

(A)seksualiteit als norm

Een verkennend onderzoek naar ervaringen
en behoeftes van aseksuele personen
in de gezondheidszorg



WOMEN
INC

Inhoud

Samenvatting	4
Terminologie	5
1 Inleiding	6
1.1 Aseksualiteit in Nederland	6
1.2 Aseksualiteit in de zorg	6
1.3 Ongewenste behandeling en conversietherapie	6
1.4 Doelstelling	7
1.5 Onderzoeksvraag	7
2 Theoretisch kader	8
2.1 Definitie aseksualiteit	8
2.2 Split-attraction model	8
2.3 Intersectionaliteit	8
2.4 Minderheidsstress	8
3 Methode	10
3.1 Focusgroepen	10
3.2 Werving en selectie participanten	10
3.3 Kenmerken participanten	10
3.4 Analyse	10
3.5 Ethische kwesties	11
4 Resultaten	12
4.1 Ervaringen in de zorg	12
4.2 Behoeftes op het gebied van zorg	16
5 Conclusie	22
6 Aanbevelingen	24
7 Referenties	25

Samenvatting

In dit onderzoek worden vanuit de Alliantie Gezondheidszorg Op Maat in samenwerking met de Nederlandse Organisatie Aseksualiteit de ervaringen van aseksuele personen in de gezondheidszorg in Nederland in kaart gebracht. Het onderzoek werd uitgevoerd door middel van focusgroepen, waarbij negen personen op het aseksuele spectrum deelnamen.

Uit de resultaten blijkt dat aseksuele personen vaak zorg zoeken om redenen die niet direct verband houden met hun aseksualiteit. Wanneer aseksualiteit niet de directe aanleiding is voor een zorgvraag, delen aseksuele personen hun aseksualiteit vaak niet met zorgverleners. Er is een gebrek aan erkenning en begrip van aseksualiteit binnen de zorgsector. Standaard vragenlijsten bevatten vaak geen opties om aseksualiteit aan te geven of hebben aannames op het gebied van seksualiteit, wat leidt tot gevoelens van niet erkend worden. Aannames van zorgprofessionals over seksualiteit kunnen leiden tot ongemakkelijke gesprekken en zorg die niet aansluit bij de werkelijke behoeften van de patiënt.

Het rapport doet verschillende aanbevelingen om de zorg voor personen op het aseksuele spectrum te verbeteren. Het is belangrijk dat aseksualiteit wordt erkend en opgenomen in de standaard zorgprotocollen en vragenlijsten. Zorgverleners moeten (a)seksualiteit bespreken wanneer dit relevant is voor de zorgvraag, zonder aannames te maken over de seksuele oriëntatie van de patiënt. Het ontwikkelen en verspreiden van een sociale kaart die zorgverleners en patiënten informeert over lhbt+ inclusieve zorgopties is essentieel. Daarnaast moet informatie over aseksualiteit worden geïntegreerd in de curricula van zorgopleidingen om toekomstige zorgverleners beter voor te bereiden op het bieden van inclusieve zorg. Het aanbieden van trainingen en bijscholing aan zorgverleners om hun kennis en begrip van aseksualiteit te vergroten is ook van groot belang. Tot slot moeten vragenlijsten en aanmeldformulieren worden ontwikkeld en geïmplementeerd die inclusief zijn op aseksualiteit, zodat personen op het aseksuele spectrum zich erkend en begrepen voelen.

Door deze aanbevelingen te implementeren, kan de zorg voor personen op het aseksuele spectrum aanzienlijk worden verbeterd, waardoor zij zich meer erkend en begrepen voelen binnen de gezondheidszorg.

Terminologie

Term	Definitie
Agender ¹	Het niet hebben van een gender, genderneutraal zijn of het voor zichzelf afwijzen van het concept van gender.
Alloseksueel ¹	Iemand die niet-aseksueel is.
Aromantiek ¹	Het ervaren van geen of weinig romantische aantrekking naar andere personen.
Aseksualiteit ¹	Het ervaren van geen of weinig seksuele aantrekking naar andere personen.
Aseksueel spectrum ¹	Een paraplueterm voor meerdere identiteiten die in het grijze gebied vallen tussen volledig aseksueel en volledig niet-aseksueel.
Cisgender ²	Een persoon van wie de genderidentiteit overeenkomt met het bij geboorte toegekende geslacht; iemand die niet transgender is.
Libido ¹	Een ander woord voor seksdrive of verlangen naar seks. Een innerlijk gevoel van opwinding bij seks of seksuele handelingen. Dit gevoel hoeft niet naar iemand gericht te zijn en staat los van seksuele identiteit.
Non-binaire genderidentiteit ²	Mensen die zich als non-binair identificeren, identificeren zich niet alleen als man of alleen als vrouw. Ze zien of presenteren zichzelf als man én als vrouw, of als geen gender hebbend. Ze kunnen van gender veranderen al naargelang de context en in de loop van de tijd. Non-binaire personen wensen lang niet altijd een lichamelijke aanpassing.
Romantische aantrekking ¹	Verlangen naar een romantische relatie of naar het daten met een specifiek iemand.
Seksuele aantrekking ¹	Verlangen naar seks met een specifiek iemand.
Transgender persoon ²	Iemand bij wie de huidige genderidentiteit niet overeenkomt met het geslacht dat bij de geboorte is toegekend. Transgender wordt gebruikt als ‘paraplueterm’ waar verschillende categorieën en identiteiten onder vallen, zoals ‘transseksueel’, ‘genderqueer’, ‘travestiet’. Voor sommigen is het ook een omschrijving van een genderidentiteit tussen/voorbij man en vrouw.
Verplichte seksualiteit ¹	De aanname dat seksuele aantrekking een algemeen gevoel is en iedereen hetzelfde ervaart. Deze term wordt gebruikt om sociale normen en gebruiken te beschrijven waardoor niet-seksuele uitingen als inferieur gezien worden aan seksuele uitingen. Dit kan zo ver gaan dat het ontbreken van seksualiteit alleen verklaard kan worden door een stoornis, aandoening of bijwerking van een medicijn.

¹ Termenlijst de NOA
² Begrippenlijst Alliantie Gezondheidszorg Op Maat

1. Inleiding

Vrijwel iedereen komt op een bepaald moment in hun leven in aanraking met de gezondheidszorg. Of het nu gaat om reguliere medische zorg, psychologische ondersteuning of gespecialiseerde behandelingen, de interactie met zorgprofessionals is een essentieel onderdeel van het leven van de meeste mensen. Echter, voor sommige groepen kunnen de zorgverlening en de benadering door zorgprofessionals niet altijd aansluiten bij hun specifieke wensen, behoeften of ervaringen. Dit geldt ook voor personen op het asexuele spectrum, een groep die vaak over het hoofd wordt gezien of verkeerd begrepen wordt in de gezondheidszorg.

De Alliantie Gezondheidszorg Op Maat 2 (AGOM 2) voert onderzoek uit om de kennis over gender- en lhbt-sensitieve gezondheidszorg te vergroten. Er is overlap tussen de lhbt-gemeenschap en de asexuele gemeenschap, aangezien beide groepen vaak buiten de traditionele normen van seksuele oriëntatie en genderidentiteit vallen. Beide groepen kunnen minderheidsstress, vooroordelen en discriminatie over hun identiteit ervaren. Om deze reden is dit onderzoek vanuit AGOM 2 in samenwerking met de Nederlandse Organisatie Asexualiteit (NOA) opgezet.

1.1 Asexualiteit in Nederland

Er circuleren variërende cijfers over asexuele mensen in Nederland. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek is 0,7% van de mannen en 1,2% van de vrouwen van 15 jaar en ouder asexueel (Kennis, 2024). Uit de Monitor Seksuele Gezondheid uit 2024 bleek dat 0,4% van de Nederlanders tussen de 18 en 80 jaar asexueel is. Non-binaire personen zijn het vaakst asexueel, dit gaat om 8,7%. Volgens deze monitordata is een half procent van de vrouwen asexueel; bij mannen is dit 0,1% (De Graaf et al., 2024).

1.2 Asexualiteit in de zorg

Asexuele personen ervaren in de Nederlandse gezondheidszorg verschillende moeilijkheden, zoals stigma, discriminatie en zelfs het aangeboden krijgen van conversietherapie (NOA, 2023).

Volgens het EU LGBTIQ Survey III rapport van 2023 geeft 16% van Nederlandse asexuele personen aan te maken te hebben gehad met ongepaste nieuwsgierigheid of opmerkingen. Daarnaast geeft 12% aan dat hun specifieke behoeften werden genegeerd, en 10% heeft de gezondheidszorg zelfs vermeden. Van asexuele personen die moeite hadden met het gebruik van of de toegang tot gezondheidszorg vanwege hun seksuele identiteit, geeft 76% aan dat dit in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) was. Binnen de seksuele gezondheidszorg geeft 28% van de asexuele personen aan problemen te ervaren, binnen de spoedeisende hulp is dit 4%, en binnen overige medische zorg 34% (FRA, 2024).

Bij de NOA komen ervaringen naar voren van asexuele personen die bij zorgprofessionals vaak eerst moeten uitleggen wat asexualiteit is door gebrek aan kennis. Zorgprofessionals doen ook vaak aannames, waardoor patiënten zich niet serieus genomen voelen. Verder kunnen problemen ontstaan bij het invullen van medische vragenlijsten over seksuele geaardheid, die vaak niet inclusief zijn of niet relevant zijn voor de patiënt, wat de behandeling kan beïnvloeden (Timmerman et al., 2022).

Uit internationale onderzoeken blijkt dat asexuele personen hun seksualiteit vaak niet openlijk delen met zorgprofessionals (Wood, 2023). Hiervoor worden verschillende redenen gegeven zoals het niet comfortabel voelen om dit te bespreken, de verwachting dat hun asexualiteit gepathologiseerd zou worden (waarbij hun asexualiteit wordt gezien als een medisch probleem of een tijdelijke fase), de verwachting dat hun zorgprofessional geen kennis of begrip heeft van asexualiteit, en de angst om niet geloofd te worden of de angst om medicijnen voorgeschreven te krijgen (Foster & Scherrer, 2014; Jones et al., 2017; Wood, 2023). Het niet bespreken van asexualiteit binnen de gezondheidszorg houdt de onzichtbaarheid van asexualiteit als seksuele oriëntatie in stand (Flanagan & Peters, 2020). Verder onderzoek toont aan dat asexuele personen een lager niveau van levensvoldoening ervaren, vaker te maken hebben met psychische gezondheidsproblemen en minder geneigd zijn om open te zijn over hun seksuele oriëntatie (Benoit & De Santos, 2023). Ook is uitgebreid beschreven dat asexualiteit in de GGZ wordt gepathologiseerd. Van Dyk (2023) roept op tot meer bewustzijn en educatie binnen de geestelijke gezondheidszorg om asexualiteit als een geldige en legitieme seksuele identiteit te erkennen, in plaats van het te veronderstellen als een probleem dat behandeld moet worden.

1.3 Ongewenste behandeling en conversietherapie

Ervaringsverhalen van asexuele personen laten ook negatieve ervaringen met de gezondheidszorg zien. Deze ervaringen kunnen variëren van niet serieus genomen worden tot pogingen om asexualiteit te ‘genezen’. Zo verscheen een artikel over asexualiteit in Psychologie Magazine (Van Ankeren, 2020), waarin twee van de geïnterviewden respectievelijk een seksuoloog en een psycholoog bezochten, die ieder advies gaven om seksuele opwindning te bevorderen (respectievelijk ‘meer tongzoenen’ en ‘ontspanningsoefeningen’). Ook uit een eerder AGOM onderzoek kwam naar voren dat asexualiteit gemedicaliseerd wordt, en dat asexuele personen te maken krijgen met vooroordelen in de eerstelijns zorg (AGOM, z.d.).

Methoden bedoeld om iemands seksuele oriëntatie of genderidentiteit te veranderen worden conversietherapieën genoemd. Deze technieken kunnen vele vormen aannemen, variërend van (pseudo-) psychologische behandelingen tot spirituele counseling. In extreme gevallen kunnen ze ook chirurgische en hormonale ingrepen omvatten (Boot-Haury et al., 2024). Behandelingen kunnen voortkomen uit de aanname dat seksuele aantrekkings een algemeen gevoel is en iedereen hetzelfde ervaart, dit wordt ook wel ‘verplichte seksualiteit’ genoemd.

Ook in internationaal onderzoek is conversietherapie beschreven. Uit een grootschalig onderzoek in het Verenigd Koninkrijk in 2018 bleek dat 2,3% van de asexuele respondenten conversietherapie heeft ondergaan, een percentage gelijk aan dat van homoseksuele en lesbische deelnemers. Bovendien werd conversietherapie aangeboden aan 7,9% van de asexuele respondenten (Government Equalities Office, 2018).

