

Beschouwing

De Rozet versus het Spinnenweb

Egbert Kruijver

Sophia Revalidatie Den Haag

Samenvatting

In dit artikel worden de meest recente publicatie van de WHO over seksuele gezondheid en de inzet van Positieve Gezondheid in Nederland geanalyseerd. Een eerder in het Tijdschrift voor Seksuologie gepubliceerd pleidooi om Huber's benadering integraal over te zetten naar een nieuwe definitie van seksuele gezondheid (Leusink, 2017) wordt bekritiseerd. De auteur beschouwt de visies van de WHO en Huber vanuit revalidatie-seksuologisch perspectief. Daarin staat de positie van mensen met beperkingen centraal, benadrukt door het recent door Nederland geratificeerde VN-Verdrag Gelijke Rechten voor Mensen met Beperkingen en de daarop van toepassing zijnde motie Bergkamp, die de regering oproept het taboe op seksualiteit van mensen met beperkingen te doorbreken (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2016). Hij stelt dat juist voor hen een gelaagde visie op seksuele gezondheid, die zowel het individuele- als het maatschappelijke aspect omvat, onontbeerlijk is. In zijn visie is de samenleving onderdeel van kwaliteit van leven. Dit aspect wordt in de benadering van de WHO onderstreept en in de positieve gezondheid van Huber genegeerd. Nu de door de overheid gepromote Positieve Gezondheidspolitiek in Nederland dominant is, roept de auteur op tot een dialoog om te komen tot integratie van het thema seksualiteit in het concept van Huber.

Twee recente publicaties vormen de aanleiding voor mijn beschouwing op seksuele gezondheid en de wijze waarop zij worden aangewend. In de nazomer van 2017 publiceerde de World Health Organization (WHO) "Sexual Health and its linkages to reproductive health: an operational approach" (WHO, 2017). De WHO is tot de conclusie gekomen dat het werken aan seksuele en reproductieve gezondheid het beste integraal (gesymboliseerd door de rozet) benaderd kan worden en wil een kader voor op te zetten interventies bieden aan beleidsmakers en programmeerders. Bekende kritiek op de WHO is dat zij een te statische en te idealistische visie op gezondheid zou hanteren (Huber et al., 2011; Leusink & Ramakers, 2014; Huber et al., 2016; ZonMW, 2017), kritiek die ook door de Nederlandse overheid wordt uitgedragen (Loketgezondleven, 2017). Een mooie aanleiding dus om te bezien of deze kritiek terecht is en of de WHO iets met de kritiek heeft gedaan.

Sinds 2011 timmeren Machteld Huber en haar Institute for Positive Health aan de weg met een nieuwe benadering van gezondheid, als reactie op de verregaan-

de medicalisering die het idealisme van de WHO zou hebben veroorzaakt (Huber et al., 2011). Haar visie, dat gezondheid gezien moet worden als een manier om een betekenisvol leven te leiden en geen doel op zich moet zijn, gevat in het 'vermogen zich aan te passen en zichzelf te managen in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen' (Huber et al., 2011), vindt in Nederland inmiddels breed ingang bij de landelijke, provinciale en plaatselijke overheden, faciliterende organisaties als ZonMW en Vilans (Transformatieprogramma positieve gezondheid, 2017), bij medisch specialisten (Federatie Medisch Specialisten, 2017) en zorgverzekeraars (Institute for Positive Health, 2017). Haar spinnenwebmodel, als gesprekshulp om gezondheid op individueel niveau te waarderen, is vrij toegankelijk gemaakt.

Leusink heeft in november 2017, tijdens zijn opening van de NVVS Wetenschapsdag "It Takes Three To Tango" wederom een pleidooi gehouden om Huber's definitie integraal over te zetten op seksuele gezondheid. Dit idee (Leusink & Ramaker, 2014; Leusink, 2017) roept op tot een kritische beschouwing van de impact van zijn stelling en hetgeen Huber en Leusink voorstaan.

Als revalidatieseksuoloog werk ik voor mensen wiens leven door ziekte of beperking danig wordt beïnvloed. Hun ervaringen bepalen de bril waardoor ik kijk naar de definitie van seksuele gezondheid. Met name mensen die vanaf hun geboorte leven met beperkin-

gen (of beter: met ondersteuningsbehoeften) als gevolg van chronische ziekte, lichamelijke of verstandelijke beperking, komen in het dagelijks leven obstakels tegen die hun ontwikkeling als seksueel wezen belemmeren. Deze obstakels komen zij niet alleen tegen op individueel niveau (wat moet ik overwinnen om een (seks)partner te vinden en hoe kan ik mij seksueel uiten met mijn beperkingen?), maar ook op maatschappelijk niveau (stigmatisering). Anders gezegd: de belemmeringen openbaren zich in termen van de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) op het niveau van lichaamsfunctie, activiteit en in participatie (ICF, 2002). Het behoeft geen betoog dat met name mensen met beperkingen (of beter: mensen met ondersteuningsbehoeften) in een maatschappelijk kwetsbare positie kunnen geraken, waarbij de participatie van met name mensen met een ernstige lichamelijke beperking en mensen met een verstandelijke beperking op veel gebieden (ver) achterblijft in vergelijking met de totale bevolking (NIVEL, 2015). Het is ook een praktijkgegeven dat de seksualiteit van mensen met beperkingen structureel veronachtzaamd wordt, of alleen aandacht krijgt bij vormen van grensoverschrijding. Zo is het tekenend (en schrijnend) dat in de vijfde herziene versie van het Handboek kinderrevalidatie (Hadders-Algra et al, 2015) het thema seksualiteit dan wel het zich ontwikkelen als seksueel wezen niet in de inhoudsopgave terug te vinden is, wat het aloude stigma van aseksualiteit benadrukt.

Seksuele gezondheid is politiek

Wereldwijd bevinden mensen met beperkingen zich maatschappelijk gezien in een achterstandspositie. 'Disability' gaat in oorsprong terug naar een fenomeen dat ontstaat wanneer iemand met een beperking/stoornis/label op een negatieve manier geconfronteerd wordt met fysieke, sociale, georganiseerde, gebouwde en culturele omgevingen. Dergelijke op zijn minst onaangename confrontaties ontstaan omdat een groot deel van de huidige samenleving gespiegeld wordt aan wat een 'normaal' persoon wordt genoemd (Disability Studies in Nederland, 2017).

