

Bachelorproef Professionele Opleidingen
Studiegebied Gezondheidszorg: Ergotherapie
Academiejaar 2025-2026

HELP! Seksualiteit en intimiteit in de schaduw van revalidatie

Leidt een verminderde fysieke functie bij volwassen patiënten met een niet-aangeboren motorische beperking tot een hulpvraag bij de patiënt en/of eventuele partner aangaande seksuele gezondheid?

Bachelorproef aangeboden door
Waldo Cattrysse
Tot het behalen van de graad van
Bachelor in de Ergotherapie

Abstract

Kernwoorden

Seksuele gezondheid, intimiteit, hulpvraag, stigma, partnerrelatie, revalidatie

Onderzoeksvraag

Deze review onderzoekt of er bij patiënten met een niet-aangeboren motorische beperking gedurende de revalidatie een hulpvraag leeft inzake seksuele gezondheid en intimiteit.

Samenvatting

Op basis van de literatuur leidt een verminderde fysieke functie bij volwassen patiënten met een niet-aangeboren motorische beperking vaak wel tot een hulpvraag aangaande seksuele gezondheid, maar de aard en oorsprong van deze hulpvraag verschillen van wat men zou verwachten.

Hoewel seksuele beleving na een letsel verandert en vaak minder bevredigend is, blijft het verlangen naar intimiteit bestaan. Opvallend is dat seksuele tevredenheid niet primair wordt bepaald door fysieke beperkingen of het behoud van seksuele functies, maar vooral door psychologische en relationele factoren. De lichamelijke gevolgen zijn vaak oplosbaar of te compenseren. Het grootste probleem vormen socioculturele barrières en omgevingsfactoren.

De hulpvraag concentreert zich daarom vooral rond maatschappelijke acceptatie, het vinden van een partner, en het omgaan met stigma en sociale isolatie. Door het 'spread phenomenon' -de handicap die de identiteit van de persoon overheerst- worden mensen met een beperking vaak als asexueel beschouwd, terwijl hun seksuele beleving niet door de aandoening zelf wordt aangetast. Deze maatschappelijke kijk bemoeilijkt sociale interacties en flirtgedrag aanzienlijk.

Ook partners ervaren een duidelijke hulpvraag. Zij doorlopen een intens aanpassingsproces met aanzienlijke stress, rolveranderingen en gevoelens van eenzaamheid. De uitdaging ligt in het balanceren tussen de rol van verzorger en die van geliefde partner. Partners voelen zich soms buitengesloten van beslissingen en hebben structurele, op maat gemaakte steun nodig gedurende het hele revalidatietraject.

De hulpvraag richt zich dus niet zozeer op het oplossen van fysieke beperkingen, maar op het herdefiniëren van seksualiteit, het ontwikkelen van alternatieve vormen van intimiteit, het verbeteren van communicatie binnen de relatie, en het verkrijgen van maatschappelijke erkenning. Peersupport, interdisciplinaire begeleiding en het doorbreken van taboes in de zorg worden daarbij als essentieel ervaren. De mate waarin personen seksuele tevredenheid ervaren blijkt een sterke indicator voor hoe mensen hun levenskwaliteit beoordelen, wat het belang van adequate ondersteuning verder benadrukt.

Referentielijst van de belangrijkste artikels

- Ireland, B., Pebdani, R. N., Heck, M., Mudholkar, A., & Verdonck, M. (2025). Sex-positive sexuality post-spinal cord injury: A systematic review and qualitative metasyntesis. *Rehabilitation Psychology, 70*(2), 182-193.
<https://doi.org/10.1037/rep0000573>
- Kreuter, M. (2000). Spinal cord injury and partner relationships. *Spinal Cord, 38*(1), 2-6.
<https://doi.org/10.1038/sj.sc.3100933>
- Reitz, A., Tobe, V., Knapp, P. A., & Schurch, B. (2004). Impact of spinal cord injury on sexual health and quality of life. *International Journal of Impotence Research, 16*(2), 167-174. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901193>
- Angel, S., & Buus, N. (2011). The experience of being a partner to a spinal cord injured person: A phenomenological-hermeneutic study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 6*(4).
<https://doi.org/10.3402/qhw.v6i4.7199>
- Sakellariou, D. (2006). If not the Disability, then what? Barriers to Reclaiming Sexuality Following Spinal Cord Injury. *Sexuality and Disability, 24*(2), 101-111.
<https://doi.org/10.1007/s11195-006-9008-6>

Emailadres

waldo.cattrysse@student.odisee.be

Inhoudsopgave

Abstract	3
1. Inleiding	6
2. Methode.....	7
3. Resultaten.....	8
Taboe en schaamte	14
Seksuele gezondheid, seksuele tevredenheid en intimiteit	14
Ervaringsperspectief en hulpvraag van de cliënt	14
Partnerrelatie en ervaringsperspectief van de partner	15
Positieve ervaring van seksualiteit en kwaliteit van leven	15
Ondersteuningsstrategie vanuit de zorg	15
4. Discussie.....	16
5. Conclusie	19
6. Praktijkdeel	19
Referenties	21
Bijlagen	23
Bijlage 1: Interview met Mevr. Riet Van den Bergh	23
Bijlage 2: Semigestructureerd interview	25

1. Inleiding

“Iedereen heeft recht op seks. Ook ik”. De beladen titel van een artikel in de Morgen (Hombroux & Damme, 2017) dat gaat over intimiteit en seksualiteit bij mensen met een beperking. Het belicht hoe vaak dit thema genegeerd wordt in revalidatie en zorg, en hoe belangrijk het is dat ook mensen met een handicap toegang hebben tot seksuele beleving en ondersteuning.