1.4 Doelstelling

Er is in Nederland nog maar weinig onderzoek gedaan naar ervaringen van asexuele personen in de gezondheidszorg, maar er zijn aanwijzingen dat ze gezondheidszorg niet sensitief en inclusief is. Beter inzicht in de specifieke uitdagingen waarmee personen op het asexuele spectrum worden geconfronteerd bij het zoeken naar en ontvangen van zorg is noodzakelijk. Op basis hiervan kunnen vervolgens aanbevelingen worden gedaan om de gezondheidszorg inclusiever te maken.

Het doel van dit onderzoek is om de ervaringen en behoeften van personen op het asexuele spectrum binnen de gezondheidszorg te verkennen en in kaart te brengen. Met deze informatie zullen er vervolgens aanbevelingen gedaan worden voor verbetering en het inclusiever maken van de gezondheidszorg.

1.5 Onderzoeksvraag

Wat zijn gezondheidsbehoeften van personen op het asexuele spectrum, en hoe ervaren zij de Nederlandse gezondheidszorg?

2. Theoretisch kader

2.1 Definitie asexualiteit

Asexualiteit is een breed begrip en de manier waarop het ervaren wordt kan per persoon verschillen. Voor de duidelijkheid hanteren wij de volgende definitie: het ervaren van geen of weinig seksuele aantrekkingskracht tot andere personen. Asexualiteit wordt, net als heteroseksualiteit, homoseksualiteit, biseksualiteit en andere seksuele geaardheden, gezien als een seksuele identiteit.

Er bestaan enkele hardnekkige misvattingen over asexualiteit. Zo wordt het soms gelijkgesteld aan het ontbreken van ‘een libido’ (seksdrive; verlangen naar seks) of aan celibatair zijn (het bewust kiezen om geen seks te hebben). Hoewel sommige asexuele personen geen seksueel verlangen hebben, is het ook mogelijk om asexueel te zijn en wél seksueel verlangen te ervaren. Op dezelfde manier kiezen sommige asexuele personen ervoor om geen seks te hebben, terwijl anderen wel seksuele handelingen ondernemen, bijvoorbeeld om kinderen te verwekken, hun partner tegemoet te komen, of omdat ze daar zelf van genieten.

De voorkeuren en ervaringen van asexuele personen kunnen sterk verschillen. Tussen asexueel en allooseksueel zitten verschillende identiteiten die sporadisch, in mindere mate of in specifieke gevallen seksuele aantrekkingskracht ervaren beschrijven. Samen met asexualiteit wordt dit het asexuele spectrum genoemd.

Hoewel asexuele personen doorgaans geen seksuele aantrekkingskracht ervaren, kunnen ze andere vormen van aantrekkingskracht voelen, zoals:

- Platonische aantrekkingskracht: verlangen naar een diepe vriendschap.
- Esthetische aantrekkingskracht: waardering van iemands uiterlijk of esthetiek.
- Sensuele aantrekkingskracht: verlangen naar fysiek contact zoals knuffelen.

Daarnaast ervaren veel asexuele personen romantische aantrekkingskracht (verliefdheid). Bij allooseksuele personen overlapt romantische aantrekkingskracht vaak met seksuele aantrekkingskracht, maar bij asexuele personen is dit vaak niet het geval (NOA, z.d.).

2.2 Split-attraction model

Binnen de asexuele gemeenschap wordt vaak gebruikgemaakt van het ‘split-attraction model’ (Decker, 2015). Dit model scheidt romantische en seksuele aantrekkingskracht als twee afzonderlijke dimensies. Zo kunnen asexuele personen zich romantisch aangetrokken voelen tot anderen, wat wordt beschreven met termen zoals:

- Heteroromantisch: romantische aantrekkingskracht tot personen van een ander geslacht.
- Homoromantisch: romantische aantrekkingskracht tot personen van hetzelfde geslacht.
- Bi-/panromantisch: romantische aantrekkingskracht tot meerdere of alle genders.

Sommige asexuele personen ervaren echter geen romantische aantrekkingskracht. Zij identificeren zich als aromantisch. Deze diversiteit in ervaringen benadrukt hoe belangrijk het is om asexualiteit als een spectrum te begrijpen, waarbij ruimte is voor verschillende vormen van aantrekkingskracht en voorkeuren.

2.3 Intersectionaliteit

Intersectionaliteit verwijst naar de kruisingen (intersecties) van verschillende maatschappelijke kenmerken en posities die de geleefde ervaringen van mensen beïnvloeden. Met een intersectionele benadering wordt gekeken hoe verschillende vormen van ongelijkheden doorkruisen op basis van iemands achtergrond en positie in de samenleving. Intersectionaliteit gaat over het erkennen van de meervoudige identiteiten die mensen hebben en hoe deze identiteiten elkaar beïnvloeden en soms onderdrukking of juist privileges versterken. Het begrip intersectionaliteit werd geïntroduceerd door Kimberlé Crenshaw (1989).

Een intersectionele benadering is belangrijk om asexualiteit binnen de samenleving en lhbt+ gemeenschappen te begrijpen. Uit internationaal onderzoek blijkt dat intersecties zoals etniciteit, gender, seksuele oriëntatie en economische status invloed kunnen hebben op de ervaringen en zichtbaarheid van asexualiteit (Boot-Haury & Cusick, 2023). In dit onderzoek zal daarom een intersectionele benadering gehanteerd worden, en worden de achtergrondkenmerken van participanten, zoals etnische achtergrond, leeftijd, gender en seksuele oriëntatie, meegenomen.

2.4 Minderheidsstress

Minderheidsstress bij asexuele personen verwijst naar de chronische stress die voortkomt uit hun positie als gestigmatiseerde minderheidsgroep. Deze stress kan ontstaan door externe factoren zoals discriminatie, invalidatie van hun identiteit en sociale uitsluiting, evenals interne factoren zoals zelfstigma en de voortdurende noodzaak om hun asexualiteit uit te leggen of te verdedigen (Boot-Haury, 2023). Zoals beschreven in een handreiking door Movisie en de NOA kunnen asexuele personen druk ervaren om te veranderen en kampen ze met schuldgevoelens, wat kan leiden tot minderheidsstress (Timmerman et al., 2022).

Een deel van de asexuele personen is lesbisch, homo, bi+, transgender, intersekse, non-binair en/of queer. Toch ervaren asexuele personen vaak een unieke vorm van onzichtbaarheid binnen zowel de bredere samenleving als de lhbt+ gemeenschap, waar seksuele oriëntatie vaak wordt gedefinieerd in termen van seksuele aantrekkingskracht. Dit kan leiden tot gevoelens van isolatie en een gebrek aan sociale steun (Boot-Haury, 2023). Bovendien kunnen ze te maken krijgen met pathologisering, wat hun welzijn verder onder druk zet. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) benadrukt dat minderheidsstress negatieve gevolgen kan hebben voor de mentale gezondheid van lhbt+ personen, waaronder een verhoogd risico op depressie en angst (Huijnk et al., 2022).

3. Methode

In dit hoofdstuk wordt de gebruikte onderzoeksopzet en -methode beschreven voor het onderzoeken van de ervaringen van personen op het asexuele spectrum in de gezondheidszorg. De data voor dit onderzoek zijn verzameld door middel van focusgroepen. Deze methode werd gekozen omdat het participanten de mogelijkheid bood om hun ervaringen te delen en hierover met elkaar in gesprek te gaan.

3.1 Focusgroepen

Voor de focusgroepen werd een semigestructureerde topiclijst opgesteld. Personen op het asexuele spectrum gaven antwoord op vragen over hun algemene gezondheidsbeleving en welke factoren er volgens hen bijdragen aan je gezond voelen. Vervolgens werd er gevraagd naar ervaringen met de gezondheidszorg. Bijvoorbeeld over toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor personen op het asexuele spectrum, kennis van en begrip over asexualiteit door zorgprofessionals, en over fijne en slechte ervaringen. Tot slot werd gevraagd naar behoeften binnen de gezondheidszorg en aanbevelingen voor het inclusiever maken van zorg voor personen op het asexuele spectrum.

De focusgroepen duurden ongeveer anderhalf uur (90 minuten), en vonden plaats op het kantoor van Rutgers in Utrecht.

3.2 Werving en selectie participanten

Voor dit kwalitatieve onderzoek werden door middel van focusgroepen data verzameld. De doelgroep voor dit onderzoek waren personen die zichzelf identificeren op het asexuele spectrum. Zoals besproken in het theoretisch kader zijn er verschillende vormen van asexualiteit. Het doel was om twee focusgroepen te houden met zes personen op het asexuele spectrum per focusgroep.

Na het opstellen van de topiclijst werd de werving gestart. Hiervoor zijn wervingsteksten opgesteld. Voor de werving werd gebruikgemaakt van het bestaande netwerk van de Nederlandse Organisatie Asexualiteit (NOA). De oproep voor participanten werd verspreid via de sociale media kanalen van de NOA, Rutgers, COC Nederland en WOMEN Inc.

De werving vond plaats van 12 september tot 4 oktober 2024. Geïnteresseerden meldden zich aan via een Microsoft Forms-formulier, en de onderzoekers namen vervolgens contact op met de geïnteresseerden om door te geven dat zij geselecteerd waren voor deelname aan het onderzoek. Hierbij werd gestreefd om in elke focusgroep een zo divers mogelijke groep te includeren, op basis van leeftijd en gender.

De onderzoekers hebben een indeling voor de focusgroepen gemaakt van participanten op basis van hun leeftijd en gender. Er is op die manier voor gezorgd dat een zo gevarieerd mogelijk groep meedeelde aan de focusgroepen. We hebben ervoor gekozen om zo min mogelijk persoonlijke gegevens van de participanten te rapporteren, om te kunnen garanderen dat er geen herleidbaarheid naar de persoon is.

3.3 Kenmerken participanten

In totaal werden elf participanten geworven voor de twee focusgroepen. Twee participanten meldden zich af voor de focusgroep. Er deden in totaal dus negen personen die zichzelf identificeren op het asexuele spectrum mee aan de focusgroepen: vijf participanten in de eerste focusgroep en vier participanten in de tweede focusgroep.

De kenmerken van de respondenten staan beschreven in Tabel 1. Gender is gerapporteerd op basis van zelfrapportage, er waren zowel cis- als transgender participanten. Gezien het kleine aantal participanten worden er genderneutrale voornaamwoorden gebruikt om uitspraken van respondenten te duiden, zodat deze uitspraken niet herleidbaar zijn.

Tabel 1: Kenmerken van de participanten aan de focusgroepen

Pseudoniem	Gender	Leeftijd
Participant 1	Man	22
Participant 2	Vrouw	22
Participant 3	Agender/Man	32
Participant 4	Vrouw	33
Participant 5	Vrouw	29
Participant 6	Vrouw	23
Participant 7	Non-binair	44
Participant 8	Man	34
Participant 9	Vrouw	31

3.4 Analyse

De focusgroepen zijn opgenomen met een audiorecorder en vervolgens getranscribeerd door een extern bureau. De transcripten zijn gecodeerd in het kwalitatieve data-analyseprogramma MAXQDA 24. De analyse is gedaan volgens de methode van de constante vergelijking (constant comparison analysis), oorspronkelijk ontwikkeld door Glaser en Strauss. Deze analyse kent drie fasen (Strauss & Corbin, 1998): (1) open coderen van teksten: toekennen van codes aan stukken tekst die een bepaalde betekenis hebben, (2) axiaal coderen: groeperen van codes in categorieën, en (3) selectief coderen: thema’s toekennen die de inhoud van de te onderscheiden categorieën weergeven.

3.5 Ethische kwesties

We hebben de topiclijst afgestemd met de NOA, om zeker te zijn dat we geen stigmatiserende of schadelijke vragen zouden stellen. We hebben daarnaast zo min mogelijk persoonlijke gegevens van de participanten gevraagd, en de data anoniem verwerkt. We hebben participanten van tevoren een uitgebreide informatiebrief laten lezen en toestemmingsformulieren laten ondertekenen waarin anonimiteit van participanten is gegarandeerd.

4. Resultaten

Dit hoofdstuk presenteert de resultaten van het onderzoek naar de ervaringen van personen op het asekuele spectrum in de gezondheidszorg. De bevindingen zijn gebaseerd op interviews en focusgroepen, waarbij participanten hun persoonlijke ervaringen en perspectieven deelden met betrekking tot de zorg die zij ontvangen. De resultaten bieden inzicht in de specifieke uitdagingen en behoeften van personen op het asekuele spectrum binnen de gezondheidszorg.