Niet voor niets hebben de Verenigde Naties (VN) een verdrag tot bevordering van gelijke rechten voor mensen met beperkingen opgesteld: *the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Het verdrag werd direct bij de geboorte in 2007 door Nederland ondertekend, maar pas in 2016 geratificeerd en dan nog alleen voor het Europese gedeelte (United Nations Treaty Collection, 2017), nadat eerst in 2013 de economische consequenties ervan waren doorgerekend (SEOR, 2013). Dit betekent dat Nederland zich pas onlangs bereid heeft verklaard het verdrag daadwerkelijk invulling te gaan geven en zich daarop te laten controleren door de VN. De Tweede Kamer heeft begin 2016 een motie van kamerlid Bergkamp aangenomen waarin de regering wordt aangespoord om, in het licht van dit VN-verdrag, het taboe op seksualiteit van mensen met beperkingen

te doorbreken (Tweede Kamer, 2016).

Los van deze motie biedt het VN-verdrag voldoende aanknopingspunten om seksualiteit de aandacht te geven waar het recht op heeft. Zo stelt artikel 25 dat de staten die partij zijn "erkennen dat personen met een handicap zonder discriminatie op grond van hun handicap recht hebben op het genot van het hoogst haalbare niveau van gezondheid. Zij nemen alle passende maatregelen om personen met een handicap de toegang te waarborgen tot diensten op het gebied van seksespecifieke gezondheidszorg, met inbegrip van revalidatie. In het bijzonder zullen zij personen met een handicap voorzien van hetzelfde aanbod met dezelfde kwaliteit en volgens dezelfde normen voor gratis of betaalbare gezondheidszorg en programma's die aan anderen worden verstrekt, waaronder op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid, en op de populatie toegesneden programma's op het gebied van volksgezondheid." (Schuurman, 2015).

In mijn visie is een definitie van gezondheid, dus ook die van seksuele gezondheid, geen belangeloos taalkundig resultaat van een poging een verschijnsel te omschrijven. Mocht er al een dergelijk neutrale omschrijving mogelijk zijn, dan zal er altijd een waarde aan worden toegekend die politiek wordt aangewend. Dit is vermoedelijk ook de reden waarom men überhaupt de moeite neemt om een definitie van gezondheid te formuleren. Ik definieer politiek met de simpele kernvragen: wie krijgt wat, en wie bepaalt dat? (Lasswell, 1936).

Bij de WHO vinden we die politieke inzet terug in de nadrukkelijke link naar mensenrechten (wordt de minimaal menselijke standaard aan ieder toebedeeld?) (WHO, 2015; WHO, 2017). Bij Huber vinden we de politiek terug in het feit dat haar visie al snel door de overheid werd omarmd, in een tijd waarin eigen regie en eigen verantwoordelijkheid leidraad voor de herziening van de gezondheidszorg vormen. Aldus vindt haar concept breed ingang bij zorgverleners en overheden. Wie tegenwerpt dat dit niet aan Huber zelf hoeft te liggen, moet ik teleurstellen: haar Institute for Positive Health wordt in hoofdzaak gefinancierd door opdrachtgevers (dit zijn hoofdzakelijk overheden en zorgverzekeraars), en heeft samenwerkingsconvenanten met grote zorgverzekeraars (Institute for Positive Health, 2017). Daarmee kan zij niet langer een overstijgende positie innemen maar valt ze samen met een groot deel van haar zelfbenoemde stakeholders. Conclusie: ook Hubers positieve gezondheidsconcept is politiek.

Dat die stakeholders een eigen politiek voeren aan de hand van haar gezondheidsconcept blijkt bijvoorbeeld uit de website van zorgverzekeraar CZ waarop het volgende te lezen valt: "VGZ, Menzis, CZ en Zilveren Kruis zijn van mening dat door implementatie van het door Machteld Huber ontwikkelde concept Positieve Gezondheid, verzekerden beter in staat zijn hun focus te richten op gezondheid (het voorkomen van ziekte) in plaats van ziekte." Ergo: gezond is al niet meer

iemand die zich kan aanpassen, zoals Huber beweert, maar iemand die ziekte voorkomt (CZ, 2017). Verantwoordelijk zijn voor je eigen gezondheid wordt dan verantwoordelijk zijn voor het voorkomen van ziekte. Een veelzeggende, even verruimende als verontrustende gedachte, zeker als politieke partijen, overheid en zorgverzekeraars op basis hiervan gaan bepalen wat de burger in de (nabije) toekomst wel en niet ontvangt als verzekerde zorg.

Gezondheid wordt een keuze, is geen lot. Waar blijft in dit verhaal de mens met beperkingen, met ondersteuningsbehoeften? Ik citeer Kool: "Vrijwel niemand zal het verzinnen zijn of haar levensverhaal een krachtige plotwending te geven door er een chronische ziekte in te schrijven. Zoiets komt doorgaans ongevraagd en onverdiend in je levensverhaal terecht." (Kool, 2017).

Seksuele gezondheid in Nederland

Om te kunnen beoordelen welk gezondheidsconcept het beste uitpakt voor mensen met beperkingen, moeten we eerst vaststellen dat er in Nederland überhaupt geen waarborg voor gelijke toegang tot adequate seksuele gezondheidszorg bestaat, ook niet voor mensen zonder beperkingen. Hiermee bevindt Nederland zich in termen van mensenrechten op een bedenkelijk niveau. De stand van zaken in onze seksuele gezondheidszorg is het resultaat van een zich immer terugtrekkende overheid die seksualiteit puur als een privéaangelegenheid lijkt te beschouwen (AparticipatieTV, 2017), zoals ze dat eerder ook met huiselijk geweld deed, en een nauwelijks te beteugelen maar tegelijkertijd vastlopende zorgbranche die in het 'vermarkten' van seksuele gezondheid weinig brood ziet. Als dat wel zo was zou seksuologische hulpverlening immers stevig in het basispakket zitten. Overigens spelen zorgverzekeraars hierin maar een beperkte rol; het is de overheid die hierin de boventoon voert. De overheid stelt het basispakket vast en bepaalt daarmee wat verzekeraars moeten inkopen. Voor veel verstrekkingen hebben verzekeraars vrijwel geen mogelijkheid tot selectieve inkoop (Gupta Strategists, 2017). De wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), die bij uitstek de zorg- en ondersteuningsbehoeften van mensen met beperkingen zou moeten faciliteren, heeft op gemeentelijk niveau op maat gemaakte rechtsongelijkheid tot gevolg. De Wmo moet de uitdijende verzorgingsstaat afremmen (Zuithof, 2015).

