten net zoals iedereen: vrijheid om (seksuele) relaties aan te gaan en seksualiteit te ontdekken, voldoende privacy hiervoor te krijgen, met de juiste anticonceptie en een goede bescherming tegen SOA's.

- Echter, heel vaak worden hun seksuele behoeften gewoon genegeerd: onbesproken of zelfs niet in overweging genomen. Hierbij komt dan nog dat hun toegang tot het aangaan van relaties vaak letterlijk ‘beperkter’ is én dat ze vaak verstoken blijven van correcte informatie op maat.

#### LICHAMELIJKE BEPERKING

Mensen met een lichamelijke beperking zijn vaak gehinderd in het ontdekken van hun seksualiteit, in het vinden van een sekspartner en in het fysiek engageren in seksuele activiteiten.

#### VERSTANDELIJKE BEPERKING

Mensen met een verstandelijke beperking kennen als groep nog een aantal extra uitdagingen. Hierbij moet zeker rekening gehouden worden met volgende aandachtspunten:

- De seksuele ontwikkeling verloopt volgens een ander ritme

- Door een verminderde toegang tot informatie, door de beperking zelf of door het hen onthouden van cruciale basisinformatie beschikken ze niet over de nodige handvatten om gezonde seksuele relaties aan te gaan of moeten hierbij geholpen worden door anderen.
- Ze lopen een groter risico om met seksueel misbruik in aanraking te komen en dit zowel als slachtoffer dan als dader. Het aangeven en accepteren van grenzen is dan ook cruciaal. Hiervoor hebben ze wel kennis nodig.
- Vaak wordt seksualiteit pas besproken indien zich enig vorm van misbruik en/of grensoverschrijdend gedrag heeft voorgedaan.
- Van privacy is er in een residentiële setting weinig tot geen sprake.

#### INFORMATIE VOOR MENSEN MET EEN BEPERKING

Mensen met een beperking kunnen via Sensoa aan de belangrijkste informatie komen voor zichzelf. Zo worden er tips en platformen gecommuniceerd om ‘makkelijker’ een (seks)partner te vinden en worden er seksspeeltjes voorgesteld die het seksleven van mensen met een fysieke beperking zouden kunnen ondersteunen.

<https://www.allesoverseks.be/handicap-seksuele-rechten-hulp-en-diensten>

#### INFORMATIE VOOR ZORGVERLENERS

Specifiek voor zorgverleners wordt er graag verwezen naar de vzw. Aditi. Een organisatie die mee instaat voor het ontwikkelen van een beleid met aandacht voor seksualiteit voor mensen met een beperking, adviezen verstrekken en tevens meer diepgaande scholing en onderbouwing te voorzien voor geïnteresseerden.

<https://aditivzw.be/nl/>

#### AANBIEDEN VAN SEKSUELE DIENSTEN

Via Aditi kunnen zorgvragers ook rechtstreeks in contact gebracht worden met mensen die seksuele diensten aanbieden aan mensen met een beperking.

<https://aditivzw.be/nl/aanbod-en-prijzen/seksuele-dienstverlening>

#### *European platform for sexual assistance*

Aditi is daarnaast ook lid van het European platform for Sexual Assistance (APSEAS). Dit is een platform van non-profit organisaties die werkzaam zijn rond het thema seksuele assistentie voor mensen met een beperking. Het is de bedoeling dat zij meer bewustwording creëren dat mensen met een beperking eveneens individuen zijn met seksuele gevoelens, verlangens en noden. Ook wil APSEAS dat mensen zich beseffen dat ook op vlak van seksualiteit aangepaste zorg mogelijk zal zijn en dat mensen met een beperking recht hebben op deze zorg en ondersteuning. APSEAS heeft als doel: ‘De algemene gezondheid en het psychisch welbevinden van personen met een beperking te vergroten’. Door het bespreekbaar maken van seksualiteit en het geven van een positieve seksualiteitsbeleving voelen mensen zich over het algemeen beter, wordt het zelfbeeld versterkt, wordt de persoon minder kwetsbaar voor grensoverschrijdend gedrag, vermindert het medicatiegebruik, wordt het revalidatieproces bevorderd., etc.

<https://www.epseas.eu/nl/>

#### **De begeleider bevraagt de deelnemers:**

- Hoe denken jullie nu over sekswerkers?
- Hoe denken jullie over sekswerkers die seksuele diensten verlenen aan mensen met een beperking?
- Wat maakt het verschil? Waarom is er een verschil?



VRT: Sekswerkers, Gilles De Coster, aflevering 3 (24/1/2022) sociaal statuut en stigma van sekswerkers. “Als we seksuele diensten verlenen aan mensen met een beperking wordt het plots een nobel beroep”. [Sekswerkers -Aflevering 3 \(Seizoen 1\) | VRT NU](#) (afhankelijk van beschikbaarheid video, link delen met deelnemers voor extra inzicht/informatie.