4.1 Ervaringen in de zorg

4.1.1 Wel of niet bespreken

Personen op het asekuele spectrum kunnen zorg nodig hebben voor vragen die specifiek verband houden met hun asekualiteit, maar vaker zoeken zij zorg om andere redenen. Wanneer asekualiteit niet de directe aanleiding is voor een zorgvraag, delen personen op het asekuele spectrum niet altijd met hun zorgprofessionals dat zij asekueel zijn. Of zij dit wel of niet bespreken, hangt af van verschillende factoren.

Allereerst is asekualiteit niet voor iedereen relevant binnen een medische of psychologische context. Dit kan komen doordat asekualiteit geen directe invloed heeft op de aandoening of behandeling waarvoor iemand zorg ontvangt. Daarnaast kunnen sommige personen op het asekuele spectrum wel seks hebben, bijvoorbeeld om andere redenen zoals een relatie, kinderwens of sociale verwachtingen, waardoor zij hun asekualiteit mogelijk niet als essentieel ervaren om te benoemen.

“Eh, dus ik zou het niet, ja, ik heb eigenlijk tot op heden ervoor gekozen om het eigenlijk niet te delen met mijn huisarts of andere specialisten waar ik heenga, ook omdat ik, ja, eigenlijk, ik geloof dat het voor mijn persoonlijke ervaring niet heel relevant is.”

“Ik zou het zelf ook niet zomaar benoemen, tenzij ernaar gevraagd wordt, omdat ik ook niet, ik heb nog niet eerder hulp ontvangen waarbij ik denk dat het noodzakelijk is om het te delen, soort van.”

“Ik sta er zelf een beetje in van: als er niet naar gevraagd wordt, dan vertel ik het niet zo snel, hè, dat is een beetje mijn ervaring. En dat is misschien ook omdat ik dan inderdaad wat pragmatisch ben, maar ook omdat het voor mij nog niet echt een belangrijk onderdeel van mijn identiteit is.”

Wanneer een zorgprofessional actief vraagt naar iemands seksualiteit, geven personen op het asekuele spectrum over het algemeen aan dat zij asekueel zijn. Dit komt doordat de vraag impliceert dat seksualiteit relevant is voor de behandeling of het zorgtraject. Wanneer een zorgprofessional expliciet interesse toont in dit aspect van iemands identiteit, kan dat het gevoel van veiligheid en erkenning vergroten, waardoor iemand zich meer op zijn gemak voelt om open te zijn over zijn asekualiteit.

Voor sommige mensen kan het delen van hun asekualiteit met een zorgprofessional als te persoonlijk aanvoelen, zeker wanneer het niet direct relevant lijkt voor de behandeling. Seksualiteit is voor velen een privéonderwerp, dat ze niet vanzelfsprekend bespreken in een medische of therapeutische context. Dit geldt des te meer wanneer ze niet weten hoe de zorgprofessional zal reageren of wanneer ze het gevoel hebben dat het gesprek ongemakkelijk kan worden. Daarnaast spelen persoonlijke grenzen en opvattingen een rol in de mate waarin iemand open is over seksualiteit. Sommige mensen ervaren schaamte of onzekerheid, terwijl anderen simpelweg niet gewend zijn om over dit onderwerp te praten, vooral als het geen directe impact lijkt te hebben op hun zorgvraag.

“Ik denk ook dat dat gewoon heel persoonlijk is. Ik snap mensen heel goed die zeggen van: ik wil die ervaringen niet delen, het is persoonlijk, het is privé. Als het niet relevant is wil ik niet dat ik erover gevraagd word of dat ik erover praat.”

“Ja, ik vind eigenlijk, daarom ben ik ook wat asekualiteit betreft, ik hang het nooit aan de grote klok, omdat ik eigenlijk vind dat iedereen, wat je ook bent, we zijn allemaal mensen en eh, ja, ik ben ook gewoon wie ik ben, dus eh, eigenlijk praat ik heel weinig over mijn asekualiteit tenzij iemand daarover vraagt of het komt ter sprake of het is relevant voor het gesprek.”

Hoewel participanten aangeven dat het voor hen vaak niet relevant is om hun asekualiteit te bespreken, zijn er situaties waarin dit wél van belang is. Dit geldt met name wanneer de zorgvraag direct verband houdt met asekualiteit. Bijvoorbeeld, iemand die ondersteuning zoekt bij het omgaan met een partner met een hoog seksueel verlangen kan niet om dit onderwerp heen. Of wanneer asekualiteit een rol speelt in iemands leven. In dergelijke gevallen is het bespreken van asekualiteit essentieel voor het vinden van passende begeleiding en oplossingen.

“Nee, voor mij was het, dit was dus echt jaren geleden dat ik bij de psycholoog liep en dat was ook rond de tijd dat ik ging nadenken over asekualiteit. Dus daarom was het relevant in onze gesprekken, want het was gewoon van: ja, eh, we bespraken gewoon de week die ik had gehad en dit was dan iets wat speelde, dus dan maak ik dat al bespreekbaar. Dus ik denk ook niet, als ik op elk ander moment in mijn leven (lacht) naar een psycholoog had gegaan, dan had ik het niet eens benoemd. Eh, maar het was gewoon toevallig precies in die periode.”

Daarnaast geven participanten aan dat ze het belangrijk vinden dat een zorgprofessional een volledig beeld heeft van hen als persoon. Dit geldt vooral in contexten waarin identiteit en relaties een rol spelen, zoals bij psychologische of psychosociale hulpverlening. Zo kan het voor een psycholoog waardevol zijn om te weten dat iemand asekueel is, omdat dit invloed kan hebben op iemands zelfbeeld, sociale relaties of ervaren druk vanuit de maatschappij.

“Ja, ik denk het ook wel en niet per se omdat het te maken zou kunnen hebben met iets pathologisch, maar eh, ja, ik denk dat je gewoon naar het gehele plaatje moet kijken, dus ook je leefstijl en dat soort dingen, en sociale kringen en daar hoort je geaardheid toch ook wel een beetje bij.”

Participanten ervaren het ook als relevant om hun asekualiteit te bespreken wanneer het gesprek in het algemeen over seksualiteit gaat. Dit komt bijvoorbeeld voor in zorgsituaties waarin seksualiteit een standaard onderdeel van de anamnese of behandeling is.

Voorbeelden hiervan zijn behandelingen binnen de GGZ, waarbij seksualiteit besproken kan worden in het kader van zelfbeeld, relaties of traumaverwerking. Ook bij de huisarts kan seksualiteit aan bod komen, bijvoorbeeld bij vragen over anticonceptie, seksueel verlangen of lichamelijke klachten die verband houden met seksuele gezondheid. Binnen de transgenderzorg is seksualiteit eveneens een relevant onderwerp, onder andere in gesprekken over genderidentiteit, lichaamsbeeld en de invloed van medische transitie op seksuele gevoelens en relaties.

Daarnaast wordt het als relevant ervaren om asekualiteit te delen bij medisch onderzoek naar of problemen met de genitaliën. Hoewel de zorgvraag in zulke gevallen niet per se direct gerelateerd is aan seksualiteit, kan het toch belangrijk zijn om asekualiteit te benoemen.

Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij onderzoeken naar pijnklachten, hormonale afwijkingen of anatomische bijzonderheden. Zonder deze context zouden zorgprofessionals mogelijk aannames maken over iemands seksuele activiteit of verwachtingen hebben over het seksueel functioneren, wat kan leiden tot onnodige vragen of behandelingen die niet aansluiten bij de behoeften van de zorgvrager.

“Nou, het heeft eigenlijk niets met asekualiteit te doen, maar als je nog geen seks hebt. Ik weet bij vrouwen, die moeten zo’n, hoe heet dat? Pap smeer doen en die hebben nog geen seks en dan kan het wel pijn doen of ook als je, ja... Maar dan is het denk ik ook belangrijk. Dus ik denk alles wat met, als die in de genitaliën in willen...(lacht) geen idee. Ik denk dat het wel belangrijk is als je nog geen seks hebt.”

“En ik heb zelf ook last gehad van eh, een vernauwing van de voorhuid, nou, daar was het ook wel relevant. Daar werd ook wel onderzocht van: kan daar, eh, een overlap zijn tussen het feit dat je asekueel bent en het feit dat seks en masturbatie gewoon pijn doet voor je? Uhm, maar dat dacht ik zelf niet.”

Asekualiteit kan ook ter sprake komen binnen de GGZ, vooral wanneer het gesprek gaat over neurodivergentie, zoals autisme of ADHD. Wanneer asekualiteit binnen deze context wordt besproken, kan dit helpen om beter inzicht te krijgen in de ervaringen en behoeften van de zorgvrager. Bijvoorbeeld, iemand met autisme kan seksualiteit anders ervaren door sensorische overprikkeling of moeite met het

begrijpen van sociale en relationele verwachtingen. Voor iemand met ADHD kunnen factoren zoals impulsiviteit of moeite met langdurige focus een rol spelen in hoe seksualiteit wordt beleefd.

“Ik denk inderdaad dat het voor de psychologische en mentale zorg, eh, best relevant kan zijn, dat er ook wel een overlap zit tussen mijn ervaringen als ADHD-er en mijn ervaringen als, uhm, asekueel persoon.”

“Voor de ADHD-zorg was het wel relevant, want we gingen kijken naar sociale isolementen, we gingen kijken naar sociale ervaringen.”

4.1.2 Seksualiteit is de norm

Zowel wanneer asekualiteit ter sprake komt als wanneer dit niet gebeurt, ervaren participanten dat seksualiteit de norm is binnen de zorg. Zorgprofessionals beschouwen seksualiteit vaak als afwijkend en gaan er standaard vanuit dat een persoon seksueel is—dit wordt gezien als de vanzelfsprekende norm.

Zoals een participant het verwoordt: *“Heteronormatief, uhm, homonormatief, allonormatief, eh, cisnormatief.”* Dit illustreert hoe niet alleen heteroseksualiteit, maar ook seksualiteit in bredere zin als de standaard wordt gezien, terwijl asekualiteit als een uitzondering wordt behandeld.

Hierdoor moeten personen op het asekuele spectrum vaak expliciet ‘uit de kast komen’ om hun zorgprofessional duidelijk te maken dat zij geen seksuele aantrekking ervaren. Dit kan als belastend worden ervaren, vooral wanneer zorgprofessionals hier verbaasd of sceptisch op reageren, of wanneer ze asekualiteit onbewust als een probleem of afwijking benaderen.

“In ieder geval dat het, eh, mensen nog heel erg vinden: iedereen is seksueel en dat is soort van een dogma waar niet aan te tornen valt. Ja, voor mijn gevoel is dat echt verleden tijd. Dus eh, niet iedereen is seksueel en accepteer dat.”

“En uhm, ik herken dat wel ook wat jij zegt, hè, heel veel mensen zijn toch, ja, het gros van de mensen is inderdaad cis en hetero en die gaan natuurlijk heel erg vanuit hun eigen beeld denken.”

Het feit dat seksueel zijn de norm is, kan ertoe leiden dat personen op het asekuele spectrum aarzelen of zelfs terughoudend zijn om hun asekualiteit te bespreken met een zorgprofessional. Ze kunnen bang zijn om niet begrepen te worden of dat hun identiteit niet erkend wordt als legitiem.

Een veelvoorkomende zorg is of de zorgprofessional hen nog wel serieus neemt zodra asekualiteit ter sprake komt. Personen op het asekuele spectrum vrezen bijvoorbeeld dat hun asekualiteit wordt afgedaan als een fase, een symptoom van een onderliggende psychische of medische aandoening, of een gevolg van trauma.

“Eh, ik moet wel gelijk zeggen dat ik het eigenlijk niet zo goed zou durven om dat met de arts te bespreken en eigenlijk merk ik dat ze er standaard van uitgaan, ik denk voor inderdaad mensen die niet echt heel erg overdreven uit de kast komen of iets, dat je gewoon hetero bent. In ieder geval, dat heb ik wel. En ik vraag me ook heel vaak af, eh, ja, eigenlijk vind ik dat het niet eens zou moeten hoeven dat je..., want weet je, voor mensen die hetero zijn, zij hoeven ook niet van: ‘O ja, by the way, ik ben hetero en jij moet rekening met mij houden.’ Maar voor andere mensen moet het helaas wel soms en dat vind ik wel heel jammer en eigenlijk wel een beetje teleurstellend. Ik ben zelf een beetje bang dat ik niet serieus genomen word als ik dat zou zeggen.”

Ook bij fysieke behandelingen in het ziekenhuis ervaren personen op het asexuele spectrum dat seksualiteit de norm is. Zorgprofessionals gaan er vaak automatisch van uit dat seksuele activiteit een rol speelt in medische beslissingen, waardoor personen op het asexuele spectrum onterecht geconfronteerd worden met aannames over hun seksuele leven en behoeften.