De blik van Nederland, als het gaat om seksuele gezondheid, is vooral naar buiten en niet naar binnen gericht. Onze knowhow is een in omvang klein, maar in beeldvorming groot exportartikel. De Nederlandse inzet op seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRGR) in het buitenland is aanzienlijk (Rijks-overheid, 2017). Nederland is momenteel lid van de uitvoerende Raad van de WHO (2016-2019). Op sommige specifieke gezondheidsthema's speelt Nederland een belangrijke rol, waarbij vrouwen en gezondheid, en SRGR als eerste worden genoemd (Ministerie van Bui-

tenlandse Zaken, 2017). Andersom is Nederland, als rijk westers land, voor de WHO niet snel in beeld als doelgebied. Dit verklaart mogelijk waarom de doelstelling van de WHO als het gaat om seksuele en reproductieve rechten relatief weinig indruk maakt in Nederland.

Seksuele rechten in relatie tot seksuele gezondheid

De VN hebben in 2015 zeventien duurzame ontwikkelingsdoelen vastgesteld (United Nations, 2015). De derde doelstelling behelst goede gezondheid en welzijn (*good health and well-being*), gevat in het utopische streven om voor alle mensen een gezond leven en welzijn te verzekeren in 2030. De vijfde doelstelling richt zich op gendergelijkheid en de empowerment van vrouwen en meisjes. Beide doelstellingen omvatten aan seksuele en reproductieve gezondheid gerelateerde subdoelen. Zo richt doel 3.7. zich op universele toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidszorg en doel 5.6. verbindt dit streven aan actieprogramma's op het gebied van de beheersing van de wereldbevolking. Daaraan toegevoegd worden alle landen aangespoord actie te ondernemen om discriminatie van en geweld tegen vrouwen en meisjes tegen te gaan, evenals schadelijke praktijken als kinder-, vroeg- en gedwongen huwelijken en vrouwenbesnijdenis (SDG-Nederland, 2017).

Om deze ontwikkeling in perspectief te zetten, citeer ik Ohlrichs: "Internationale organisaties als WHO en de International Planned Parenthood Federation (IPPF) hebben de thema's die vallen onder seksuele gezondheid aanzienlijk verbreed, seksuele vorming zelfs in mensenrechtenperspectief geplaatst, en hebben los van elkaar *standards* of *guidelines* rond seksuele vorming geformuleerd. Ze gaan hierbij uit van een *comprehensive* of *holistic* benadering, waarmee ze zich distantieëren van de *abstinence-only* programma's." (Ohlrichs & Frans, 2016).

In de meest recente publicatie van de WHO over dit onderwerp (WHO, 2017) handhaaft de WHO haar werkdefinitie uit 2002: "*Sexual health 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. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled.*"

Wanneer men sec kijkt naar de feitelijke tekst, dan lijkt de kritiek van Huber en Leusink (gericht op afwezigheid van ziekte: te statisch, te idealistisch) gerechtvaardigd. Maar wanneer men die nooit te bereiken staat van walhalla laat voor wat het is en zich laat leiden door de geest van de tekst, waarin de nadruk ligt op een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit, dan is ze dat allerminst! En komen juist de belangen van mensen met beperkingen tot hun recht.

De Rozet van de WHO

De WHO zegt haar werk op het gebied van seksuele gezondheid in de laatste 40 jaar te hebben geëvalueerd en, onderscheidenlijk maar onlosmakelijk met het thema reproductieve gezondheid, in een nieuw kader te plaatsen: te symboliseren door de rozet (WHO, 2017) (Zie Figuur 1).

De rozet bestaat uit drie niveaus: het fundament, de rozet zelf en het omgevingsklimaat. Het fundament wordt gevormd door zes gelijkwaardige principes, die in elk ontwerp van een interventie behoren door te klinken:

1. Een holistische benadering die niet alleen de afwezigheid van ziekte moet benadrukken, maar evenzeer het verkrijgen van een staat van seksueel welzijn. De interventies moeten niet alleen gericht zijn op disfuncties en het voorkomen daarvan maar dienen ook positieve seksuele gezondheid en algemeen welzijn te promoten.

Het nastreven van die 'staat van welzijn' wordt door critici gezien als een absolute, onveranderlijke staat van welzijn, en daarmee een utopie. Ik val daar niet over, het is voor mij een gegeven dat die staat nooit statisch kan zijn en altijd een momentopname vormt. Meer puzzel ik over de opmerking over positieve seksuele gezondheid, die ik in de begeleidende tekst tegenkwam. De

term wordt niet toegelicht. Verwijst men hier naar het positieve gezondheidsconcept van Huber? Zo ja, waarom wordt zij niet aangehaald in de literatuurlijst? Een lijst die nogal hermetisch aandoet en een hoog inteelt gehalte kent, daar ze vrijwel geheel verwijst naar eerder WHO-, UN- of UNFPA-materiaal. Hier laat de WHO een kans liggen om te laten zien dat de ontwikkelingen rond Huber's positieve gezondheidsconcept niet geheel onopgemerkt aan de WHO voorbij zijn gegaan. Huber zelf stelt ooit met ZonMW naar Geneve te zijn afgereisd om haar denkbeelden te introduceren bij de WHO, waar ze alleen met zuinige gezichten werd aangekeken (Ucreate-weconnect, 2017).

2. Seksuele en reproductieve gezondheid zijn in aard verbonden. De WHO stelt dat beide aspecten wel te onderscheiden zijn, maar tegelijkertijd onlosmakelijk met elkaar verweven zijn, wat zij symboliseert met de rozet. Een beeld dat mij wel aanspreekt, omdat het de stokoude discussie of ze nu wel of niet onder een noemer te scharen zijn op elegante en werkbare wijze oplost.

3. Respect voor, bescherming van en het inlossen van mensenrechten. Dit principe baseert zich op de notie dat het erkennen van seksuele rechten een noodzakelijke voorwaarde is om te komen tot de hoogste graad van seksuele gezondheid. Het eerder gemaakte voorbehoud (i.c. geen officieel WHO-standpunt) lijkt hier-

Figuur 1. De rozet van de World Health Organization



mee van de baan, en dat is een goede zaak.

4. Gelaagde invloeden op seksuele gezondheid. De WHO stelt hier onverkort dat de individuele seksuele gezondheid ook wordt beïnvloed door familie- en *peer group*-omstandigheden, de gemeenschap (zowel in sociaal als organisatorisch opzicht), door wetgeving, beleid en andere structurerende factoren, en dat dit dus ook interventies op die verschillende niveaus rechtvaardigt. Deze visie vormt naar mijn inzien het begin van een waarborg van seksuele rechten juist voor mensen die onze samenleving niet vanzelfsprekend includeert of een gelijke positie toebedeelt. Ook gezien vanuit de Social Quality Approach (Beck et al., 1997, 2001) die stelt dat de samenleving onderdeel uitmaakt van de kwaliteit van leven en niet alleen het individu als probleemeigenaar aanwijst, schept de visie van de WHO goede aanknopingspunten voor het faciliteren van participatie van mensen met beperkingen.