Volgens Abraham Maslow, een Amerikaanse psycholoog (1908–1970) vooral bekend om zijn theorie van de “hiërarchie van behoeften” -een piramide die menselijke motivatie en ontwikkeling beschrijft- is seksualiteit zelfs één van de fysiologische behoeften, net zoals ademen, eten, drinken, slapen en excretie (Maslow, 1943). Moderne interpretaties en onderzoek naar seksuele gezondheid breiden dit uit: seksualiteit raakt meerdere lagen van de piramide, van veiligheid tot zelfactualisatie. Ook het WHO erkent dat seksuele gezondheid net zo belangrijk is als voeding, beweging en sociale relaties. Hun richtlijnen (World Health Organisation, z.d.) stellen dat seksuele gezondheid een integraal onderdeel is van kwaliteit van leven. Ze definiëren seksuele gezondheid als “een toestand van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn met betrekking tot seksualiteit. Het is niet louter de afwezigheid van ziekte, disfunctie of gebrek. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties, evenals de mogelijkheid om plezierige en veilige seksuele ervaringen te hebben, vrij van dwang, discriminatie en geweld. Om seksuele gezondheid te bereiken en te behouden, moeten de seksuele rechten van iedereen worden gerespecteerd, beschermd en vervuld” (World Health Organisation, z.d.).

Aditi vzw is een Belgische organisatie die tracht bij te dragen aan die positieve en respectvolle benadering door seksuele gezondheid en intimiteit bespreekbaar te maken binnen de zorgcontext en breder, binnen de maatschappij. Ze vertrekken vanuit het idee dat seksuele gezondheid onlosmakelijk verbonden is met levenskwaliteit en dat iedereen, óók zij die geconfronteerd worden met een beperking, recht heeft op een volwaardige seksuele beleving en intimiteit.

Een lichamelijke beperking kan seksuele problemen met zich meebrengen, met een potentiële negatieve invloed op de seksuele gezondheid van het individu. En daarbij mogen we zeker ook de eventuele partner niet vergeten.

In het artikel in de Morgen stelt Michéle van Overstraeten dat ze na haar operatie, waardoor ze fysiek beperkt werd, opnieuw moest leren praten en bewegen, maar dat van seksuele revalidatie geen sprake was. “Het lijkt wel alsof je ineens aseksueel bent” (Hombroux & Damme, 2017). In veel westerse samenlevingen bestaan er inderdaad stereotypen en veronderstellingen dat mensen met een fysieke beperking geen of minder seksuele verlangens zouden hebben, of dat seksualiteit voor hen niet relevant meer is. Dit is een maatschappelijke misvatting die voortkomt uit een aantal factoren. De focus ligt vaak op beperkingen en zorg, waardoor het individu gereduceerd wordt tot een “patiënt” en niet gezien wordt als een volwaardig mens met verlangens. Daarnaast bestaat er vaak een groot taboe rond seksualiteit. Seksualiteitsbeleving wordt algemeen weinig besproken, en bij mensen met een beperking nog minder. Deze elementen kunnen ertoe leiden dat er een hulpvraag ontstaat bij een patiënt met een fysieke beperking.

Een beperking kan een aanzienlijke invloed hebben op de kwaliteit van leven van een individu, én eventuele partner. Die levenskwaliteit kan progressief veranderen, maar ook plotseling, bijvoorbeeld na een traumatische gebeurtenis. Beperkingen kunnen zowel cognitief als fysiek tot uiting komen bij de patiënt. Dit onderzoek richt zich uitsluitend op fysieke beperkingen, aangezien cognitieve problematieken een andere benadering vereisen. Bij dergelijke situaties spelen immers vraagstukken rond toestemming en ethiek een cruciale rol, waarmee zorgvuldig rekening gehouden moet worden. Anderzijds mogen we ook niet

veralgemenen en stellen dat iedereen met een beperking automatisch ook een probleem ervaart inzake seksuele gezondheid. Het is onduidelijk in welke mate deze fysieke beperkingen tijdens revalidatie aanleiding geven tot een expliciete hulpvraag rond seksualiteit. Dit onderzoek beoogt inzicht te verkrijgen in het verband tussen fysieke functie en het ontstaan van hulpvragen met betrekking tot seksuele gezondheid binnen de revalidatiecontext waarbij de onderzoeksvraag als volgt geformuleerd wordt: Leidt een verminderde fysieke functie bij volwassen patiënten met een niet-aangeboren motorische beperking tot een hulpvraag bij de patiënt en/of eventuele partner aangaande seksuele gezondheid?

2. Methode

Initieel werden voor deze literatuurstudie artikels gezocht via databanken waaronder Limo, Pubmed en OTSeeker. Hierbij werd gebruik gemaakt van onderstaande zoektermen. Op PubMed werd gezocht in Titel/Abstract en gebruik gemaakt van Mesh-termen:

(Physical disability [MeSH] OR Mobility impairment [MeSH]) AND (Sexual health [MeSH] OR Sexual dysfunctioning [MeSH] OR Sexual functioning [MeSH]) AND (Intimacy [MeSH] OR Sexual Rehabilitation [MeSH] OR Quality of life [MeSH])

De inclusiecriteria voor de geselecteerde studies waren:

- Niet ouder dan 10 jaar
- Taal: Engels, Nederlands
- Patiënten met een niet-aangeboren motorische beperking
- Hoofdthema: seksuele gezondheid, seksuele beleving, intimiteit
- Handelen over de hulpvraag van de patiënt en/of eventuele partner

Exclusiecriteria waren:

- Aangeboren beperkingen
- Cognitieve problematieken

De gehanteerde zoekcriteria leverden slechts een beperkt aantal resultaten op.. De artikels richtten zich voornamelijk op aanbevelingen voor hulpverleners over hoe zij met het thema kunnen omgaan, terwijl de specifieke hulpvraag vanuit het perspectief van de patiënt nauwelijks aan bod kwam. Het dwong ons om te reflecteren over de kwaliteit van de literatuur. De artikels dragen onvoldoende bij om inzicht te krijgen in het thema en om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Om die reden werden de inclusiecriteria aangepast naar "niet ouder dan 15 jaar". Ook na deze aanpassing bleef het aantal relevante artikels dat voldeed aan de criteria onbeduidend.