Een gedeeld voorbeeld is dat van iemand die een spiraal liet plaatsen om menstruatie te stoppen. De zorgprofessional ging er direct van uit dat dit een keuze was voor anticonceptie en dat de persoon seksueel actief was, terwijl dit helemaal niet het geval was. Dit soort aannames kunnen leiden tot onnodige of ongemakkelijke gesprekken en het gevoel dat de zorg niet goed aansluit bij de werkelijke behoeften van de patiënt.

Een ander voorbeeld betreft een persoon die in transitie was van vrouw naar man. Binnen de transgenderzorg werd er automatisch aangenomen dat deze persoon een *bottom surgery* (geslachtsoperatie) wilde om penetratief seksueel contact te kunnen hebben. In werkelijkheid speelde seks hierin geen rol—de operatie was puur bedoeld om het lichaamsbeeld in lijn te brengen met de genderidentiteit. Dit toont aan hoe diepgeworteld de aanname is dat seksualiteit een bepalende factor is in medische keuzes, zelfs bij ingrijpende lichamelijke behandelingen.

4.1.3 Onbekendheid met asexualiteit

Het komt regelmatig voor dat personen op het asexuele spectrum te maken krijgen met zorgprofessionals die niet goed op de hoogte zijn van wat asexualiteit inhoudt. Dit gebrek aan kennis kan leiden tot misverstanden en onbedoelde oordelen. Vaak is er de aanname dat personen op het asexuele spectrum per definitie geen seks hebben, terwijl dit in werkelijkheid niet altijd het geval is. Sommige personen op het asexuele spectrum hebben bijvoorbeeld wel seks, maar doen dit om andere redenen, zoals het voldoen aan de verwachtingen van een partner, of vanwege een relatie waarin seksuele activiteit belangrijk is.

“Ja, heel veel mensen denken dat asexueel betekent: geen seks hebben.”

In situaties waar zorgprofessionals niet bekend zijn met asexualiteit, worden personen op het asexuele

spectrum vaak geconfronteerd met de noodzaak om hun zorgprofessional hierover te informeren. Dit kan variëren van het delen van een beknopt verhaal tot het verstrekken van gedetailleerde uitleg over hun identiteit en ervaring. Voor sommige personen op het asexuele spectrum is dit geen probleem en hebben ze al een goed voorbereid verhaal of informatie paraat. Anderen kunnen zich echter overvallen voelen door de situatie en vinden het lastig om dit aspect van hun identiteit uit te leggen, vooral als ze niet verwachten dat het relevant zal zijn voor de zorg die ze ontvangen.

“Uhm, wat ik de afgelopen jaren gemerkt heb is dat er héél langzaam een bewustzijn is gaan groeien, maar dat het nog heel relatief héél erg onbekend is. Dus ik moet heel vaak nog uitleggen wat asexualiteit is en, nou ja, daar ben ik gewoon heel goed in, dus dat lukt altijd wel. Maar uhm, ja, als niet elke patiënt, cliënt of wat voor naam het ook heeft, eh, is goed in dat verwoorden, dus die zal daar meer moeite mee hebben of het minder overtuigend kunnen brengen.”

Sommige zorgprofessionals staan open voor het verkrijgen van meer informatie over asexualiteit en tonen interesse in het begrijpen van de ervaringen van personen op het asexuele spectrum. Dit kan bijdragen aan een zorgvuldiger en respectvoller zorgproces, waarin de unieke behoeften van de patiënt centraal staan.

Echter, het komt ook voor dat asexualiteit wordt ontkend of niet erkend als een legitieme vorm van seksualiteit. In dergelijke gevallen wordt asexualiteit vaak gezien als een tijdelijke fase, een gevolg van trauma, of zelfs als een probleem dat opgelost moet worden. Deze ontkenning kan ervoor zorgen dat personen op het asexuele spectrum zich niet serieus genomen voelen en dat hun identiteit wordt gemarginaliseerd of verkeerd begrepen.

“Toen inmiddels wist ik wel dat ik asexueel ben en toen zei deze [arts], en dat was een hoofdarts van de afdeling: ‘Ja, ik heb nog nooit van asexualiteit gehoord, dus dat bestaat niet.’”

4.1.4 Pathologisering

In de zorg wordt asexualiteit nog vaak gezien als iets dat behandeld of opgelost moet worden, alsof het een aandoening is. Dit perspectief kan ontstaan uit onwetendheid of een gebrek aan begrip van asexualiteit als een geldige seksuele identiteit. Terwijl personen op het asexuele spectrum vaak aangeven dat ze zich volledig comfortabel en acceptabel voelen met hun asexualiteit, komt het voor dat zorgprofessionals deze ervaring niet altijd serieus nemen. In plaats daarvan is er vaak de wens om asexualiteit te ‘verhelpen’ of te ‘behandelen’, omdat het niet past binnen de traditionele, seksuele normen die zorgprofessionals gewend zijn.

Deze benadering kan leiden tot onterecht ingrijpen, zoals het voorstellen van behandelingen of therapieën die bedoeld zijn om iemands seksuele verlangens te ‘herstellen’, terwijl er in werkelijkheid niets hoeft te worden veranderd. Dit kan niet alleen verwarring en ongemak veroorzaken

bij personen op het asexuele spectrum, maar ook het gevoel geven dat hun identiteit als minder legitiem of zelfs problematisch wordt gezien.

“En ook die opt-out, zeg maar, in een DSM is ook, het probleem is dat dan, het is dus een probleem als je geen seksuele verlangens hebt, tenzij diegene, nou, als je heel erg vasthoudt dat jij asexueel bent, nou, vooruit, dan is het geen probleem. Maar er wordt uitgegaan van: het is een probleem, het is een gebrek, het is een tekort, je mist iets. Eh, wat zielig, wat rot voor je. Wat heel raar is. ‘O, wat rot dat je hetero bent,’ zeggen we toch ook niet? Ja, dat is hetzelfde. En ik denk dat we daarvan af moeten, dat idee dat... Alleen als jij volhoudt dat het geen probleem is. Moeten we daar denk ik dan maar in meegaan? Dat is de verkeerde volgorde.”

Dit kan ertoe leiden dat personen op het asexuele spectrum ervoor kiezen om hun seksualiteit niet met een zorgprofessional te delen. Ze vrezen dat, wanneer ze dit wel doen, er ten onrechte wordt aangenomen dat asexualiteit een probleem is dat opgelost moet worden. Deze angst voor onterechte aannames kan ervoor zorgen dat ze zich niet comfortabel voelen om open te zijn over hun identiteit, uit vrees dat hun keuze voor asexualiteit als een ‘stoornis’ of iets dat behandeld moet worden, wordt gezien.

“En als je dat zegt, dan is het gelijk van: o ja, misschien moet je eens met een psycholoog of met een dit of met een dat.”

Wanneer mensen aangeven dat ze asexueel zijn, wordt er vaak vanuit gegaan dat hun asexualiteit het resultaat is van een trauma of dat ze emotioneel kwetsbaar zijn. Deze veronderstellingen kunnen ervoor zorgen dat personen op het asexuele spectrum zich gedwongen voelen om hun asexualiteit niet te delen, uit angst dat het verkeerd wordt geïnterpreteerd of dat ze als ‘gebroken’ worden gezien. In plaats van hun identiteit te kunnen delen, moeten ze zich verantwoorden of uitleggen waarom hun asexualiteit geen gevolg is van een trauma of emotionele kwetsbaarheid.

“Ja, dat ze bijvoorbeeld denken als je zegt dat je asexueel bent, van: o ja, je zal vast wel een trauma in je leven hebben gehad of je zal vast wel dit of dat, terwijl dat niet eens zo hoeft te zijn.”

“Eh, omdat denk ik heel snel de tendens is, eh, als je benoemt dat je asexueel bent, dan is het inderdaad heel vaak de vraag van: ‘O, heb je dan trauma’s vanuit het verleden, ben je aangerand?’ Dat is best wel een vraag die dan heel snel voorbijkomt. Eh, ik kan me wel herinneren van toen ik vele jaren geleden bij de psycholoog liep, niet voor mijn ADHD (licht). Uhm, maar eh, en oké, zelfs als dat wel zo is, dan betekent dat nog steeds dat ik asexueel ben (licht).”

“Ik vind het al onvoorstelbaar dat het pathologiseren voor zou kunnen komen bij homomannen of biseksuele mensen, dat zo iemand bij de huisarts komt en die vraagt: ‘O, je bent biseksueel? Is er iets gebeurd in je kindertijd?’ Dus voor mij is dat hetzelfde voor asexuele personen, het is een hele rare, onbeschofte vraag.”

Daarnaast komt het regelmatig voor dat zorgprofessionals aannemen dat asexualiteit het gevolg is van een onderliggende psychische aandoening, zoals depressie. Dit leidt ertoe dat personen op het asexuele spectrum zichzelf moeten bewijzen door aan te tonen dat ze niet per definitie depressief zijn en dat hun asexualiteit geen probleem hoeft te zijn.

“Ik heb tien jaar geleden ook bij [naam transgenderzorg organisatie] gelopen en toen wisten ze echt van niks. Toen ben ik ook onderzocht op depressie en dat soort dingen, want ze zeiden echt van... Ze kennen het niet, ze erkennen het ook niet.”

“En ik vind het altijd ook lastig bij psychologische hulp, ze vragen dan ook zo dingen af en als je dan zegt: ‘O, ik heb geen zin in seks of ik masturbeer niet’ of zo, dan ben je altijd depressief. En dat klopt helemaal ook niet. Ik vind het altijd, ja, ik geef hun altijd mee: nou, ik masturbeer niet, omdat ik geen trek of ja, ik heb die, ja, ik weet het woord niet, urge. Behoeft niet. En hetzelfde voor seks, maar die, als ze asexualiteit niet kennen, dan is het altijd: ‘Jij bent gewoon depressief.’ (Lacht) En ja.”

Deze veronderstellingen kunnen niet alleen ongemak veroorzaken, maar ook het gevoel geven dat personen op het asexuele spectrum voortdurend hun identiteit moeten rechtvaardigen. Dit kan leiden tot terughoudendheid in het delen van belangrijke informatie, omdat ze vrezen dat hun ervaringen niet serieus worden genomen of verkeerd begrepen. Ook kan dit leiden tot zorgmijding. Daarnaast kan de pathologisering van asexualiteit ervoor zorgen dat iemand zich niet veilig voelt om hun asexualiteit te delen. Het idee dat asexualiteit iets is wat ‘opgelost’ moet worden, kan het vertrouwen in zorgprofessionals ondermijnen en de openheid in de communicatie belemmeren.

“En dan word je eigenlijk een beetje zo, ja, op die manier aan de kant geschoven. Eh, ja, dat ik soms denk: je bent meer veilig als je gewoon niet je mond opentrekt. Ook omdat je in hele behandeling gewoon serieus genomen wordt, los van je seksualiteit. Bijvoorbeeld, dan is het als jij dan zou zeggen van: ‘O ja, ik, eh...’ ik noem maar wat: ‘Ik ben non-binair of ik ben transgender of ik ben asexueel’, dan gaan ze er altijd van uit dat jij, ja, dat jij iets hebt meegemaakt of dat je misschien op een psychisch of emotioneel vlak kwetsbaar bent.”

Er werden verschillende ervaringen gedeeld door participanten die naar de genderpoli gingen, waar hun asexualiteit vaak werd gezien als iets dat mogelijk zou verdwijnen na de transitie. Zorgprofessionals binnen de transgenderzorg gingen ervan uit dat de asexualiteit een tijdelijk kenmerk was, dat wellicht te maken had met de onzekerheid of dysforie die gepaard gaat met de periode voor de transitie. Er werd gedacht dat zodra de transitie afgerond zou zijn, de persoon ‘normaal’ seksueel actief zou worden (aldus de zorgprofessional), of dat hun seksuele aantrekkingskracht vanzelf zou veranderen.

“In [jaartal] ben ik mijn transitietraject gaan doen in [stad] bij de genderpoli en ook daar verteld van: goh, ik ben asexueel, geen trauma, niks is er daarin en toen zei ze: ‘Ja, maar misschien zit je in een verkeerd lijf en als je dan dadelijk jouw medische transitie doorlopen hebt en je dan wel dus het eh, het lijf hebt wat je, eh, ja, wat bij je past, dan ben je daarna niet meer asexueel.’ Dus dat zijn steeds dingen dan, uhm, ja. En ik ben bij beide keren bij die artsen, ik ben gewoon boos geworden. Ik zeg: ‘Ja, het is een geaardheid en het is niet iets medisch dat opgelost moet worden met hormonen, met uhm, ja, sekspeeltjes’, weet je. Nee, ja, dus dat is steeds dat ik merk dat er vooral dus in de zorg, dat het dan echt, ja, gemedicaliseerd wordt of van: ‘Ja, heb je een seksueel trauma of hormoonbalans?’”