5. Diversiteit in behoeften in de levensloop en in verschillende populaties. Volgens de WHO begeeft seksuele gezondheid zich op een dynamisch continuüm, met behoeften die gedurende het leven kunnen veranderen en die afhankelijk van een complex aan individuele, culturele, socio-economische, geopolitieke en wettelijke factoren kunnen verschillen. Bepaalde combinaties van deze factoren creëren tijdelijke dan wel blijvende kwetsbaarheden die kunnen leiden slechte gezondheid en/of beperkte toegang tot gezondheidszorg. Laat dit nu precies het geval zijn bij mensen met beperkingen. De WHO ziet daarom graag dat seksuele gezondheidsprogramma's (en onderzoek) de diversiteit van behoeften van mensen over de gehele levenslijn, en onder verschillende omstandigheden, includeert. Ook dit principe geeft naar mijn idee een begin van waarborg van aandacht voor seksuele vraagstukken van mensen met beperkingen.

6. Evidence based, respectvolle en positieve benadering. De WHO stelt dat interventies op het gebied van seksuele gezondheid moeten voldoen aan wetenschappelijk bewezen kwaliteitsstandaarden en dat ze op respectvolle en positieve wijze en zonder dwang aangeboden dienen te worden. Privacy en vertrouwelijkheid moeten gewaarborgd worden, de informatie moet helder zijn, medewerkers moeten adequaat getraind zijn en weloverwogen besluitvorming (*informed decision-making*, een punt waar veel patiëntenverenigingen zich hard voor maken) mogelijk maken en de zorgverlening dient ook wat betreft behuizing, toerusting en producten goed toegerust te zijn. Hier geeft de WHO richting aan kwaliteitseisen aan zowel de hulporganisaties als hun medewerkers. Naar mijn idee een even noodzakelijke als voor de hand liggende opsomming.

Een respectvolle benadering komt ook tot uiting in seksualiteitsbewuste bejegening (Bender, 2005) van mensen met beperkingen, een bejegening die het individuele niveau van de mens met ondersteuningsbehoefte overstijgt en evenveel nadruk legt op om-

gevingsfactoren. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het omgaan met en faciliteren van privacy in een kliniek. Seksualiteitsbewuste bejegening richt zich, in mijn termen, op het respecteren van de mens als seksueel wezen door zorgverleners op micro- (het individuele contact vanuit de zorgverlener), meso- (b.v. het leefklimaat op een afdeling) en macroniveau (geborgd in visie en beleid).

Tenslotte: de WHO lijkt goed begrepen te hebben wat mensen die hun leven lang leven met beperkingen uit ervaring weten. Ik citeer wederom Kool (Kool, 2017): "Gehandicapt zijn betekent dat je je hebt te verhouden tot je eigen lichaam, maar evenzeer tot allerhande systemen van zorg, voorzieningen en indicaties, en moet omgaan met bureaucratische instanties die beslissen over je bestaan: '*disability management*' noemt Bellemakers dat (Bellemakers, 1999)."

De Rozet binnen het omgevingsklimaat

Na de zes fundamentele principes komen we bij de rozet zelf. Deze bestaat uit acht thema's, weergegeven op twee tot een rozet vervlochten linten. Het blauwe lint vertegenwoordigt datgene wat belangrijk wordt geacht voor de seksuele gezondheid: allesomvattende informatie en scholing; preventie van, steun bij en zorg na geweld op basis van gender of seksuele oriëntatie; preventie van en controle op HIV en andere seksueel overdraagbare aandoeningen en seksueel functioneren en psychoseksuele counseling. Het oranje lint geeft de vier reproductieve items weer: zorg voor-, tijdens en na de zwangerschap; counseling bij en voorziening van anticonceptie; hulp bij onvruchtbaarheid en veilige abortuszorg.

Boven de rozet vinden we het omgevingsklimaat, in mijn woorden het klimaat van sociale constructies. Het vormt een aureool, symbool voor de wereld waarin wij leven, en bestaat uit de volgende vier elementen: culturele en sociale normen rondom seksualiteit; gender en socio-economische ongelijkheid; mensenrechten en tenslotte de mix van wetgeving, beleid, regelingen en strategieën. Dit zijn de eerder genoemde factoren die hoe dan ook van invloed zijn op ieders seksuele gezondheid en op de toegang tot seksuele gezondheidszorg.

Als ik vanuit dit omgevingsklimaat kijk naar de Nederlandse situatie dan zie ik dat burgers geen gelijke toegang hebben tot seksuele gezondheidszorg, dat mensen met beperkingen er helemaal bekaaid afkomen en dat er politieke invloed op landelijk niveau nodig is om het taboe op seksualiteit van mensen met beperkingen te doorbreken. Wat mij betreft is het idealisme van de WHO welkom om, met het VN-verdrag en de motie Bergkamp als hefboom, te werken aan voor iedereen gelijk toegankelijke seksuele gezondheidszorg in Nederland. Nederland kan een voorbeeld nemen aan de Australische deelstaat Queensland (State of Queensland, 2016), dat deze problemen onderkent en een duidelijke koers vaart ten aanzien van 'inclusieve'

seksuele gezondheid, waarin de situatie van mensen met beperkingen mede speerpunt van beleid vormt.

Voor de WHO is dus het respecteren van de seksuele rechten van alle mensen onontbeerlijk voor het verkrijgen en handhaven van seksuele gezondheid. Hiermee legt de WHO de link tussen de seksualiteit van het individu en alles wat die individuele seksualiteit overstijgt en beïnvloedt. De WHO is op dit punt zeer duidelijk (WHO, 2017): "*The fulfilment of sexual health is tied to the extent to which human rights are respected, protected and fulfilled.*" In mijn eigen woorden: daar waar seksuele rechten niet worden gerespecteerd, kan seksuele gezondheid niet bloeien.

Leusink neemt hier een genuanceerd ander standpunt over in. Hij stelt enerzijds dat rechten niet thuis horen in een definitie, anderzijds dat diezelfde rechten een onontbeerlijk deel van de context bepalen en dus om die reden wel degelijk van belang zijn. Zijn voorstel is om Huber's visie integraal toe te passen op de definiëring van seksuele gezondheid, en daarbij de door de WHO geformuleerde context te handhaven (Leusink, 2017). De vraag is echter of dit ook Huber's visie zal zijn.