Aanvullend werden vervolgens de referentielijsten van de niet-geïnccludeerde artikels doorgelicht, evenals die van enkele bachelor- en masterproeven, en de literatuurlijsten van beschikbare boeken die het bredere thema behandelen. Bij deze screening werd bijzondere aandacht besteed aan artikels waarin ook de visie, ervaring en/of hulpvraag van de partner werd besproken omdat dit aspect in de weerhouden artikels niet aan bod kwam. Ook werden enkele personen uit het werkveld die vertrouwd zijn met het thema bevroegd. Op deze manier konden alsnog enkele artikels worden geïdentificeerd.

3. Resultaten

In totaal werden 12 studies geïncludeerd, zoals weergegeven in tabel 1. De resultaten, samengevat in tabel 2, worden volgens een thematische structuur gerapporteerd. Eerst wordt aandacht besteed aan de aanwezigheid van taboe en stigma in de maatschappij rondom dit thema, waarbij we vervolgens deze bevindingen contextualiseren. Aansluitend worden de concepten seksuele gezondheid, seksuele tevredenheid en intimiteit nader toegelicht. Daarna komen de ervaringsperspectieven van zowel de patiënt als de partner aan bod. Tevens wordt ingegaan op de positieve beleving van seksualiteit en de bijdrage hiervan aan de kwaliteit van leven. Tot slot worden de ondersteuningsbehoeften vanuit de zorg belicht, gebaseerd op de hulpvragen van patiënten en hun partners.

Tabel 1: Overzicht van de geïncludeerde artikels

Eerste auteur	Titel	Jaartal	Type artikel	Land	Populatie
Ireland, B.	Sex-positive sexuality post-spinal cord injury: A systematic review and qualitative metasynthesis	2025	A Systematic Review and Qualitative Metasynthesis	Australië, Canada	Personen met een dwarslaesie
Zanin, E.	Sex-positive sexuality post-spinal cord injury: A systematic review and qualitative metasynthesis	2022	Cross-sectional explorative observational study	India	Personen met een dwarslaesie én hun partners.
Alexander, M.	Improving Sexual Satisfaction in Persons with Spinal Cord Injuries: Collective Wisdom	2017	Cross-sectional observational study	Duitsland	Personen met een dwarslaesie
Kreuter, M.	Spinal cord injury and partner relationships	2000	Literature review	Zweden	Personen met een dwarslaesie en hun partners
Reitz, A.	Impact of spinal cord injury on sexual health and quality of life	2004	Quantitative observational survey study	Zwitserland	120 Personen met een dwarslaesie
Angel, S.	The experience of being a partner to a spinal cord injured person: A phenomenological-hermeneutic study	2011	Qualitative interview study	Denemarken	Zeven partners van mensen met een dwarslaesie
Taylan, S.	Experiences of patients and their partners with sexual problems after spinal cord injury: A phenomenological qualitative study	2022	Qualitative phenomenological interview study	Turkije	Tien mannen met een dwarslaesie, allen tussen de 30 en 65 jaar oud
Sakellariou, D.	If not the Disability, then what? Barriers to Reclaiming Sexuality Following Spinal Cord Injury	2006	Qualitative phenomenological interview study	Griekenland	Zes volwassen mannen met een dwarslaesie
Nery-Hurwit, M.B.	Development of a Conceptual Framework of Sexual Well-being for Women with Physical Disability	2022	Scoping review	Verenigde Staten	Vrouwen met een fysieke beperking
Laxe, S.	The rehabilitation management of sexuality and fertility issues in people with disabling health conditions	2025	Qualitative interview study	Iran	Personen met een beperking (bijvoorbeeld neurologische

					aandoeningen zoals dwarslaesie, maar ook andere chronische of lichamelijke beperkingen
Moin, V.	Sexual Identity, Body Image and Life Satisfaction Among Women With and Without Physical Disability	2009	Qualitative phenomenological interview study	Canada	70 vrouwen met een fysieke beperking, waaronder dwarslaesies en polio-gerelateerde beperkingen
Møller, J.P.K.	"It doesn't get more normal than that!" – challenges with sexuality experienced by people with neuromuscular diseases and their needs for rehabilitation knowledge and guidance on sexual life	2025	Qualitative research	Denemarken	10 vrouwen en één man met neuromusculaire aandoeningen.