“[...] Dat je dat wel goed kunt aansturen en inderdaad niet gaat aansturen op van: ga dit proberen of ga dat proberen of ga een hormoontest doen of dat soort onzin. Maar dat je het gewoon serieus neemt. Het is niet iets wat genezen moet worden, zeg maar, en dat zie ik best wel terugkomen in de zorg.”

4.1.5 Ongewenste behandeling en conversietherapieën

In de inleiding schreven we dat personen op het asexuele spectrum soms te maken krijgen met ongewenste behandelingen of conversietherapie. Bij de participanten aan de focusgroepen vond dit met name plaats in de vorm van gesprekken in de GGZ, waar de participanten niet waren om hun asexualiteit te laten behandelen, maar met een andere hulpvraag. Vervolgens vonden er gesprekken plaats over asexualiteit, en hoe dit verholpen zou kunnen worden.

Er kwam één verhaal naar voren van een participant die vermoedt dat diegene, zonder diens medeweten of toestemming, behandeld werd met medicatie met het doel om diens seksuele gevoelens of verlangens te ‘veranderen’ of om seksueel actiever te worden. Deze persoon ervaarde dat bepaalde behandelingen of interventies op subtiele wijze gericht waren op het vergroten van diens seksuele gevoelens, zonder dat de therapeut of zorgprofessional diens asexualiteit erkende of respecteerte.

“[...] Heb ik lang bij één bepaalde GGZ gezeten die eigenlijk heel erg slecht te werk ging en de psychiater die mij daar behandelde, die is later ook aangeklaagd wegens wangedrag, dus wie weet die weet. Maar eh, ik heb het eh, vermoeden nooit helemaal kunnen loslaten dat hij mij opzettelijk een bepaald soort antidepressivum voorschreef waarvan bekend was dat het heel erg libido verhogend werkte, omdat nou ja, hij ook wel wist van mijn intake dat ik heel erg ambigue of onverschillig was over seksuele dingen en een partner willen.”

4.1.6 Verandering over tijd

De ervaring van de participanten is dat de kennis over asexualiteit in de loop der tijd aanzienlijk is verbeterd. Vooral in de afgelopen tien jaar is er meer aandacht en

bewustwording ontstaan rondom asexualiteit, zowel binnen de zorgsector als in de bredere samenleving. Deze groeiende bekendheid heeft bijgedragen aan een grotere acceptatie en het verminderen van vooroordelen over asexualiteit.

“Soms kun je, eerst kwam je gewoon geen mensen tegen die dit kende en de afgelopen jaren zie je iets meer mensen die er wel bekend mee zijn, ook in de zorg.”

In de zorg is er een toenemende bereidheid om asexualiteit te erkennen als een geldige seksuele identiteit, wat heeft geleid tot een betere afstemming van zorg op de behoeften van personen op het asexuele spectrum. Ook buiten de zorg is er meer ruimte gekomen voor gesprekken over diverse seksuele identiteiten, waardoor asexualiteit steeds minder wordt gezien als een mysterie of probleem. Desondanks blijven er nog steeds uitdagingen bestaan, zoals onwetendheid en vooroordelen, maar de vooruitgang die de afgelopen jaren is geboekt biedt hoop op verdere acceptatie en begrip in de toekomst.

De groeiende zichtbaarheid van asexualiteit in de media, de wetenschap en andere maatschappelijke domeinen speelt een belangrijke rol in deze verandering, en draagt bij aan een inclusievere benadering van seksualiteit in het algemeen.

“Ik denk inderdaad dat er in tien jaar tijd ook wel veel is veranderd op dat gebied. Ik denk in algemene zin wel (lacht) dat veel meer, eh, ja, seksualiteit en expressies veel bekender, zeg maar, in ieder geval meer in de mainstream zijn gekomen in de afgelopen tien jaar.”

“Ja, maar ik ben met het wel met je eens, in de afgelopen jaren heb ik wel echt gemerkt dat er meer begrip is in ieder geval en wel meer kennis. Eh, meestal eh, heel even kort, maar meestal zeg ik inderdaad niet dat ik asexueel ben, maar ik zeg meestal gewoon iets in de trend van: ik vind seks gewoon niet zo interessant of zo. Uhm, en ik denk dat daar wel een soort van de respons beter op is geworden, in die zin dat het is van: ‘O ja, dat kan’ in plaats van dat er, zeg maar, meteen op wordt doorgevraagd, terwijl het niet relevant is. Dus ik denk in die zin dat dat wel beter is geworden in de afgelopen, ja, negen jaar.”

4.2 Behoeftes op het gebied van zorg

4.2.1 Bespreken wanneer het relevant is

Zoals eerder beschreven, is de wens van veel personen op het asexuele spectrum om hun asexualiteit alleen te bespreken wanneer het relevant is voor hun zorgvraag. Echter, zoals ook genoemd, wordt allosexualiteit vaak als de norm beschouwd, en zorgprofessionals weten vaak niet of iemand asexueel is. Dit roept de vraag op of zorgprofessionals actief zouden moeten vragen naar iemands seksuele identiteit, of juist niet. De meningen hierover verschillen.

Op de vraag of zorgprofessionals actief naar asexualiteit zouden moeten vragen, kwamen verschillende antwoorden naar voren van de participanten. Sommigen gaven aan dat het belangrijk zou zijn als zorgprofessionals hiernaar vroegen, vooral wanneer het relevant zou kunnen zijn voor de behandeling. Anderen waren van mening dat dit te persoonlijk zou zijn en dat het beter zou zijn om het gesprek aan de patiënt zelf over te laten, zodat ze zelf kunnen bepalen wanneer en hoe ze deze informatie willen delen.

“Nee, ik vind eigenlijk, eh, in het ideale plaatje, eh, zou het niet eens moeten hoeven gewoon, want als ik hetero..., ze vragen ook niet: ‘O, ben jij hetero of ben je wat anders?’ (Lacht) Ja, toch?”

“Ja, ik denk in situaties dat het relevant zou kunnen zijn, dat het dan misschien wel fijn is als het direct gevraagd wordt, zeker als je dus inderdaad naar een psycholoog gaat, om welke reden dan ook, en ze gaan, ja, (lacht) door de DSM om te kijken wat er aan de hand is (lacht), dan is het misschien inderdaad wel relevant dat je asexueel bent, want als je dan een vragenlijst gaat invullen en je moet inderdaad aangeven: hoe zit het met je... (lacht), met seks en dergelijke, dan is het wel relevant dat ze daar actief naar vragen. Eh, ja, dat denk ik wel. Ja, je maakt het makkelijker bespreekbaar, denk ik.”

Een participant stelde voor dat zorgprofessionals seksualiteit één keer tijdens het zorgproces zouden moeten verifiëren, en het daarna alleen nog zouden moeten bespreken wanneer het relevant is voor de behandeling. Dit zou ervoor zorgen dat de kwestie van seksualiteit niet onterecht telkens opnieuw ter sprake komt, maar dat het wel duidelijk is dat de zorgprofessional openstaat voor het onderwerp wanneer het belangrijk is voor de zorgbehoefte van de patiënt. Deze benadering zou kunnen bijdragen aan een respectvolle en efficiënte communicatie, waarbij de patiënt zich niet gedwongen voelt om over een privéonderwerp te spreken, tenzij het echt nodig is voor hun welzijn en behandeling.

“Ja, nee, dus ik voel eigenlijk helemaal niet de ruimte om dat te zeggen. En ik vind eigenlijk: in het ideale plaatje, zou je niet eens hoeven... Weet je, bijvoorbeeld dat het misschien één keer, net als dat ze vragen van, eh, ik noem maar wat: ben je getrouwd of niet of heb je kinderen of niet? En dat je dan aangeeft van: nou, dit is mijn seksuele geaardheid. Maar niet dat je verder het gevoel hebt dat je daarin, eh, ja, je moet verantwoorden, maar ook dat je jezelf daar hard voor moet maken of zo.”

Dit toont aan dat er geen eenduidig antwoord is op deze vraag, en dat de benadering van zorgprofessionals sterk afhankelijk is van de situatie, de relatie tussen de patiënt en zorgprofessional, en de context van de zorg(vraag).

4.2.2 Alleen in het medisch dossier als het relevant is

Wanneer asexualiteit voor de zorgvraag relevant is, vinden personen op het asexuele spectrum het over het algemeen prima dat dit in het medisch dossier genoteerd werd. Maar

wanneer het geen rol in iemands leven speelt of geen deel uitmaakt van een zorgvraag is het niet relevant dit te noteren. Het werd door participanten gewaardeerd dat hun asexualiteit niet altijd in hun medische dossier werd genoteerd, zelfs wanneer de zorgprofessional hiervan op de hoogte was. Dit werd gezien als een manier om hun privacy te respecteren en te voorkomen dat hun seksuele identiteit onterecht geassocieerd werd met een mogelijke zorgvraag of probleem. Het benadrukte de wens van de participanten om hun asexualiteit alleen te delen wanneer dit relevant is voor de zorg, zonder dat het onterecht als een medische kwestie of aandoening wordt behandeld. Het erkennen van deze wens toont de belangrijke balans tussen transparantie voor de zorgprofessional en respect voor de persoonlijke grenzen en privacy van de patiënt.

“Nou, ik heb zelf gewoon gemerkt dat het oordelende en het, eh, pathologiserende, dat is afgenomen en het accepteren of gewoon het reageren met: ‘Oké, je bent asexueel, ik neem het mee, ik schrijf het niet op’, dat is wel een ervaring die ik iets vaker heb gehad in de laatste twee/ drie jaar. Dus dat vind ik zelf fijner.”

“Kijk, ik zeg het omdat ik zelf denk dat het relevant is. Als de arts niet denkt dat het relevant is, dat is ook prima. Die kan daar een professioneel oordeel over maken. Uhm, maar als de arts tot de conclusie komt dat het wel relevant is en dat het er wel iets mee te maken heeft. Dan denk ik dat de arts dat ook gewoon mag meenemen en mag opschrijven, maar andersom mag de arts van mij ook zeggen van: ‘Ja, oké, maar voor deze vraag is je geaardheid niet relevant.’”

4.2.3 Meer kennis bij zorgprofessionals

De participanten aan de focusgroepen benadrukken het belang van meer kennis over asexualiteit binnen de zorg. Ze geven aan dat betere en toegankelijke informatie zorgprofessionals kan helpen om onterechte aannames te voorkomen, asexualiteit op een meer inclusieve manier te normaliseren en onwenselijke behandelingen te voorkomen. Het vergroten van de kennis zou bijdragen aan een zorgomgeving waarin asexualiteit wordt erkend als een legitieme seksuele identiteit, waardoor mensen zich begrepen en ondersteund voelen zonder dat ze hun identiteit hoeven te verdedigen of te rechtvaardigen.

“Ja, daar wil ik me bij aansluiten, want inderdaad, als niet de goede kennis aanwezig is, dan moeten mensen heel veel dingen uitleggen, er worden verkeerde conclusies en interpretaties opgesteld die soms echt heel pijnlijk of heel, eh, ja, het vertrouwen ook weer kunnen beschamen, die pijnlijk zijn of die juist mensen weer heel erg afsluit voor verdere hulpverlening, omdat ze zich compleet verkeerd begrepen voelen of dat ze het gevoel hebben dat ze juist de verkeerde behandeling krijgen wat totaal niet aansluit bij waar ze behoefte aan hebben, dus dat de zorgvraag en de geboden hulp niet overeenkomt. Dus daar moet ook gewoon goed geluisterd worden. Aan de andere kant is kennis nodig, maar er moet ook gewoon goed geluisterd worden, want iedereen is anders. En er zijn gewoon nog heel veel, eh, vooroordelen van als je asexueel bent die heel snel geroepen worden.”

Om te beginnen is het cruciaal dat er informatie over asexualiteit wordt opgenomen in zorgopleidingen. Dit biedt toekomstige zorgprofessionals de kans om al vroeg in hun opleiding kennis te maken met deze seksuele identiteit en de specifieke behoeften van asexuele personen. Door asexualiteit een plaats te geven in het curriculum, kunnen zorgprofessionals leren hoe ze deze identiteit respectvol kunnen benaderen, zonder aannames of vooroordelen.

“Voor mij begint het voor een groot deel bij training en erkenning. Als zorgverleners gewoon als onderdeel van de opleiding een klein stukje mee kunnen krijgen over de ervaringen van queerpersonen zelf en dan het liefst ook door queerpersonen zelf. Er is ook nog wel veel te vaak geschreven over of gepraat over. Uhm, dus dat is ook niet helemaal de bedoeling. Ook het actief tegengaan van bepaalde stereotypes en misvattingen, dus ook het idee dat asexuele personen bij voorbaat geen seks hebben of dat er iets van trauma of dat soort problemen in het spel zouden zijn.”