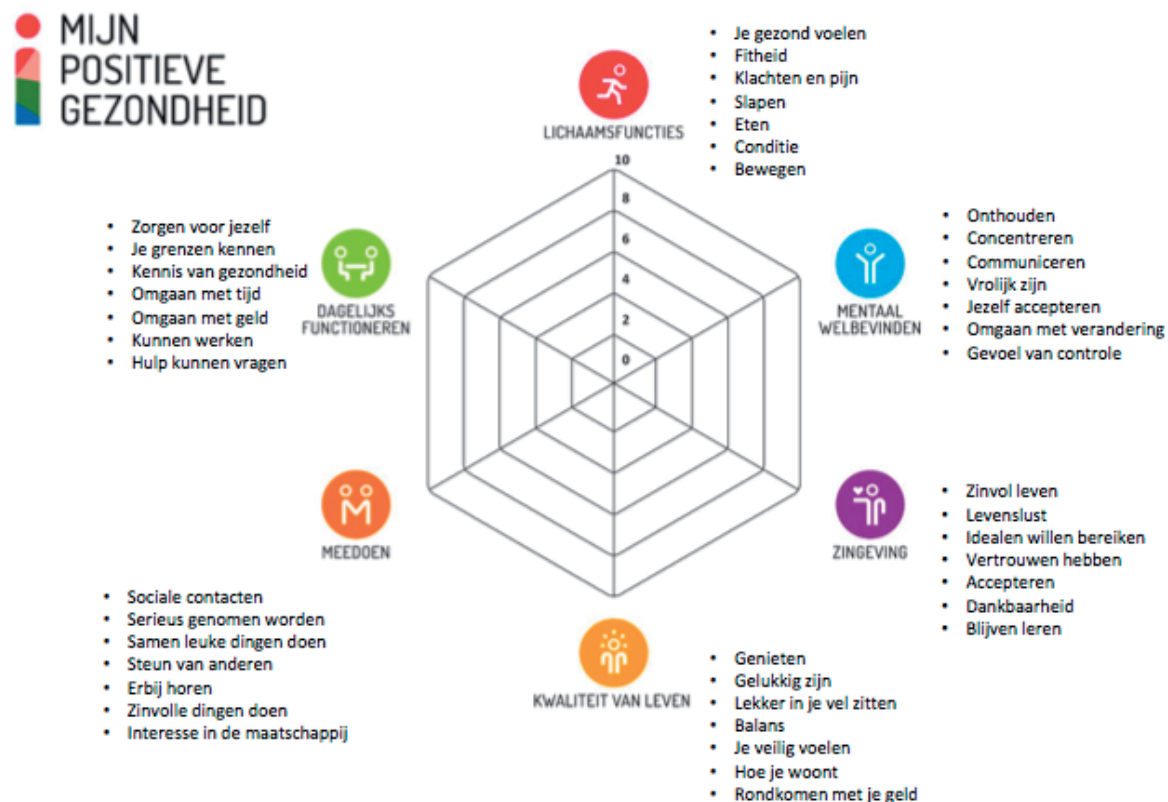
Het spinnenweb van Huber

Huber heeft haar benadering van gezondheid als het

vermogen zich aan te passen en zichzelf te managen in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen operationeel gemaakt middels een spinnenwebdiagram, waarmee men op zes assen inzichtelijk kan krijgen hoe het gesteld is met de eigen gezondheid (zie Figuur 2). De zes assen zijn: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. Zingeving en kwaliteit van leven zie ik als waardevolle verdiepingen van de ons bekende biopsychosociale benadering.

Huber stelt de zes deelaspecten samengesteld te hebben op grond van onderzoek onder diverse stakeholders, waaronder patiënten. Voor zover ik heb kunnen nagaan heeft zij zich nooit expliciet over het thema seksualiteit uitgesproken. Ik vermoed dat er in haar onderzoek ook niet expliciet naar gevraagd is. Het is veelzeggend dat in haar zes dimensies, die samen een gezondheidskwaliteitsscore in het spinnenwebmodel weergeven, seksualiteit niet als parameter wordt genoemd. Als iemand haar gespreksdocument (zoals dit nu breed via app of print in Nederland beschikbaar wordt gesteld, zie afbeelding) zelf, of met hulp van een zorgverlener invult, komt het onderwerp seksualiteit dus niet expliciet naar voren (Mijn positieve gezondheid, 2016). Omdat onderzoek leert dat het relatief on-

Figuur 2. Het spinnenwebmodel als gespreksinstrument (M. Huber)



waarschijnlijk is dat het onderwerp door de patiënten zelf wordt aangedragen, is het aan de gezondheidswerkers om hierin, indachtig het PLISSIT-model (Annon, 1975, 1976) actie te ondernemen (Kruijver, Bender & Meesters, 2015).

Gelet op haar biopsychosociale aard kan seksualiteit onder alle zes dimensies worden geadresseerd. Maar zal het ook gebeuren? De optimisten zullen stellen: prima zo, want je kan het overal onderbrengen. De sceptici zullen zeggen: als er één onderwerp is dat altijd tendeert om van de agenda te verdwijnen, dan is het de seksualiteit wel. Ik ben sceptisch: het gespreksdocument geeft geen enkele prikkel om het thema seksualiteit te benaderen. Ergo: er is meer nodig om seksualiteit de aandacht te garanderen die het toekomt dan Hubers spinnenweb in zijn huidige vorm biedt.

En dat is toch wonderlijk. Hoe kan het dat een centraal menselijk aspect als seksualiteit niet expliciet terug te vinden is in de uitwerking van Huber? Uitgaande van de goede intentie van Huber om een systeem te creëren dat mensen op individueel niveau in hun kracht zet, dus ook mensen met beperkingen, lijkt het juist op datzelfde individuele niveau seksualiteit buiten beeld te houden. Dat kan toch niet de bedoeling zijn? En toch is dit, vrees ik, een logisch gevolg van het feit dat Huber in haar aanpak de gehele sociale context buiten beschouwing laat.

In feite komt Hubers visie neer op het reduceren van de verantwoordelijkheid voor gezondheid, welzijn en geluk tot het individuele niveau. Wil je genieten? Zorg dat je geniet, neem je regie. Of zoals Leusink tijdens zijn opening van het NVVS Wetenschapsdag "It Takes Three To Tango" stelde: "aanpassen is een jas aan doen als het regent, een boterham nemen als je honger hebt." En in dit voorbeeld schuilt nu precies mijn zorg. Op zich is er niets tegen de zes dimensies van Huber, die zij op basis van onderzoek heeft samengesteld, maar het kan alleen werken in een situatie waarin iedereen gelijke kansen heeft en toegang heeft tot dezelfde kwaliteit van zorg. Anders gezegd: men kan geen eigen regie nemen als men geen gelijke kansen heeft. Inzichten vanuit de *social quality approach* en *disability management* hebben geen plek in Huber's visie. Hubers opvatting herbergt een generalistisch, haast maakbaar idee van kwetsbaarheid, en gaat voorbij aan het feit dat de een nu eenmaal, al dan niet vanaf de start van het leven, meer pech (of zo u wilt: meer uitdagingen) in zijn of haar leven heeft dan de ander. En kwetsbaarheid begint waar beleid faalt (Hilberink, 2015).