Tabel 2: Tabel met resultaten

Eerste auteur	Doel onderzoek	Taboe en schaamte	Bio-psychosociale aspecten	Ervaringsperspectief van patiënt / partner	Bevorderende elementen	Ondersteuningsstrategie zorg
Ireland, B.	Facilitators van positieve seksualiteit bij mensen met een dwarslaesie	Verbreiding van begrip seksualiteit			Peersupport bevordert positieve seksuele identiteit	
Zanin, E.	Biologische, psychologische en sociale factoren die bijdragen aan seksuele tevredenheid bij mensen met een dwarslaesie en hun partners		Psychologische en relationele factoren prioritair op fysieke beperkingen	Tevredenheid is gedeelde verantwoordelijkheid partners		
Alexander, M.	Systematische en klinische aanpak om seksuele tevredenheid bij mensen met een dwarslaesie te verbeteren					Verbreiding seksualiteit, medicatie, hoopvolle respectvolle communicatie
Kreuter, M.	Invloed van dwarslaesie op partnerrelaties			Verzorger én geliefde: balans essentieel		Positief zelfbeeld actief ondersteunen in revalidatie

Reitz, A.	Invloed van traumatisch ruggenmergletsel op de seksuele gezondheid en de kwaliteit van leven		Relationele, psychische en lichaamsbeeldfactor en belangrijk voor tevredenheid		Communicatie, nabijheid en welzijn bepalen tevredenheid	
Angel, S.	Persoonlijke ervaringen van partners van mensen met een dwarslaesie			Stress, rolverandering en eenzaamheid partners		Structurele, op maat gemaakte steun nodig
Taylan, S.	Hoe ervaren mensen met een dwarslaesie en hun partner hun seksuele leven sinds het letsel	Stigmatisering				
Sakellariou, D.	Welke sociale en omgevingsbarrières de seksuele beleving van mannen met een dwarslaesie beperken	Stigmatisering van seksualiteit bij mensen met beperking Westerse prestatiegerichte maatschappij "Spread phenomenon" (de handicap overheerst de identiteit van de persoon) Beperkt versus niet-beperkt Maatschappelijk acceptatie	Socioculturele barrières en omgevingsfactoren zijn beperkend	Alternatieve vormen van intimiteit belangrijk Gevolgen van fysieke beperking oplosbaar Partnerzoektocht en acceptatie belangrijker dan fysieke beperkingen		

Nery-Hurwit, M.B.	Seksueel welzijn van vrouwen met een fysieke beperking		Intimiteit, zelfbeeld en sociale context cruciaal			
Laxe, S.	Hoe chronische en beperkende aandoeningen seksuele gezondheid en vruchtbaarheid beïnvloeden					Seksuele gezondheid standaard onderdeel van revalidatie
Moin, V.	Hoe seksuele identiteit, lichaamsbeeld en levensvoldoening samenhangen bij vrouwen met en zonder fysieke beperking	Stigma beperkend voor aan gaan intieme relaties	Sociale context bepaalt seksuele tevredenheid	Sociale context bepaalt seksuele tevredenheid	Seksuele tevredenheid sterkste voorspeller levenskwaliteit	
Møller, J.P.K.	Welke uitdagingen mensen met een neuromusculaire aandoening ervaren op het gebied van seksualiteit					Taboes en onkunde hinderen, scholing faciliteert

Taboe en schaamte

In de Westerse samenleving wordt seksualiteit zelden openlijk besproken. Daarbij overheersen prestatiegerichte opvattingen, die bijdragen aan het idee dat mensen met een beperking geen seksualiteit beleven. Vaak gaat men ervan uit dat zij hiertoe niet in staat zijn of dat zij geen seksuele behoeften meer hebben. Deze overtuigingen leiden tot stigmatisering van hun seksualiteit, waarbij socioculturele barrières en omgevingsfactoren bovendien een bepalende rol spelen in het beperken van hun seksuele gezondheid (Sakellariou, 2006).

Tegen deze achtergrond ontstaat een duidelijke noodzaak om seksualiteit te herdefiniëren. Het begrip dient verbreed te worden voorbij de traditionele focus op penetratieve heteroseksuele seks, zodat ruimte ontstaat voor een inclusiever en veelzijdiger perspectief (Ireland et al., 2025). Sociale opinies en stigma blijven echter een grote rol spelen. Sommige patiënten ervaren dat zij geobsedeerd raken door wat anderen over hen denken, of ze worden geconfronteerd met negatieve reacties vanuit hun omgeving (Taylan et al., 2022).

Sakellariou (2006) introduceert in dit verband het begrip *spread phenomenon*, waarmee bedoeld wordt dat de handicap de identiteit van de persoon overheerst. Anderen zien eerst de beperking en pas daarna de persoon zelf, wat sociale interacties en flirtgedrag aanzienlijk bemoeilijkt. Deze manier van kijken sluit aan bij een bredere maatschappelijke tendens waarin kennis en benadering vaak worden gekenmerkt door een tweedelige relatie van "beperkt" versus "niet-beperkt". Hierdoor worden mensen met een neuromusculaire aandoening regelmatig als aseksueel beschouwd, terwijl hun seksuele beleving in werkelijkheid niet door de aandoening zelf wordt aangetast (Møller et al., 2025).

Seksuele gezondheid, seksuele tevredenheid en intimiteit

Onderzoek wijst bovendien uit dat seksuele tevredenheid in belangrijke mate wordt bepaald door psychologische en relationele factoren, en niet primair door fysieke beperkingen (Zanin et al., 2022). Het behoud van seksuele functies blijkt daarbij geen significante correlatie te hebben met de tevredenheid over het seksuele leven. Tevredenheid hangt eerder samen met relationele, psychische en lichaamsbeeldfactoren dan met het louter behouden van fysiologische seksuele functies (Reitz et al., 2004).

Hoewel de lichamelijke gevolgen van een dwarslaesie uiteraard invloed hebben op seksuele mogelijkheden, zijn het vaak socioculturele barrières en omgevingsfactoren die de doorslaggevende beperkingen vormen voor een bevredigend seksueel leven (Sakellariou, 2006).

Deelnemers in het onderzoek van Nery-Hurwit et al. (2022) benadrukten ten slotte dat seksueel welzijn verder reikt dan louter fysieke functie. Het omvat een bredere beleving waarin intimiteit, zelfbeeld en sociale context een cruciale rol spelen.