Participanten stellen voor dat zorgprofessionals wetenschappelijke literatuur, artikelen en betrouwbare bronnen over asexualiteit bestuderen. Dit zou hen helpen een beter inzicht te krijgen in wat asexualiteit inhoudt, hoe het zich verhoudt tot andere seksuele identiteiten en welke zorgen of vragen asexuele personen kunnen hebben in zorgsituaties. Door deze kennis kunnen zorgprofessionals misverstanden en onterechte aannames voorkomen, en beter inspelen op de behoeften van personen op het asexuele spectrum.

“Ja, klopt. En ik denk ook gewoon: er is nog een stukje meer bekendheid nodig, dus als in medische tijdschriften het onderwerp behandeld zou worden, dat zou ik alleen maar toejuichen.”

“Ik denk ook, eh, dat nou ja, meer eh, ja, onderwijzing bij zorgverleners, dat dat ja, eh, dat is nodig, maar misschien is dat ook wel een beetje het, eh, ja, het minimum, want volgens mij staat in het DSM al een jaar of vier, zes misschien, eh, asexualiteit, ja, staat het als kanttekening erin onder eh, seksuele stoornissen van: o, als de patiënt zegt dat die asexueel is, dan moet je niet deze diagnoses toepassen. Maar dat is dus nog steeds iets dat in theorie heel makkelijk gewoon door de arts of zorgverlener kan worden genegeerd en nou ja, dus misschien, eh... Laatst was er een Webinar voor huisartsen waarin ze konden leren van: oké, welke zorg lever ik aan een patiënt die transgender is en misschien is zoiets dan ook handig voor eh, voor asexualiteit. Nou ja, eh, dat zijn allemaal kleine dingetjes en dan blijft er ook altijd het risico, zoals bij andere onderwerpen, dat de desbetreffende zorgverlener die informatie nog steeds negeert. Maar dan is er in elk geval wat meer algemene kennis over. Ja.”

Deze trainingen hoeven niet alleen gericht te zijn op asexualiteit, maar kunnen ook bredere onderwerpen behandelen, zoals seksuele en genderdiversiteit, inclusief queeridentiteiten. Het is belangrijk dat zorgprofessionals zich bewust zijn van de verschillende seksuele identiteiten

en ervaringen van hun patiënten, zodat ze de juiste zorg kunnen bieden. Door zulke trainingen kunnen zorgprofessionals beter begrijpen hoe ze een inclusieve, respectvolle en gepersonaliseerde zorgomgeving creëren voor mensen met diverse seksuele oriëntaties en identiteiten.

“Ja. Ik denk eh, net als dat ze nu in de gezondheidszorg dat bijvoorbeeld verpleegkundigen of artsen naar lezingen regelmatig gaan, omdat er heel veel ontwikkelingen in de zorg zijn, dat ze dat ook moeten doen voor dit soort dingen. Ik denk dat dat ook een hoop zou kunnen helpen. Dus ook gewoon na de opleiding en na je loopbaan, dat erin houden.”

Er zijn verschillende vormen van asexualiteit. Wanneer het gaat om scholing is het belangrijk dat er niet wordt aangenomen dat alle personen op het asexuele spectrum hetzelfde zijn. En dat er verschillende manieren van scholing worden ingezet.

“Ik denk dat het voornaamste, het belangrijkste is dat het niet één of ander regeltje in de DSM wordt van ‘dit is het en zo gaat het’, maar dat er verschillende ervaringen van verschillende asexuele personen gedeeld kunnen worden met, eh, mensen in de gezondheidszorg, eh, dat er ook beter onderzoek kan worden gedaan naar verschillende issues waar ze mee spelen, eh, isolement, relaties, vragen over reproductie. [...] Uhm, en daar zal je heel veel verschillende asexuele personen voor moeten spreken om die ervaring goed helder te krijgen.”

“Ik denk dat het echt al wel begint bij educatie, eh, van artsen en behandelaars. Ja, nu hoor je ook weer dat dan, eh, dat hebben we zaterdag ook besproken in die, eh, in die ja, dat gesprekspanel wat we hadden. Libido staat gewoon totaal los van asexualiteit. Dat heeft helemaal niets met elkaar te maken daarin. Eh, iemand kan asexueel zijn en nog steeds een libido hebben. Dus daar is heel veel, dus die, eh, ja, misschien niet eens onbegrip, maar ja, te weinig kennis daarvan wat het dus uiteindelijk betekent en ja, waar ook inderdaad bij mij met die seksuoloog, die heeft ook nooit aan mij gevraagd van: ‘Goh, heb je er problemen mee dat je gewoon geen seksuele gevoelens hebt?’ En dan kan je dus al zeggen van, o ja, als iemand zegt van: ‘Voor mij is het wel prima’, dan kan je in ieder geval kijken welke richting je opgaat en niet, eh... Dus die voorlichting en die educatie daarin, dat is in ieder geval al dus een beginpunt daarin.”

Een participant gaf onlangs aan dat diegene aan een zorgprofessional heeft verteld over hun asexualiteit. Deze persoon vindt het belangrijk dat zorgprofessionals meer leren over asexualiteit, maar begrijpt dat dit niet altijd het geval is bij het eerste contact. Het wordt niet als een probleem ervaren wanneer een zorgprofessional niet meteen volledig op de hoogte is, zolang er openheid en bereidheid is om te leren en te luisteren. Deze houding benadrukt het belang van zorgprofessionals die bereid zijn zich verder te informeren en een respectvolle en begripvolle benadering te tonen, zonder veronderstellingen te maken.

“Mijn persoonlijke ervaring is dat het inderdaad wat, eh, wat je ook al zei, er is gewoon een omslagpunt geweest. De laatste keer dat ik bij de gezondheidszorg ben geweest is in januari geweest, hier bij [naam GGZ organisatie]. Toen heb ik het ook besproken. Ook ik houd veel asexualiteit voor me, ook gewoon omdat ik vind dat, het is persoonlijk, maar tegelijkertijd vind ik het ook wel belangrijk om erover te praten, om aan dit soort dingen mee te doen, om het te noemen bij de arts als ik denk dat het ook maar iets relevant is, omdat ik wil dat het meer gaat leven bij mensen. Dus laat de dokter maar een keertje Wikipedia openen en kijken wat het nou eigenlijk is. Eh, en dan heeft hij maar drie foute takes. Maar dan heeft hij tenminste die pagina gelezen, denk ik dan bij mezelf.”

Het is essentieel dat zorgprofessionals niet automatisch aannemen dat personen op het asexuele spectrum geen seks hebben of geen kindervens hebben. Daarom is het belangrijk dat wanneer asexualiteit wordt besproken, zorgprofessionals actief vragen of iemand seksueel actief is of een kindervens heeft, zonder veronderstellingen te maken. Dit zorgt ervoor dat de zorg afgestemd is op de werkelijke behoeften en wensen van de persoon. Daarnaast is het cruciaal dat zorgprofessionals de patiënt als een individu benaderen, waarbij niet alleen de medische situatie, maar ook de persoonlijke ervaringen, voorkeuren en waarden in acht worden genomen.

“Maar eh, ja, het kan best wel complex zijn, denk ik, in die zin, zeker wanneer het wel relevant is voor een arts, want als jij dan aanvinkt van: ‘Ik ben asexueel’ en zij gaan denken: o ja, die heeft dan nooit seks en je hebt ondertussen wel allerlei problemen of het is misschien wel belangrijk dat, stel je voor, ik heb bijvoorbeeld dat ik medicatie gebruik en ik, eh, ja, als ik een kindervens heb of ik wil zwanger worden, dan moet ik dat heel strikt en goed inplannen, omdat ik dat niet samen met de medicijnen kan gebruiken en stel je voor dat je dan een arts hebt en die zegt van: o ja, nou, ik zie dat zij asexueel is, dus we kunnen gewoon..., en mij dan niet vertelt dat ik met die medicijnen niet zwanger mag worden en ik dat niet weet en dat hij ervan uitgaat ik toch nooit seks heb, ja, dan wordt het wel een probleem. Dus ik denk in die zin dat sowieso, eh, dat asexualiteit zelf meer benoemd moet worden, maar dat mensen daar ook echt veel dieper in op moeten gaan en begrijpen dat, ja, iedereen daarin ook anders is.”

4.2.4 Open houding van zorgprofessionals

Personen op het asexuele spectrum gaven aan dat het cruciaal is dat zorgprofessionals een open en respectvolle houding aannemen, zodat zij zich vrij voelen om hun seksualiteit te delen wanneer dat relevant is, zonder het gevoel te hebben zich gedwongen of ongemakkelijk te voelen. Dit creëert een veilige ruimte waarin zij hun identiteit kunnen uiten zonder angst voor stigmatisering of misverstanden. Het is van groot belang dat zorgprofessionals minder aannames maken over asexualiteit en de neiging vermijden om standaard te veronderstellen dat iedereen seksuele gevoelens of verlangens ervaart.

“Ik denk dat het belangrijkste gewoon echt is dat er niet zomaar aannames meer worden gedaan, dus niet dat een arts of psycholoog er maar gewoon van uitgaat, of iemand anders die daar werkt, van: o ja, je zal wel hetero zijn of als je asexueel bent van: o ja, nou, jij zal het dan wel zo en zo doen. Dat is denk ik mijn grote angst, maar ook wat belangrijk is om te voorkomen.”

“Ja, daar wil ik me bij aansluiten, want inderdaad, als niet de goede kennis aanwezig is, dan moeten mensen heel veel dingen uitleggen, er worden verkeerde conclusies en interpretaties opgemaakt die soms echt heel pijnlijk of heel, eh, ja, het vertrouwen ook weer kunnen beschamen, die pijnlijk zijn of die juist mensen weer heel erg afsluit voor verdere hulpverlening, omdat ze zich compleet verkeerd begrepen voelen of dat ze het gevoel hebben dat ze juist de verkeerde behandeling krijgen wat totaal niet aansluit bij waar ze behoefte aan hebben, dus dat de zorgvraag en de geboden hulp niet overeenkomt. Dus daar moet ook gewoon goed geluisterd worden.”

Het trainen van gespreksvaardigheden is essentieel om een open en respectvolle houding te ontwikkelen, waarin patiënten zich veilig voelen om hun seksualiteit of andere persoonlijke onderwerpen te delen. Goede gespreksvaardigheden stellen zorgprofessionals in staat om zorgvuldig en zonder oordeel te luisteren, de juiste vragen te stellen en ruimte te geven voor de ervaring van de patiënt.

“Ik denk ook dat het in de algemene zin gewoon gespreksvaardigheid is, om heel eerlijk te zijn, want het is inderdaad de manier waarop er uiteindelijk mee wordt omgegaan. En ik denk heel terecht die angst waar jij het eerder over had, over eh, met moeten verdedigen of dat het gepathologiseerd wordt. Ik denk eigenlijk dat dat gewoon een gespreksvaardigheid is en niet per se, niet eens per se gaat over de kennis niet hebben over een bepaald onderwerp. [...] Eh, dus het is ook, zeg maar, ja, de manier waarop je zo’n gesprek ingaat. Zo van: vraag me dit omdat je gewoon wilt weten, eh, wat mijn geschiedenis is en hoe dat relevant is voor waarom ik hier nu ben of vraag je het omdat je probeert te ondermijnen dat ik asexueel ben? Dat is het heel erg. En vaak voelt het toch meer als dat tweede voor mij in ieder geval.”

Om dit te bereiken is er een cultuurverandering nodig, zowel binnen de zorgsector als in de bredere samenleving. Het is belangrijk dat zorgprofessionals niet alleen hun kennis uitbreiden, maar ook een houding ontwikkelen die openstaat voor diverse seksuele identiteiten en ervaringen.

“Ik denk dat er echt een cultuurverandering ook nodig is als maatschappij dus ook in de medische wereld en dat ja, sijpelt dan toch door. Nadenken over seks, seksualiteit, aantrekkingskracht, relaties en ook hoe we dat rangen geven in de maatschappij. Er zijn zoveel dingen die we als vanzelfsprekend aannemen en ik denk dat iedereen er voordeel aan heeft als we dat ook met een lens van asexualiteit gaan bekijken, dat we het niet vanzelfsprekend vinden dat iedereen een partner heeft of

één partner heeft, bij voorkeur van het tegenovergestelde geslacht. Dat iedereen dat zou moeten willen op diezelfde manier. En daarnaast heb je vrienden, maar dat is toch echt wel een trede daaronder. Eh, ik denk dat we daar heel anders over na moeten denken ook als maatschappij.”