Het is datzelfde appel op eigen regie en zelfmanagement dat ook patiënten en patiëntenorganisaties zo aanspreekt, en dat is iets dat tegelijkertijd ook weer pleit voor haar visie. We nemen meer en meer afstand van het traditionele medisch model, waarin de dokter bepaalt. Daarvoor in de plaats komen gezondheidsconcepten die meer gericht zijn op de patiënt in de rol waar het zijn eigen 'ziektmanagement' betreft. De patiënt als maat voor zorg en '*patient centered care*'

(Shaller, 2007) zijn voor veel beleids- en zorginstellingen – tenminste op papier – leidend geworden. Met "de patiënt aan het stuur" draagt ook de Patiëntenfederatie Nederland (PN) deze tendens mee uit (Kool, 2017).

Echter, wanneer ik vanuit het perspectief van mensen met beperkingen kijk dan zie ik iets heel anders. Termen als 'eigen kracht', 'zelfredzaamheid' en 'participatie' zijn centraal gesteld in de Wmo met als doel de uitdijende verzorgingsstaat af te remmen (Zuithof, 2015). De overheid heeft participatie tot een nieuw democratisch ideaal gemaakt (Cardol, 2013). De burger moest transformeren van consument naar coproductent. Termen als 'eigen kracht', 'meedoen' en 'zelfredzaamheid' moeten de burgers met ondersteuningsbehoeften dus aanzetten tot minder ondersteuningsconsumptie (Zuithof, 2015). Het 'zelf kunnen' is hiermee centraal komen te staan; de kernvraag voor de burger is tegenwoordig 'wat kan ik?' (Hilberink, 2015).

Volgens Hilberink kunnen we in alle redelijkheid stellen dat ondersteuning en zorg los zijn komen te staan van het versterken van de eigen regie, wat in de kern gaat om zelfbepaling en 'wat wil ik?'. Terugkerend naar Huber zouden we haar positieve gezondheid kunnen zien als een exponent van het versterken van eigen regie en zelfbepaling. Haar visie wordt totaal omarmd door lagere overheden die met steeds minder geld toe moeten komen en door zorgverzekeraars die klem raken tussen de overheid en de zorgaanbieders (Gupta Strategists, 2017). Dat lijkt te bewijzen dat het terugdringen van ondersteuningsconsumptie leidend is.

Huber's Positieve Gezondheid heeft inmiddels ook de revalidatiebranche bereikt. De Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) heeft haar denken overgenomen in haar beleidsvisie (Position Paper, 2015), niet geheel vreemd als men beseft dat het holistisch inventariseren van ondersteuningsbehoeften, in lijn met de zes dimensies van Huber, naadloos past in hoe de revalidatie zich in de laatste halve eeuw multidisciplinair heeft ontwikkeld. Het woord seksualiteit komt echter niet voor in het position paper. Ik zie Huber's invloed ook terug in de nieuwe visie op intimiteit en seksualiteit van Revalidatie Friesland, waarin WHO en Huber gebroederlijk, zonder verder inhoudelijk commentaar, als ijkpunten naast elkaar worden genoemd (Revalidatie Friesland, 2017).

Tenslotte wil ik nog een positief aspect noemen aan Huber's spinnenwebmodel. Daar waar het ICF-model alleen inventariseert waar lichamelijke disfuncties en belemmeringen in activiteit en participatie zich voordoen (ICF, 2002), biedt Huber een model om deze vervolgens op individueel niveau te wegen en te waarderen (Mijn positieve gezondheid, 2016), onder het motto: iets is pas een probleem als het als probleem ervaren wordt. Daarmee doet Huber een appel op de overijverige zorgverlener die de kernvraag 'wat wil ik' dient terug te leggen bij de burger zelf.

Slotbeschouwing

Revalidatieseksuologie richt zich primair op seksuologische hulpvragen van mensen met chronische ziekten en/of lichamelijke beperkingen. Gelet op hun vaak complexe medische achtergrond en hun maatschappelijke achterstandspositie begeeft de revalidatieseksuologie zich dus ook op het snijvlak van seksuele gezondheid en seksuele rechten. Om die reden is de NVVS *special interest group* Revalidatieseksuologie nadrukkelijk actief om bij de overheid de invulling van het VN-verdrag en de motie Bergkamp te promoten (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016).

Voor mensen met beperkingen, met uiteenlopende zorg- en ondersteuningsbehoeften is een gelaagde visie op seksuele gezondheid die zowel het individuele als het maatschappelijke aspect omvat onontbeerlijk (wat ook geldt voor andere groepen die zich op basis van genderverschillen of sociaal-economische positie op achterstand bevinden). In mijn visie, de inzichten vanuit de *social quality approach* en *disability management* indachtig, is de samenleving onderdeel van kwaliteit van leven. Dit wordt in de benadering van de WHO onderstreept en in de positieve gezondheid van Huber genegeerd.

De WHO lijkt echter in Nederland nauwelijks een rol van betekenis te spelen en stelt zich bovendien, gelet op het hoge inteeltkarakter van haar laatste publicatie, teveel op als een niet beïnvloedbaar bastion, haar inclusieve, meerlaagse en integrale visie op seksuele en reproductieve gezondheid ten spijt. De rozet lijkt in Nederland, bloemenland bij uitstek, geen vruchtbare bodem te vinden.

De benadering van Huber heeft in Nederland, ook wegens het gebrek aan een goed alternatief dat zorgkosten drukt, het pleit op vele fronten al gewonnen (Alles is gezondheid, 2017). Het is zaak dat wij als seksuologen niet alleen de verleidelijke eigen kracht op individueel niveau van haar adagium zien, maar ook zien dat het mensen met beperkingen kan vasthouden in een spinnenweb van alsmaar benadrukte eigen regie en verantwoordelijkheid. En dat dit politiek is. Wanneer Leusink een pleidooi houdt voor het integraal overzetten van Huber's benadering van gezondheid op seksuele gezondheid, dan kan dit in mijn visie alleen bestaansrecht hebben als ook seksuele rechten en maatschappelijke omgevingsfactoren er onderdeel van uitmaken.