Ervaringsperspectief en hulpvraag van de cliënt

Identificatie met anderen die alternatieve vormen van intimiteit beleven kan voor vrouwen met fysieke beperkingen een belangrijke bron van herkenning en steun zijn. Hoewel de lichamelijke gevolgen van een beperking zeker een rol spelen, zijn deze vaak oplosbaar of te compenseren. Het grootste probleem blijft echter het eventueel vinden van een partner en het verkrijgen van maatschappelijke acceptatie, wat de mogelijkheden voor een bevredigend seksueel leven sterk beïnvloedt (Sakellariou, 2006).

Daarnaast dragen sociale isolatie, stigma en de beperkte kansen voor het aangaan van intieme relaties aanzienlijk bij aan een lagere seksuele én algemene tevredenheid bij vrouwen met

fysieke beperkingen. Deze factoren versterken elkaar en maken duidelijk dat het niet enkel de fysieke dimensie is die bepalend is, maar vooral de sociale en culturele context waarin seksualiteit wordt beleefd (Moin et al., 2009).

Partnerrelatie en ervaringsperspectief van de partner

Zanin et al. (2022) stellen in hun onderzoek vast dat er geen algemeen verschil bestaat in tevredenheid tussen mensen met een dwarslaesie en hun partner. Dit wijst erop dat seksualiteit en intimiteit binnen partnerrelaties niet uitsluitend door de lichamelijke beperking worden bepaald, maar dat er sprake is van een gedeelde verantwoordelijkheid tussen beide partners. Het is daarbij van belang dat partners ondersteund worden, zodat zij niet uitsluitend de rol van verzorger hoeven op te nemen, maar ook ruimte behouden voor hun rol als geliefde en gelijkwaardige partner. Hoewel een dwarslaesie onmiskenbaar invloed heeft op partnerrelaties, blijkt dat veel koppels zich succesvol aanpassen, vooral wanneer communicatie, wederzijdse autonomie en positieve zelfwaardering centraal staan (Kreuter, 2000).

Toch ervaren partners vaak aanzienlijke stress, rolveranderingen en gevoelens van eenzaamheid. In de acute fase gaat dit gepaard met een schok en een existentiële kwetsbaarheid, waarbij hun eigen behoeften vaak naar de achtergrond verdwijnen. Tijdens de revalidatiefase zijn rollen en verwachtingen dikwijls onduidelijk, en sommige partners voelen zich buitengesloten van beslissingen, wat kan leiden tot frustratie en eenzaamheid. In de nazorgfase staat het opnieuw opbouwen van het leven als koppel centraal, waarbij de zoektocht naar balans tussen zorg en intimiteit een belangrijke uitdaging vormt (Angel & Buus, 2011).

Positieve ervaring van seksualiteit en kwaliteit van leven

Er zijn veel mogelijkheden om een positieve seksuele identiteit en beleving te ontwikkelen. Een belangrijke rol speelt peersupport, waarbij steun van lotgenoten, het delen van ervaringen en het normaliseren van seksualiteit centraal staan (Ireland et al., 2025).

Veel koppels rapporteren dat open communicatie en wederzijdse betrokkenheid leiden tot tevredenheid, en soms zelfs tot positieve veranderingen zoals meer nabijheid. Uit hun onderzoek concluderen Reitz et al. (2004) dat vier factoren een significante invloed hebben op de algemene kwaliteit van leven: de partnerrelatie, het sociale leven, blaasmanagement en lichamelijk welzijn.

Daarbij blijkt seksuele tevredenheid volgens Moin et al. (2009) de sterkste voorspeller van levenskwaliteit in beide onderzochte groepen, zowel bij vrouwen met als zonder fysieke beperking. Bovendien is de relatie tussen seksuele tevredenheid en levenskwaliteit bi-directioneel, wat betekent dat beide elkaar wederzijds versterken.

Ondersteuningsstrategie vanuit de zorg

Het is belangrijk om het begrip van bevredigende seksuele ervaringen te verbreden, zodat seksualiteit niet uitsluitend wordt gedefinieerd in traditionele termen (Alexander et al., 2017). Ze benadrukken bovendien het belang van het aanbieden van ondersteunende medicatie en wijzen erop dat klinici hoopvol en respectvol moeten communiceren, opties moeten aanbieden en patiënten niet mogen ontmoedigen.

Een positief lichaamsbeeld en zelfwaardering dienen actief ondersteund te worden binnen het revalidatieproces, zodat patiënten zichzelf opnieuw kunnen zien als een adequaat en volwaardig persoon (Kreuter, 2000).

Tegelijkertijd doorlopen partners van mensen met een fysieke beperking vaak een intens rouw- en aanpassingsproces in verschillende stadia van verwerking. Ze hebben doorheen het hele revalidatieproces consistente, gepersonaliseerde ondersteuning nodig om hun gewijzigde rol en de daarbij horende uitdagingen te kunnen dragen. (Angel & Buus, 2011).

Seksuele gezondheid wordt breed gedefinieerd (lichamelijk, emotioneel, mentaal en sociaal) en moet daarom standaard onderdeel zijn van persoonsgerichte revalidatiezorg (Laxe et al., 2025).

Toch bestaan er nog steeds barrières in de zorg: taboes, gebrek aan kennis bij hulpverleners en ontoegankelijke diensten remmen de ontwikkeling van adequate seksuele zorg. Interdisciplinaire programma's en gerichte scholing vormen hierbij belangrijke facilitators. Seksuologen kunnen bovendien een sleutelrol spelen door zorgprofessionals op te leiden, zodat zij gesprekken en counseling over seksuele onderwerpen durven initiëren en de representatie van handicap in het bredere seksualiteitsdebat vergroten (Møller et al., 2025).