4.2.5 Passende vragenlijsten

Participanten gaven aan dat ze vaak tegen het probleem aanliepen dat de vragen in vragenlijsten niet goed aansloten bij de antwoorden die ze zouden willen geven. Vooral als het om seksualiteit ging, ontbrak er vaak de mogelijkheid om aan te geven dat iemand asexueel was. Ook werden er meerdere voorbeelden gedeeld van vragenlijsten die geen rekening hielden met asexualiteit: er was bijvoorbeeld alleen een optie om aan te geven dat iemand geen interesse in seks ‘meer’ had. Deze vraagstelling impliceert dat iedereen daar ooit wel interesse in had, en dat maakt dat vragen in het geheel niet te beantwoorden zijn. Dit gebrek aan opties en de vraagstellingen met aannames zorgden ervoor dat personen op het asexuele spectrum zich niet volledig erkend voelden in hun identiteit, wat het moeilijk maakte om hun situatie goed weer te geven.

“Dus als die lijsten, die vragenlijsten bij huisartsen, bij psychologen, in het ziekenhuis, als die bij die standaard blijven waar je dus niet in kunt vullen, eh, ja, dat er dus ook andere dingen zijn dan, ja, dan blijf je uiteindelijk daarin hangen.”

“Ja, en ik denk ook dat inderdaad dit soort lijsten, de gesprekken, eh, dat het veel meer ook, ja, veel meer verweven kan worden dat iedereen seksualiteit en intimiteit op héle verschillende manieren ervaart en dat dat veel opener moet dan hele afgesloten vragen. En dat is nogal zeker wat je noemt met digitale vragenlijsten waar je gewoon geen nuance aan kunt toevoegen, want dat zou je nu heel graag doen.”

Een voorbeeld van een goed uitgewerkte vragenlijst werd genoemd in het geval van de bloedbank. In deze vragenlijst wordt niet gevraagd naar de seksuele identiteit van de persoon, maar simpelweg of diegene in de afgelopen maanden seks heeft gehad. Deze benadering wordt als positief ervaren, omdat het geen aannames doet over iemands seksuele voorkeur of identiteit, maar in plaats daarvan focust op gedrag.

“Ja, en stel ook vragen die ertoe doen. Ik moet nu denken aan, waar doen ze het bijvoorbeeld wel wat mij betreft goed? Is als je bloed gaat doneren, want dan vul je een vragenlijst in. Ik bedoel, daar is ook dingen aan af te geven vanuit andere perspectieven hoor, maar eh, daar vul je namelijk in: je gedrag. En dat zijn gewoon: wat heb je wel of niet gedaan in de afgelopen drie maanden. Eh, op seksueel gebied, maar ook allemaal dingen. En daar gaat het dus verder niet om identiteit of hoe voel je je erbij of is het ingewikkeld, maar gewoon: dat doet ertoe en het maakt dan echt verder helemaal niks uit wat daarachter zit. Dus het kan blijkbare wel. Maar goed, ja, ik weet niet, je

hebt natuurlijk, als je bij een psycholoog intake doet, dan heb je gewoon andere vragen nodig. Maar nou ja, dat is een andere, daar staat niet: ben je homo? Maar: heb je in de afgelopen drie maanden geslachtsgemeenschap gehad met iemand van hetzelfde geslacht? Bijvoorbeeld dat soort vragen. Dat zijn hele to the point vragen.”

Het werd door een participant gewaardeerd dat een psycholoog in de transgenderzorg zich uitsprak en aangaf dat ze bepaalde vragen over seksualiteit moest stellen, ondanks dat ze wist dat haar patiënt asexueel was. Dit was noodzakelijk voor een vragenlijst, maar het hielp de asexuele persoon om te weten dat de zorgprofessional het ook niet goed vond.

“Ook bij de transgenderzorg uhm, ik moet wel de vragenlijst invullen met die, ja, psycholoog, maar die psycholoog zegt zelf: ‘Ik wil dat eigenlijk niet vragen en ik vind dat ook helemaal niet fijn. Ik moet dat wel vragen en, ja, het spijt me van dit.’ Uhm, ze wist wel dat ik asexueel ben en dat heeft eigenlijk ook, ja, maakt niet uit wat er gebeurt met mij. Maar ik vond het fijn dat ze ertegen kijkt dat, eigenlijk zou dat niet.”

4.2.6 Lhbt+ gerichte zorg

Er was vraag naar lhbt+ gerichte zorg (ook wel queergerichte zorg genoemd), waarbij het belangrijk is dat zorgprofessionals zich bewust zijn van de specifieke behoeften van queer personen. Zoals eerder beschreven is een deel van de personen op het asexuele spectrum queer. De huisarts is vaak niet altijd de meest geschikte professional voor het bieden van deze zorg, vooral omdat niet alle huisartsen de nodige kennis en ervaring hebben met queer-specifieke kwesties. Het kan daarom nuttig zijn om zorgprofessionals te hebben die specifiek getraind zijn in het ondersteunen van queer personen, bijvoorbeeld therapeuten of specialisten die vertrouwd zijn met de diversiteit van seksuele en genderidentiteiten.

“En soms mis ik ook gewoon een stukje sociale en mentale gezondheidszorg, dat je met bepaalde vragen over asexualiteit ook gewoon een loket of een locatie zou hebben waar je met vragen daarnaartoe zou kunnen. Ook ik heb vragen over reproductie, over libido, dat soort dingen. Dus dat is niet altijd iets wat ik bij mijn huisarts heb kunnen vragen.”

Een participant deelde dat diegene graag specifieke ondersteuning zou willen ontvangen om beter om te gaan met de ervaring van asexualiteit. Deze hulp zou gericht moeten zijn op het begrijpen van hun eigen identiteit, het navigeren van mogelijke uitdagingen in relaties en het omgaan met de maatschappelijke normen rondom seksualiteit. De participant benadrukt dat er behoefte is aan zorgprofessionals die niet alleen op de hoogte zijn van asexualiteit, maar ook in staat zijn om met empathie en deskundigheid begeleiding te bieden die aansluit bij de unieke ervaringen van personen op het asexuele spectrum.

“Uhm, en dat is ook wel iets wat ik met de huisarts heb gemist, dat ik niet een zorglocatie heb waar ik kan vragen van: hé, uhm, is er iemand die kan helpen bij problemen in de relaties als je met een heteroseksueel date of iemand met een veel groter libido? Uhm, daar heb ik nooit de zorg voor gevonden.”

Een participant heeft een andere ervaring en reageert hierop:

“Hm, ik wel. Bij mijn eh, huisarts heb ik wel gevraagd, eh, voor ja, psychologische hulp en die heeft mij wel verwezen, en voor asexualiteit. Nou, het was niet echt voor asexualiteit, maar wel voor queerhulp. Dus misschien is jouw dokter stom.”

Lhbt+ gerichte hulp is vaak moeilijk te vinden, wat voor veel mensen een grote barrière vormt. Een participant geeft aan dat het voor hen heel waardevol zou zijn geweest om een duidelijke verwijzing naar gespecialiseerde queer-hulp te ontvangen. Het ontbreken van heldere informatie of toegang kan ervoor zorgen dat mensen zich verloren voelen of het moeilijk vinden om de juiste zorg te vinden die hun specifieke behoeften begrijpt en respecteert.

“De doorverwijzing naar de genderkliniek, die was iets makkelijker te vinden, maar het is niet alsof er ergens een flyertje bij de dokter ligt van: ‘Hé, ben je een queerpersoon, zoek je hulp met iets’ en puur die voorlichting voor mensen in de zorg zou al een hele grote stap zijn voor mij.”

4.2.7 Meer queer personen in de zorg

Er werd gesuggereerd dat er meer begrip en acceptatie zou zijn voor personen op het asexuele spectrum als er meer queer personen werkzaam zouden zijn in de gezondheidszorg. Het idee is dat deze zorgprofessionals, door hun eigen ervaringen en inzichten, een beter begrip kunnen hebben van de diverse seksuele en genderidentiteiten. Dit zou niet alleen het begrip voor asexualiteit vergroten, maar ook bijdragen aan een meer inclusieve zorgomgeving. Bovendien zou de zorg verbeteren door het bieden van queergerichte hulp, die beter aansluit bij de specifieke behoeften van queer patiënten, inclusief asexuele personen.

“Ja, want als jij dan zegt, als jij met dat soort vragen komt en je zegt dat je ace bent, dan is het: ‘Ja, maar omdat jij ace bent’ en dat is eigenlijk waar het dan fout gaat. Je krijgt niet dezelfde behandeling als iemand van: ‘O ja, maar je bent, eh, ja, gewoon allooseksueel.’ Dus eh, ik denk dat het daar en wel misgaat. Ik denk echt dat het een echt verschil zou maken als er, ja, als er ook meer queermensen in de gezondheidszorg werken. En die zullen er vast ook wel werken, maar ik denk dat ze nu gewoon nog niet genoeg inbreng hebben gehad, of dat ja, dat ze misschien daar niet zoveel mee doen. Ik weet het niet”

“Ik denk dat het echt een heel groot verschil zou maken als er ook gewoon meer, eh, nou ja, queermensen in de gezondheidszorg werken. Want uiteindelijk kan je het wel wat bij voorstellen en begrijpen, maar het is toch heel anders als je het zelf ook ervaart. Ik denk dat jij dat ook wel snapt. Ja, ik denk dat sommige mensen zich dan misschien ook sneller op hun gemak voelen om er wel wat opener over te zijn. En dan hoeft je niet eens per se asexueel te zijn, maar ja, gewoon eh, iets wat wel ja, buiten de norm valt.”

Er werd besproken dat het niet altijd zichtbaar is wanneer iemand queer is, aangezien seksuele oriëntatie en genderidentiteit vaak niet direct aan iemands uiterlijk of gedrag af te lezen zijn. Bovendien kan het voorkomen dat mensen zelf (nog) niet beseffen dat ze queer zijn, simpelweg omdat ze weinig kennis hebben over de diversiteit aan seksuele en genderidentiteiten. Deze beperkte kennis kan hen belemmeren om hun eigen gevoelens en identiteit volledig te begrijpen of te accepteren.

“Ik denk dat gewoon de volgende logische stap is dat vanaf het moment dat de voorlichting en opleiding beter wordt, dat ook meer mensen gaan nadenken, gaan twijfelen over hun eigen geaardheid en dan ook tot de conclusie komen van: hé, misschien ben ik ook wel queer, en dan ga je die representatie ook een keer zien. Maar ik denk dat er ook gewoon héél veel queermensen rondlopen die zich niet identificeren met dat label, die zichzelf niet de vraag willen stellen en die er dan maar van uitgaan dat zij hetero zijn, maar weinig libido hebben, er weinig bij voelen, whatever.”

5. Conclusie

Uit de focusgroepen blijkt dat asexualiteit in de zorg nog steeds een onderwerp is dat vaak onterecht wordt genegeerd of verkeerd wordt begrepen. Hoewel er een groeiende bewustwording en acceptatie van asexualiteit is, zowel binnen de zorg als in de maatschappij, blijft er een aanzienlijke kloof tussen de behoeften van personen op het asexuele spectrum en de manier waarop zorgprofessionals hiermee omgaan. Deze kloof wordt vaak gekarakteriseerd door aannames, gebrek aan kennis en de neiging om seksualiteit als de norm te beschouwen, wat kan leiden tot ongemakkelijke of zelfs schadelijke situaties voor personen op het asexuele spectrum.

Een opvallende bevinding uit de gesprekken met participanten is dat er een duidelijke wens bestaat om asexualiteit alleen te bespreken wanneer het relevant is voor de zorg. Personen op het asexuele spectrum geven aan dat ze het liever niet willen bespreken, tenzij het direct invloed heeft op hun behandeling of gezondheid. Dit suggereert dat asexualiteit voor veel participanten geen probleem of aandachtspunt is, zolang er geen zorgvraag is die ermee samenhangt. Echter wordt het als negatief ervaren dat seksualiteit voor zorgprofessionals de standaard is, wat betekent dat personen op het asexuele spectrum expliciet moeten delen asexueel te zijn om passende zorg te ontvangen.

De meningen over de vraag of zorgprofessionals actief naar seksualiteit moeten vragen, lopen uiteen. Sommige participanten vinden dat zorgprofessionals proactief moeten informeren naar seksualiteit, omdat dit kan helpen om zorg te leveren die beter aansluit bij de behoeften van de patiënt. Anderen benadrukken dat dit te persoonlijk is en dat het beter is om patiënten de ruimte te geven om zelf te bepalen wanneer ze hun seksualiteit willen delen. Dit geeft aan dat er een delicate balans is tussen het tonen van interesse in de zorgbehoeften van de patiënt en het respecteren van hun privacy en autonomie.