## Tips om mee te nemen

---

Niet focussen op seks als gevaar, als bron van ongeplande zwangerschappen, soa's, hiv.

- Wél seks en intimiteit als normaal onderdeel van het leven, als bron van plezier, met wederzijdse toestemming en respect. Oók bij de 45-plusser.
- Ga er niet meteen van uit dat iemand hetero is, durf het te bevragen.
- Probeer **inclusief en neutraal taalgebruik** te hanteren:
  - Mensen aanspreken met hun roepnaam, in plaats van automatisch meneer/mevrouw.
  - Vraag eerst bijvoorbeeld: “Bent u seksueel actief?” Zo ja, “met wie?”, voordat u over eventuele partner(s) begint.
- Durf aan te geven dat je op bepaalde vlak niet over de juiste kennis zou beschikken (vb. Transgenderzorg, bepaalde culturen) en ga samen met de cliënt op zoek naar gepaste doorverwijzing.
- Minderheidsstress komt **onder alle groepen** in meer of mindere mate voor. Dit kan op vlak zijn van cultuur, socio-economische status, seksuele voorkeur, ...
  - Denk hier dus niet enkel aan bij de LGBTI gemeenschap!
- Ga bewust om met het feit dat ‘normaal seksueel functioneren’ niet alleen kan verschillen bij verschillende culturen, maar ook binnen een ‘doorsnee’ Westerse definitie.
- Hanteer bij diversiteit verder nog steeds dezelfde basisprincipes als reeds meegegeven volgens het 040 model



## Bibliografie

- Alencar Albuquerque, G., de Lima Garcia, C., da Silva Quirino, G., Juscinaide Henrique Alves, M.,  
Moreira Belém, J., Winter dos Santos Figueired, F., da Silva Paiva, L., Barbosa do Nascimento,  
V., da Silva Maciel, É., Engrácia Valenti, V., Carlos de Abreu, L., & Adami, F. (2016). *Access to  
health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: Systematic literature  
review | BMC International Health and Human Rights | Full Text*. 16(2). [https://doi.org/DOI  
10.1186/s12914-015-0072-9](https://doi.org/DOI<br/>10.1186/s12914-015-0072-9)
- David, B. E., & Weitzman, G. A. (2015). Sexuality in Advanced Age in Jewish Thought and Law. *Journal  
of Sex & Marital Therapy*, 41(1), 39–48. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.811451>
- Fokkema, T., & Kuyper, L. (2009). The Relation Between Social Embeddedness and Loneliness among  
Older Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*,  
38(2), 264–275. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9252-6>
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Simoni, J. M., Kim, H.-J., Lehavot, K., Walters, K. L., Yang, J., Hoy-Ellis, C. P.,  
& Muraco, A. (2014). The health equity promotion model: Reconceptualization of lesbian,  
gay, bisexual, and transgender (LGBT) health disparities. *The American Journal of  
Orthopsychiatry*, 84(6), 653–663. <https://doi.org/10.1037/ort0000030>
- Gedragvandeconsument.nl. (2021). *De 6 Cultuurdimensies van Hofstede*. Gedragvandeconsument.nl.  
<https://gedragvandeconsument.nl/hofstede-dimensies/>
- Heinemann, J., Atallah, S., & Rosenbaum, T. (2016). The Impact of Culture and Ethnicity on Sexuality  
and Sexual Function. *Current Sexual Health Reports*, 8(3), 144–150.  
<https://doi.org/10.1007/s11930-016-0088-8>
- Hsieh, N., & Liu, H. (2021). Social Relationships and Loneliness in Late Adulthood: Disparities by  
Sexual Orientation. *Journal of Marriage and Family*, 83(1), 57–74.  
<https://doi.org/10.1111/jomf.12681>

- Krutzsch, B. (2014). Sexuality and Judaism. In D. A. Leeming (Red.), *Encyclopedia of Psychology and Religion* (pp. 1630–1633). Springer US. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6086-2\\_9041](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6086-2_9041)
- Vale, M. T., & Bisconti, Toni. L. (2021). Age Differences in Sexual Minority Stress and the Importance of Friendship in Later Life. *Clinical Gerontologist*, *44*(3), 235–248.  
<https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1836107>
- van Anders, S. M., Herbenick, D., Brotto, L. A., Harris, E. A., & Chadwick, S. B. (2021). The Heteronormativity Theory of Low Sexual Desire in Women Partnered with Men. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02100-x>
- World Health Organization. (2021). *Sexual and reproductive health*. Definition.  
<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>