4. Discussie

Uit de geselecteerde literatuur blijkt dat seksualiteit bij mensen met een niet-aangeboren motorische beperking niet verdwijnt, maar dat de beleving ervan sterk beïnvloed wordt door psychologische, relationele en socioculturele factoren. De artikels van Reitz et al. (2004), Moin et al. (2009) en Zanin et al. (2022) benadrukken dat seksuele tevredenheid eerder samenhangt met psychologische en relationele factoren dan met louter fysiologische functies. Dit sluit aan bij Blockmans (2020), die stelt dat het verlangen naar intimiteit en nabijheid blijven, ook wanneer seksuele functies veranderen. Cobben en Steentjes (2025) formuleren het als volgt: "Na een ziekte of ongeval kun je tijdens je revalidatietijd opnieuw leren lopen, jezelf wassen, aankleden, een transfer maken, of zelfstandig eten en drinken, en nog meer. Maar wat je niet leert is om te gaan met opnieuw intiem zijn en hoe je seksualiteit kunt uitvoeren met een beperkt lichaam. Maar dat is wel een essentieel onderdeel van je leven en je toekomst en van het leven van je (eventuele) partner. Alle mensen hebben behoefte aan intimiteit en seksualiteit, ook mensen met een lichamelijke handicap of ziekte zijn voelende seksuele wezens."

Tegenstellingen ontstaan vooral in de mate waarin lichamelijke beperkingen worden benadrukt. Sommige auteurs (bv. Sakellariou, 2006) leggen de nadruk op socioculturele barrières en stigma, terwijl anderen (bv. Alexander et al., 2017) meer aandacht besteden aan medische interventies en ondersteunende medicatie. De geconstateerde verschillen zijn te verklaren vanuit de disciplinaire benadering. Sommige therapeuten richten zich primair op biomedisch herstel, terwijl anderen meer nadruk leggen op psychosociale aspecten van de zorg en de revalidatie.

Een tweede tegenstelling betreft het ervaringsperspectief van de partner. Angel & Buus (2011) beschrijven de stress en rolveranderingen bij partners, terwijl Zanin et al. (2022) juist benadrukken dat er géén significant verschil in tevredenheid bestaat tussen patiënten en hun partners. Mogelijke verklaring is dat de onderzochte populaties zich in verschillende fasen van revalidatie bevonden. In de acute fase overheerst stress, terwijl in latere fasen koppels vaak beter aangepast zijn.

Er zijn diverse sterktes te onderscheiden binnen deze literatuurstudie.

Artikels zoals die van Ireland et al. (2025) en Møller et al. (2025) laten zien dat seksualiteit niet wordt beperkt tot één smalle definitie, namelijk seks waarbij coïtus plaatsvindt, maar gezien moet worden als een breed spectrum van ervaringen, intimiteit en verbondenheid. Het houdt rekening met verschillende vormen van beleving, ook wanneer iemand fysieke beperkingen

heeft. De studies van Sakellariou (2006) en Angel & Buus (2011) beschrijven uitgebreid hoe patiënten hun ervaringen beleven, en dat levert waardevolle inzichten op voor zorg die echt aansluit bij de persoon. Door partners erbij te betrekken, zoals Kreuter (2000) aangeeft wordt duidelijk dat seksualiteit iets relationeels is en niet uitsluitend iets individueels.

Daar staat tegenover dat de studie ook enkele beperkingen kent.

Meerdere van de onderzoeken uit de artikels zijn beperkt van omvang en betreffen slechts een klein aantal deelnemers. Dat maakt het moeilijk om de conclusies te veralgemenen. Het merendeel van de onderzoeken is uitgevoerd in westerse prestatiegerichte context, waardoor culturele verschillen in hoe men seksualiteit en beperking ziet nauwelijks aan bod komen. In de onderzoeken die in de artikels aan bod komen zijn de participanten veelal vrouwen met een fysieke beperking, waardoor de seksuele beleving van de mannen met een motorische beperkingen onderbelicht blijft. Voor deze literatuurstudie werden de inclusiecriteria noodgedwongen verruimd om voldoende materiaal te vinden. Dit wijst op een lacune in recent onderzoek naar de hulpvraag van de patiënt en zijn eventuele partner, waardoor er nauwelijks recente wetenschappelijke literatuur over dit specifieke onderwerp terug te vinden is. Het succes van recente publicaties, zoals het lijvige boek *“Wij doen het ook”* (Cobben & Steentjes, 2025) waarin ervaringsdeskundigen Veroni Steentjes en Emile Cobben hun persoonlijke verhaal delen aangevuld met talrijke andere getuigenissen, en *“Yes we can, Kamasutra for wheelchair users”* (Lukeš, 2022), onderstreept dat patiënten met een fysieke motorische beperking behoefte hebben aan herkenning bij lotgenoten en aan toegankelijke informatie.

De resultaten bevestigen grotendeels dat fysieke beperkingen zeker een invloed hebben op seksuele mogelijkheden. We mogen er echter niet zomaar van uitgaan dat een fysieke beperking altijd leidt tot lagere seksuele tevredenheid. We merken dat veelal de psychosociale factoren doorslaggevend zijn voor seksuele tevredenheid. Reitz et al. (2004) stelt dat het behoud van seksuele functies geen significante correlatie vertoont met seksuele tevredenheid. Het laat zien dat de medische veronderstelling dat seksuele gezondheid volledig afhangt van fysiologische functies, niet correct is.

Daarnaast is het opvallend dat partners vaak evenveel of zelfs meer stress ervaren dan de patiënt zelf (Angel & Buus, 2011). Dit benadrukt dat revalidatie niet enkel patiëntgericht mag zijn, maar ook partnergericht moet zijn.