Een interessante suggestie die naar voren kwam, was het idee om seksualiteit eenmaal te verifiëren en het daarna alleen nog te bespreken wanneer het daadwerkelijk relevant is voor de zorg. Deze benadering lijkt een praktische oplossing te bieden voor de situatie waarbij zorgprofessionals niet weten of iemand asexueel is en tegelijkertijd de privacy van de patiënt respecteren. Door de kwestie van seksualiteit aan het begin van het zorgtraject te verifiëren, kan de zorgprofessional duidelijk maken dat ze openstaan voor het gesprek zonder de patiënt herhaaldelijk te dwingen om over een gevoelig onderwerp te praten. Dit zou kunnen bijdragen aan een minder beladen en efficiënte communicatie, waarbij asexuele patiënten zich meer op hun gemak voelen om informatie te delen wanneer dat nodig is.

Ondanks de toenemende zichtbaarheid van asexualiteit in de samenleving, blijft het voor veel zorgprofessionals een onbekend of onbegrepen concept. Veel participanten gaven aan dat ze soms hun zorgprofessionals moesten informeren over asexualiteit, vooral omdat zorgprofessionals vaak onterecht aannemen dat personen op het asexuele spectrum geen seks hebben of dat asexualiteit het gevolg is van een onderliggend probleem, zoals een trauma of een psychische aandoening. Dit kan niet alleen leiden tot ongemak, maar ook tot de pathologisering van asexualiteit, waarbij zorgprofessionals deze seksuele identiteit zien als iets wat ‘behandeld’ moet worden. Dergelijke benaderingen kunnen de zorgrelatie beschadigen en het vertrouwen tussen patiënt en zorgprofessional ondermijnen. Het is daarom essentieel dat zorgprofessionals zich bewust zijn van het feit dat asexualiteit een geldige en legitieme seksuele identiteit is, net zoals andere seksuele voorkeuren.

Het idee dat asexualiteit iets is dat ‘opgelost’ of veranderd moet worden, al dan niet met conversietherapie, werd ook bevestigd door enkele participanten die ervaren dat hun asexualiteit in de context van de transgenderzorg werd gezien als iets dat mogelijk zou verdwijnen na de transitie. Dit toont aan dat er nog steeds misverstanden bestaan over de aard van asexualiteit en de veronderstelling dat seksuele verlangens automatisch veranderen in lijn met andere aspecten van iemands identiteit. Het is van groot belang dat zorgprofessionals begrijpen dat asexualiteit niet per definitie iets is wat kan of moet veranderen door medische ingrepen of transities, en dat de seksuele identiteit van iemand een constante, persoonlijke ervaring kan zijn.

Concluderend blijkt uit de ervaringen van de participanten dat er een grotere behoefte is aan bewustwording en kennis over asexualiteit binnen de zorg. Het is belangrijk dat zorgprofessionals zich verder verdiepen in seksuele diversiteit en leren om asexualiteit als een legitieme identiteit te erkennen, zonder het te pathologiseren of als een probleem te beschouwen. Dit zal niet alleen de zorgkwaliteit verbeteren, maar ook bijdragen aan een meer inclusieve en respectvolle zorgomgeving waar patiënten zich gezien en gehoord voelen. Het creëren van ruimte voor open gesprekken, waarbij seksualiteit alleen besproken wordt wanneer het relevant is, kan bijdragen aan een beter begrip en een vertrouwensband tussen zorgprofessional en patiënt.

5.1 Beperkingen

Een beperking aan dit onderzoek is het kleine aantal participanten. Aangezien de participanten geworven zijn door de NOA, belangenorganisatie voor de asexuele gemeenschap in Nederland, gaan we ervan uit dat de participanten bovengemiddeld veel interesse hebben in het thema asexualiteit. Het zou dus kunnen dat zij makkelijker over asexualiteit spreken. Ook zijn de participanten op de hoogte van dat ze zich op het asexuele spectrum bevinden, waardoor hun behoeftes anders kunnen zijn dan van mensen die dit nog niet weten. De groep participanten is dus mogelijk niet representatief voor alle personen op het asexuele spectrum in Nederland.

6. Aanbevelingen

Op basis van de resultaten en conclusie geven we de volgende aanbevelingen voor (zorg)professionals, bestuurders in de zorg en docenten op zorgopleidingen.

6.1 Includeer asexualiteit in de norm

Het includeren van asexualiteit in de norm geeft meer ruimte voor personen op het asexuele spectrum binnen (en buiten) de zorg. Asexualiteit is een seksuele identiteit en moet niet gezien worden als een afwijking of iets wat moet worden opgelost. Als je seksualiteit bespreekt, geef dan ook aan dat asexualiteit een mogelijkheid is. Reageer open, empathisch en bied een luisterend oor. Wees reflectief op je eigen normen en waarden en vraag jezelf af hoe deze invloed hebben op de zorg die je geeft.

6.2 Bespreek (a)seksualiteit wanneer het relevant is

Als (a)seksualiteit niet relevant is voor de zorgvraag dan is het niet nodig dit te bespreken. Het kan wel voorkomen dat een zorgprofessional het relevant vindt om het te bespreken, maar een patiënt de relevantie niet ziet. Neem de patiënt dan mee in waarom je (a) seksualiteit wil bespreken. Maak hier eventueel gebruik van het PLISSIT-model (Annon, 1976).

Het kan ook voorkomen dat iemand niet weet dat diegene asexueel is of dat het bestaat, omdat de bekendheid van asexualiteit beperkt is en er nog verkeerde betekenissen geassocieerd mee worden. Terwijl die misschien een hulpvraag heeft die hiermee te maken heeft. Dit is ook in het verlengde van de bijzin in de DSM-5, waarin er vanuit wordt gegaan dat de persoon ook weet dat die asexueel is, terwijl dit niet het geval hoeft te zijn. Asexualiteit kan dus ook een antwoord zijn op een hulpvraag.

6.3 Zorg voor een sociale kaart voor lhbt+ inclusieve zorg

Als je zelf niet de zorg kan leveren die mensen nodig hebben, is het goed om door te verwijzen. Zorg dan ook dat je een sociale kaart beschikbaar hebt, waarmee je samen met de patiënt kan kijken welke zorg het beste aansluit bij de zorgvraag. Neem hierin ook zorg specifiek voor personen op het asexuele spectrum op. Dit kan ook informele zorg zijn.

6.4 Bied informatie over asexualiteit op zorgopleidingen

Kennis begint al bij de zorgopleiding. Naast dat je studenten kan informeren over seksuele diversiteit (inclusief asexualiteit), kun je ook focussen op een algemene basishouding van empathie, openheid en respect. Hierin is het belangrijk dat toekomstige zorgprofessionals worden gestimuleerd om hun eigen normen en waarden kritisch aan het licht te houden, welke invloed ze hebben op de zorg die ze geven en hoe ze hun eigen norm kunnen verbreden.

6.5 Zorg voor deskundigheidsbevordering van personeel

Dit kan middels trainingen en workshops over asexualiteit en aromantiekt als onderwerp, of bij trainingen over seksualiteit, ook asexualiteit meenemen. Het is belangrijk dat personeel de juiste kennis, houding en vaardigheden heeft, zodat de zorg die ze geven zo inclusief mogelijk is. Zorg dat dit structureel wordt geboden en geef personeel uit alle lagen van de organisatie de kans zich bij te scholen.

6.6 Maak vragenlijsten en aanmeldformulieren inclusief

Door het inclusief maken van de vraagstelling in vragenlijsten of aanmeldformulieren herkennen meer mensen zich in de vragenlijst. Dit helpt bij het creëren van een inclusief klimaat en geeft ook de mogelijkheid om meer (niet-)relevante informatie te krijgen voor de context van de zorgvraag. Daarnaast hebben mensen ook het idee dat hun antwoorden meer aansluiten bij de vragen die gesteld worden. Dit zorgt voor erkenning en herkenning.

7. Referenties

Alliantie Gezondheidszorg Op Maat (AGOM) (z.d.). Een kwestie van geluk deel 2: ervaringen van lhbt personen met eerstelijns zorgprofessionals. Geraadpleegd op 24 februari 2025, van <https://detoolkit.komteenmensbijdedokter.nl/wp-content/uploads/2025/02/AGOM-Een-kwestie-van-geluk-deel-2.pdf>.

Annon, J. S. (1976). The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of sex education and therapy*, 2(1), 1-15.

Benoit, Y., & De Santos, R. (2023). *Ace in the UK Report*. Stonewall. Geraadpleegd op 24 februari 2025, van https://files.stonewall.org.uk/production/files/ace_in_the_uk_report_2023.pdf.

Boot-Haury, J. W. (2023). Minority stress and psychological distress among asexual transgender and gender nonconforming individuals. *Psi Chi Journal of Psychological Research*, 28(2), 132-141.

Boot-Haury, J., Brennan, J. M., & Joseph, K. M. (2024). Asexual-Affirming Care: Recommendations for Practice. *Journal of Health Service Psychology*, 50(3), 137-147.

Boot-Haury, J. W., & Cusick, K. M. (2023). Intersectional asexual and transgender and gender diverse identity and existential concerns: A thematic analysis. *The Humanistic Psychologist*, 53(1), 59-79.

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *The University of Chicago Legal Forum* 140:139-167.

Decker, J. S. (2015). *The invisible orientation: an introduction to asexuality*. Simon and Schuster.

De Graaf, H., Kraan, Y., Oldenhof, A., & Joemmanbaks, F. (2024). *Monitor Seksuele Gezondheid 2023*. Rutgers. Geraadpleegd op 24 februari 2025, van https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2024/09/Rapport_monitor_seksuele_gezondheid_2023.pdf

European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). (2024). LGBTIQ equality at a crossroads: Progress and challenges. Geraadpleegd op 24 februari 2025, van <https://fra.europa.eu/en/publication/2024/lgbtiq-crossroads-progress-and-challenges>.

Flanagan, S. K., & Peters, H. J. (2020). Asexual-Identified Adults: Interactions with Health-Care Practitioners. *Archives Of Sexual Behavior*, 49(5), 1631-1643.

Foster, A. B., & Scherrer, K. S. (2014). Asexual-identified clients in clinical settings: Implications for culturally competent practice. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(4), 422-430.

Government Equalities Office. (2018). National LGBT Survey: Research Report. Geraadpleegd op 14 mei 2024, van <https://www.gov.uk/government/consultations/national-lgbt-survey>.

Huijnk, W., Damen, R., & Kampen, L. V. (2022). LHBt Monitor 2022. Sociaal Cultureel Planbureau (SCP). Geraadpleegd op 24 februari 2025, van <https://www.scp.nl/binaries/scp/documenten/publicaties/2022/07/05/lhbt-monitor-2022/SCP+LHBT+Monitor+2022.pdf>.

Jones, C., Hayter, M., & Jomeen, J. (2017). Understanding asexual identity as a means to facilitate culturally competent care: A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 3811-3831.

Kennis, M. (2024, 11 oktober). Hoeveel LHBTQIA personen telt Nederland? Centraal Bureau Voor de Statistiek (CBS). Geraadpleegd op 24 februari 2025, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2024/hoeveel-lhbtqia-personen-telt-nederland->.

Nederlandse Organisatie Asexualiteit (NOA). (2023, 21 juli). Stop conversietherapie bij asexuele personen. Geraadpleegd op 31 juli 2024, van <https://aseksualiteit.nl/stop-conversietherapie-bij-aseksuele-mensen>.

Nederlandse Organisatie Asexualiteit (NOA). (z.d.). Over asexualiteit. Geraadpleegd op 31 juli 2024, van <https://aseksualiteit.nl/over-aseksualiteit>.

Ross, L., & Voss, S. (2010). Asexuality: A case study of minority stress. *Psychology & Sexuality*, 1(1), 1-10.

Strauss, A., & Corbin, J. M. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Sage Publications, Inc.

Timmerman, S., Witsenburg, A., & Berkemeijer, P. (2022). *Handreiking 10x vraag en antwoord over asexualiteit*. Movisie. Geraadpleegd op 31 juli 2024, van <https://www.movisie.nl/publicatie/nieuwe-handreiking-10x-vraag-antwoord-over-aseksualiteit>.

Van Ankeren, J. (2024, 4 december). *5 mensen over hun asexualiteit – ‘Seks? Nee, bedankt’*. Psychologie Magazine. Geraadpleegd op 24 februari 2025, van <https://www.psychologie.nl/artikel/aseksualiteit>.

Van Dyk, I. S. (2023). The “A” is not for ally: The continued pathologization of asexual people in modern mental health practice. *the Behavior Therapist*, 46(8), 337–342.

Wood, K. (2023), “‘I don’t know if this counts but...’ Asexual Lived Experiences Survey 2021: Final Report’. Ace & Aro Collective AU & ACT Aces. Geraadpleegd op 31 juli 2024, van <https://acearocollective.au/read-the-report>.

datum

Februari 2025

projectnummer

NL3510ZO A1

auteurs

Renee Finkenflügel, Yolin Kraan & Tomas Derckx

copyright

© Rutgers 2025