Met een pessimistische bril op kan ik stellen dat beide definities, dan wel de organisaties die ze presenteren, ons niet voldoende waarborg brengen en elkaar op politiek vlak uitsluiten temeer daar de WHO een, middels utopische doelstellingen te bereiken, ondergrens wil waarborgen die de overheid geld kost, waar de Positieve Gezondheid ongelijkheid als een gegeven lijkt aan te nemen en zich mede en expliciet richt op kostenbesparing. Met een optimistische bril op kan ik stellen dat beide visies, hoe uiteenlopend ook in het einddoel dat zij nastreven, complementair aan elkaar

kunnen zijn.

Aan de hand van analyses van de meest recente publicatie van de WHO over seksuele gezondheid, en de inzet van Positieve Gezondheid in Nederland, hoop ik te hebben aangetoond dat een definitie van seksuele gezondheid altijd een politieke waarde krijgt toebedeeld, en dat deze logischerwijze voor politieke doeleinden wordt aangewend. De benadering van de WHO lijkt het meeste recht te doen aan gelijke toegang tot seksuele gezondheid (daar seksuele rechten niet los gezien kunnen worden van seksuele gezondheid) maar de WHO is geen speler van betekenis in Nederland, waar de Positieve Gezondheid van Huber het spel en het veld volledig domineert.

Ik wil optimistisch eindigen en zou willen zoeken naar, en bijdragen aan, voorbeelden waarin de visies van de WHO en Huber worden samengevoegd tot een krachtig middel om het taboe op seksualiteit bij mensen met beperkingen te doorbreken en die werkelijk invulling geven aan de uitvoering van het VN-verdrag gelijke rechten voor mensen met beperkingen. Ik pleit daarom voor een dialoog met Machteld Huber, haar Institute for Positive Health en de Nederlandse overheid om te komen tot het integreren van seksualiteit als parameter in haar zes dimensionale spinnenweb. Het door Nederland recent geratificeerde VN-Verdrag Gelijke Rechten voor mensen met Beperkingen en de motie Bergkamp, gericht op het doorbreken van het taboe op de seksualiteit van mensen met beperkingen, kunnen daarbij als hefboom fungeren. Op deze manier worden seksuele vragen en ondersteuningsbehoeften (in welke vorm dan ook) zichtbaar en wordt de weg vrij gemaakt naar het benoemen van deze behoeften richting zorg- en hulpverlening, zorgverzekeraars, en overheden.

Literatuur

- Alles is gezondheid. Overzicht pledges. (2017). Geraadpleegd op <http://www.allesisgezondheid.nl/pledges>
- Annon, J. (1975). *The behavioural treatment of sexual problems: Intensive therapy*. Honolulu, HI: Enabling Systems.
- Annon, J. (1976). *The behavioural treatment of sexual problems: Brief therapy*. New York: Harper & Row.
- AparticipatieTV. (2017). Geraadpleegd via: https://www.youtube.com/watch?v=p00rb_rQW1M&feature=youtu.be
- Beck, W., van der Maesen, L.J.G., Thomese, F., & Walker, A. (2001). *Social Quality: A Vision for Europe*, The Hague, London, Boston, Kluwer Law International.
- Beck, W., van der Maesen, L., & Walker, A. (1997). Introduction. In W. Beck, L. Van der Maesen & A. Walker (Eds.), *The Social Quality of Europe* (pp. 1-12). The Hague, Netherlands: Kluwer Law International.
- Bellemakers AWT & Dijkman K. (1999). *Disability manager: managementwerk om maatschappelijk te participeren*. Assen: Van Gorcum.
- Bender, J.L. (2005). *Is revalidatie aan seks toe? Een blauwdruk voor de seksuologische hulpverlening in de revalidatiesetting*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Cardol, M. (2013). *Disability Studies en participatie: een pleidooi voor diversiteit*. Rotterdam: Rotterdam University Press.