Voor mijn studie richt ik me op deze onderzoeksvraag omdat seksuele gezondheid een belangrijk onderdeel is van kwaliteit van leven. In ergotherapie staat die kwaliteit van leven en participatie centraal, dus het voelt logisch om ook seksuele beleving mee te nemen. Voor mensen met een niet-aangeboren motorische beperking kan een verminderde fysieke functie een directe invloed hebben op hun seksuele beleving en relatie, maar dit thema blijft in de revalidatie blijkbaar vaak onderbelicht ondanks de duidelijke nood aan meer bewustwording en bespreekbaarheid. Door te onderzoeken of en hoe deze beperkingen leiden tot een hulpvraag rond seksuele gezondheid kan het onderzoek bijdragen aan inclusieve zorg, waarin intimiteit en seksuele gezondheid erkend worden als fundamentele aspecten van kwaliteit van leven. De resultaten kunnen bovendien de ergotherapeutische praktijk verrijken, die vanuit een holistische benadering niet alleen de patiënt maar ook diens partner ondersteunt. Ergotherapeuten kunnen een sleutelrol spelen door in eerste instantie seksuele gezondheid bespreekbaar te maken. Daarnaast kunnen zij ook helpen bij het vergroten van zelfvertrouwen en het omgaan met gevoelens van schaamte of angst, zodat patiënten en partners opnieuw ruimte ervaren voor seksuele beleving en intimiteit.

Op basis van de resultaten kunnen enkele aanbevelingen worden geformuleerd voor de zorg. Seksualiteit en seksuele gezondheid zouden standaard in revalidatieprogramma's opgenomen moeten worden. Het moet een vast onderdeel zijn van intake, evaluatie en nazorg. Het wordt ook aanbevolen om partners te begeleiden in hun rolverandering van "partner" naar "verzorgende partner", en hen te ondersteunen bij de emotionele belasting. Zorgprofessionals, waaronder ergotherapeuten, moeten opgeleid worden om seksuele gezondheid bespreekbaar te

maken en om het heersende stigma te doorbreken. Het is ook belangrijk om lotgenotencontact in het therapieprogramma op te nemen daar het normaliserend kan werken en het alternatieve vormen van intimiteit kan aanreiken. Tenslotte mag niet vergeten worden dat er culturele verschillen bestaan in opvattingen over seksualiteit en beperking. Kennis hiervan is belangrijk om op een adequate manier met de hulpvraag van de patiënt, en partner, om te gaan.

Aditi vzw kan hierbij op de verschillende domeinen ondersteuning bieden. Ze zijn een organisatie die zich inzet om seksualiteit en intimiteit bespreekbaar te maken binnen de zorgcontext. Het centrum biedt advies, informatie en ondersteuning aan mensen met een beperking, kwetsbare ouderen en hun omgeving, waaronder familieleden, zorgprofessionals en begeleiders. Hun werking vertrekt vanuit de overtuiging dat seksuele gezondheid een belangrijk onderdeel is van levenskwaliteit en dat iedereen recht heeft op een volwaardige beleving van intimiteit en seksualiteit. Naast individuele begeleiding organiseert Aditi vormingen en trainingen voor zorgverleners en ondersteunt zorgorganisaties bij het ontwikkelen van een visie en beleid rond seksualiteit. Daarbij werken ze samen met ervaringsdeskundigen en professionals om expertise op te bouwen en maatschappelijke bewustwording te vergroten. Ook praktische ondersteuning, zoals informatie over seksuele dienstverlening, het gebruik van hulpmiddelen en het aanpassen van de omgeving, maakt deel uit van hun aanbod. Op die manier draagt Aditi vzw bij aan inclusieve zorg waarin seksualiteit niet genegeerd wordt, maar erkend als een fundamenteel aspect van kwaliteit van leven (Aditi vzw., z.d.).

Professionals uit het werkveld signaleren dat het thema niet, of slechts algemeen behandeld wordt in de opleiding van zorgverstrekker waardoor specifieke noden en praktische uitdagingen nauwelijks aan bod komen. Studenten leren bijvoorbeeld zelden hoe mobiliteitsproblemen de intimiteitsbeleving beïnvloeden. Dit gebrek aan kennis maakt dat zorgverleners zich onzeker voelen en het onderwerp vaak vermijden. Patiënten krijgen daardoor onvoldoende erkenning en ondersteuning rond hun seksuele behoeften. Ook ontbreekt training in communicatieve vaardigheden om taboes bespreekbaar te maken. Het gevolg is dat de hulpvraag van de patiënt onbeantwoord blijft met een negatieve impact op de kwaliteit van leven. Er is daarom nood aan structurele verankering van seksuele gezondheid in de opleiding.

Het is duidelijk dat zorgprofessionals vaak moeilijkheden ervaren bij het bespreken van seksuele gezondheid. Dit heeft enerzijds te maken met het maatschappelijke taboe rond het thema, anderzijds met de drempel om het onderwerp rechtstreeks bij de patiënt aan te kaarten. Uit de literatuur blijkt bovendien dat niet elke patiënt of elk koppel seksuele problemen ervaart na een trauma. Toch is het essentieel om hier zorgvuldig en doelgericht naar te informeren, zowel bij de patiënt als bij de partner. Vragen zoals "*Heb je bevredigende seksuele relaties?*" of "*Bent u tevreden over uw seksueel functioneren?*", zoals ze bijvoorbeeld voorkomen in anamneseformulieren gebaseerd op Gordon's gezondheidspatronen, zijn vaak té direct en té beknopt. Ze verdwijnen gemakkelijk tussen de vele andere vragen en kunnen door hun directe formulering leiden tot terughoudendheid of een negatief antwoord, waardoor het thema verder onbesproken blijft. Daarom verdient het aanbeveling om uitgebreider en met meer omzichtigheid op seksualiteit in te gaan, zodat eventuele hulpvragen zichtbaar worden, verdiept kunnen worden en indien nodig gericht doorverwezen kan worden naar de meest geschikte zorgprofessional, waaronder psycholoog, seksuoloog, uroloog, gynaecoloog, ergotherapeut, revalidatiearts, relatietherapeut,

Een semigestructureerde vragenlijst zou zorgverleners een waardevolle houvast kunnen bieden om seksuele gezondheid op een constructieve manier met de patiënt te bespreken. Ze combineert duidelijke structuur via vaste kernvragen met ruimte voor verdieping en observaties. Zo wordt seksualiteit niet herleid tot één losse anamnesevraag, maar zorgvuldig en vanuit meerdere invalshoeken verkend.