- CZ. (2017). *Unieke samenwerking van het Institute for Positive Health met de vier grote zorgverzekeraars om gezamenlijk Positieve Gezondheid te bevorderen*. Geraadpleegd via: <https://www.cz.nl/over-cz/nieuws/2017/unieke-samenwerking-met-het-institute-for-positive-health>
- Disability Studies in Nederland. (2017). Geraadpleegd via: <https://disabilitystudies.nl/publicatie/disability-studies-de-lage-landen>
- Gupta Strategists. (2017). *Ezeltje strek je. Een studie naar winst, macht en regulering in de Nederlandse gezondheidszorg*. Amsterdam: Gupta Strategists
- Federatie Medisch Specialisten. (2017). *Visiedocument Medisch Specialist 2025*. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten.
- Hadders-Algra, M., Maathuis, K., Pangalila, RF., Becher, JG., Moor, J de. (2015). *Kinderrevalidatie*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.
- Hilberink, S. (2015). *Een kritische reflectie op conceptnota 'De Haagse kracht van Hagenaars met een beperking'*. Geraadpleegd via: <http://www.curethecare.com/wp-content/uploads/2015/05/Hilberink-2015-Reflectie-op-de-Haagse-kracht-van-Hagenaars-met-een-beperking-19-november.pdf>
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A.R., Kromhout, D., ... Smid H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, d4163. doi: 10.1136/bmj.d4163
- Huber, M., van Vliet, M., & Boer I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160, A7720.
- Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P.C., & Knottnerus, J.A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *British Medical Journal Open*, 6, e010091. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010091
- ICF. (2002). *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health (compilatie)*. Bilthoven: RIVM.
- Institute for Positive Health. (2017). *Positieve gezondheid in 2015/2016 Jaarverslag*. Amersfoort: Stichting Institute for Positive Health.
- Kool, J. (2017). "A broken teacup is not a flawed example of a teacup, but a perfect example of a broken teacup". Een essay over ziek en gezond vanuit een disability studies perspectief. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*, 3, 72-77.
- Kruijver, E., Bender J. & Meesters J. (2015). "Ja! Seks kan gerevalideerd worden!" Revalidatieseksuologie bij Sophia Revalidatie als voorbeeld van good practice. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 39, 96-100.
- Lasswell, HD. (1936). *Politics. Who gets what, when, how*. Geraadpleegd via <http://www.policysciences.org/classics/politics.pdf>
- Leusink, P. (2017). Visie op seksuele gezondheid: naar een nieuwe definitie van seksuele gezondheid? *Tijdschrift voor Seksuologie*, 4, 122-26.
- Leusink, P., & Ramakers, M. (2014). *Handboek seksuele gezondheid. Probleem-georiënteerd denken en handelen*. Assen: Van Gorcum.
- Mijn positieve gezondheid. (2016). Geraadpleegd via: <https://www.cz.nl/~media/zorgadvies/gespreksdocument-mijn-positieve-gezondheid.pdf?la=nl-nl&revid=27ec7270-1385-4352-9904-86fa5c894cb6>
- Ministerie van Buitenlandse Zaken. (2017). *Scorecard World Health Organization*. Den Haag: Directie Multilaterale Instellingen en Mensenrechten.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016). Brief van de staatssecretaris aan de voorzitter van de Tweede Kamer d.d. 20-12-2016 betreffende voortgang moties VN-verdrag Handicap. Kenmerk 1066657-159367-DMO.
- NIVEL. (2015). *Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking, ouderen en de algemene bevolking*. Rapportage participatiemonitor 2015. Utrecht: NIVEL.
- Ohrlich Y. & Frans, E. (2016). Een gat in de voorlichtingsmarkt? *Tijdschrift voor Seksuologie*, 40, 175-181.
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. (2015). *Actief naar zelfredzaamheid en eigen regie. Position Paper Revalidatiegeneeskunde*. Utrecht: VRA.
- State of Queensland. (2016). *Queensland Sexual Health Strategy 2016*. Brisbane: Strategic Policy Unit, Department of Health.
- Rijksoverheid. Loketgezondleven.nl. (2017) Geraadpleegd via <https://www.loketgezondleven.nl/school/voorbeelden-en-ervaringen/andere-themas/positieve-gezondheid/positieve-gezondheid-7-vragen>
- Revalidatie Friesland. (2017). *Visie intimiteit en seksualiteit*. Interne publicatie, op aanvraag beschikbaar.
- Rijksoverheid. Seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (2017): Geraadpleegd op <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ontwikkelingssamenwerking/nederlands-beleid-ontwikkelingssamenwerking/seksuele-en-reproductieve-gezondheid-en-rechten>
- Schuurman, MIM. (2015). *Het VN-Verdrag inzake de rechten van mensen met een handicap: sturend kader en inspiratiebron voor kennisonwikkeling en onderzoek*. Nieuwegein: Kalliope Consult.
- SEOR. (2013). *Economische gevolgen van ratificatie van het VN-verdrag Handicap*. Rotterdam: SEOR, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- SDGNederland. (2017). Geraadpleegd via: <http://www.sdgnederland.nl/sdgs/doel-3-gezondheid-en-welzijn/> en <http://www.sdgnederland.nl/sdgs/doel-5-vrouwen-en-mannen-gelijk/>
- Shaller D. (2007). *Patient-Centered Care: What Does It Take?*. In: The Commonwealth Fund, Vol. 74: Picker Institute.
- Tweede Kamer der Staten Generaal. (2016). Vergaderjaar 2015-2016. 33 990: Uitvoering van het op 13 december 2006 te New York tot stand gekomen Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (Trb. 2007, 169) en 33 992 (R2034) Rijkswet houdende goedkeuring van het op 13 december 2006 te New York tot stand gekomen Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (Trb. 2007, 169 en Trb. 2014, 113) Nr. 51 Motie van het lid Bergkamp, voorgesteld 14 januari 2016.
- Ucreate-weconnect. (2017) Geraadpleegd via <https://ucreate-weconnect.nl/marlies-huber-institute-for-positive-health/>
- United Nations. (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for sustainable development*. Geraadpleegd via: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>
- United Nations Treaty Collection. (2017). Geraadpleegd via https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&clang=_en.
- Vilans. *Transformatieprogramma positieve gezondheid* (2017). Geraadpleegd via <http://www.vilans.nl/onze-projecten-transformatieprogramma-positieve-gezondheid.html>
- World Health Organization. (2015). *Sexual Health, human rights and the law*. Geneva: WHO Document Production Services.
- World Health Organization. (2017). *Sexual Health and its linkages to reproductive health: an operational approach*. Geneva: WHO Department of Reproductive Health and Research.
- ZonMW. *Nieuwe definitie van gezondheid nodig?* (2017): Geraadpleegd via <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/positieve-gezondheid/nieuwe-definitie-van-gezondheid-nodig/>
- Zuithof, M. (2015). Eigen kracht en zelfregie lijken verder weg dan ooit. Martin Stam over Wmo-doelen. *WMO Magazine*, 4, september, 25-27.

Financiering

Deze beschouwing is zonder financieel belang geschreven en niet gefaciliteerd door een externe partij.

Summary

The Rosette versus the spiderweb: a critical view on the latest World Health Organization vision on sexual health and Huber's Positive Health concept in the Netherlands

This article analyzes the 2017 WHO publication "Sexual Health and its linkages to reproductive health: an operational approach" (symbolized by the rosette) versus the Positive Health concept of Huber in the Netherlands (symbolized by the spiderweb). A plea, previously published in the Tijdschrift voor Seksuologie, to fully transfer Huber's approach to a new definition of sexual health is criticized. The author considers the views of the WHO and Huber from a perspective of rehabilitation sexology. The focus is on the position of people with disabilities, emphasized by the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, as recently ratified by the Netherlands. The author states that a multilayered vision of sexual health, which includes both the individual and social aspects, is indispensable. In his view, society is part of quality of life. This aspect is underlined in the WHO approach, but ignored in the concept of Huber. Now that the Dutch government promotes the Positive Health policy, the author calls for a dialogue to integrate sexuality into the Positive Health concept.

Keywords: sexual health, Machteld Huber, Positive Health, World Health Organization, disabilities.

Trefwoorden: seksuele gezondheid, Machteld Huber, Positieve Gezondheid, Wereld Gezondheid Organisatie, beperkingen.

De Paarse Keizerin, voor een leven lang liefhebben



Mag ik me even aan u voorstellen? Mijn naam is Wendy van Mourik, oprichter en eigenaresse van de website www.depaarsekeizerin.nl.

Bij De Paarse Keizerin gaat erotiek samen met intimiteit en samen genieten. Een aantal van jullie kent mij al, heb ik gesproken, heeft me geholpen met informatie en/of verwijst cliënten door.

De Paarse Keizerin is een plek op internet waar vrouwen en mannen zich kunnen laten prikkelen, inspireren en verleiden. Met erotische verhalen, inspirerende tips en adviezen en praktische informatie. En met een stijlvolle webwinkel waar mannen en vrouwen zonder gêne leuke en goede

producten kunnen bekijken en kopen. Ik hecht aan goede kwaliteit van onze artikelen (alles wordt getest door een testteam), aan goede informatie en aan klantvriendelijke service en dienstverlening. Met vragen en opmerkingen kan iedereen altijd bij ons terecht.

Als ik u of uw cliënten ergens mee kan helpen, dan doe ik dat heel graag. Heeft u bijvoorbeeld een sample nodig van een dilatorset, glijmiddel of masturbator voor mannen met erectieproblemen, of kaartjes voor cliënten, stuur mij gerust een mailtje via info@depaarsekeizerin.nl.



De Paarse Keizerin
Een leven lang liefhebben