5. Conclusie

Deze literatuurstudie onderzocht hoe seksualiteit, seksuele gezondheid en intimiteit worden beleefd door mensen met een niet-aangeboren motorische beperking, en welke factoren hun hulpvraag en kwaliteit van leven bepalen.

De belangrijkste bevindingen tonen dat seksualiteit na een beperking niet verdwijnt. Het verlangen naar intimiteit en verbondenheid blijft bestaan en vormt een essentieel onderdeel van kwaliteit van leven. Seksuele tevredenheid blijkt bovendien niet primair afhankelijk van het behoud van fysieke functies, maar vooral van psychosociale en relationele factoren.

Een belangrijk knelpunt is het heersende hardnekkige taboe en stigma rond seksualiteit en handicap. Dit beïnvloedt het zelfbeeld en de mogelijkheden tot het aangaan van intieme relaties. Het ervaringsperspectief van de patiënt vertelt ons dat sociale acceptatie en partnerrelaties cruciaal zijn om seksuele gezondheid te ervaren. Voor partners wegen rolveranderingen en stress vaak zwaar, maar koppels kunnen zich aanpassen als communicatie en respect voor elkaars autonomie centraal staan.

Seksuele tevredenheid wordt sterk ondersteund door peersupport, open communicatie en het verkennen van alternatieve vormen van intimiteit. Seksuele tevredenheid blijkt bovendien een sterke voorspeller van kwaliteit van leven, waarbij beide elkaar wederzijds versterken. Hieruit vloeit voort dat revalidatie niet enkel gericht mag zijn op lichamelijk herstel, maar dat er ook ingezet moet worden op het versterken van zelfwaardering, het doorbreken van taboes en het ondersteunen van partners. Seksuele gezondheid moet een standaard onderdeel zijn van persoonsgerichte revalidatiezorg.

Als antwoord op de onderzoeksvraag kunnen we dan ook stellen dat er een hulpvraag bij de patiënt, en eventuele partner, aanwezig kan zijn, maar niet noodzakelijk altijd aanwezig is. Sommige patiënten of koppels vinden na het trauma hun eigen weg, waarbij soms wordt aangegeven dat hun beleving van seksualiteit beter en intiemer is dan vóór het letsel. De seksuele beleving bij mensen met een niet-aangeboren motorische beperking wordt niet enkel bepaald door fysieke mogelijkheden, maar in sterke mate ook door stigma, zelfbeeld, partnerrelatie en sociale context. De hulpvraag van de patiënt omvat vooral erkenning, bespreekbaarheid, ondersteuning en normalisering van seksualiteit binnen de zorg. Ergotherapie kan hierin een sleutelrol spelen door taboes bespreekbaar te maken, partners te ondersteunen en creatieve vormen van intimiteit aan te reiken en te stimuleren.

6. Praktijkdeel

In het nastreven van een zo hoog mogelijk kwaliteit van leven is er voor de ergotherapeut een centrale rol weggelegd.

De ergotherapeut kan de patiënt informeren over hoe de beperking de seksuele beleving kan beïnvloeden, zowel fysiek als psychologisch. Hij kan advies geven over strategieën en hulpmiddelen, en de patiënt en eventuele partner begeleiden in het vinden van een nieuwe balans, waarbij hij indien nodig kan doorverwijzen naar andere zorgprofessionals.

Een van de basistaken van de ergotherapeut is het adviseren in de keuze van hulpmiddelen. Ook binnen revalidatie met betrekking tot seksualiteitsbeleving is die rol voor de ergotherapeut weggelegd. Er zijn specifieke hulpmiddelen beschikbaar om seksuele activiteit te ondersteunen. De ergotherapeut kan adviseren over training en geven in het gebruik van bijvoorbeeld een positioneringskussen, seksuele hulpmiddelen, of technologie om te compenseren voor verminderde sensatie of mobiliteit.

Naast de fysieke aspecten is er ook aandacht voor het mentale welzijn nodig. Hier kan de ergotherapeut helpen bij het vergroten van zelfvertrouwen en het omgaan met schaamte, angst

of een veranderd lichaamsbeeld. Dit kan een belangrijk stap zijn in het opnieuw ontdekken van intimiteit.

Ergotherapeuten fungeren als brug tussen individuele functionele aanpassingen en bredere sociale oplossingen. Vanuit een occupational justice-perspectief is ergotherapie ook pleiten voor inclusieve zorgpraktijken en beleid die seksuele rechten en participatie waarborgen.

Gezien het belang van seksuele gezondheid voor het bekomen van kwaliteit van leven zouden ergotherapeuten seksuele gezondheid en intimiteit routinematig moeten screenen als onderdeel van anamnese en participatie-evaluatie. Eerder in deze studie werd gepleit om een semigestructureerde vragenlijst te hanteren om een dieptegesprek met patiënt omtrent het thema seksuele gezondheid en intimiteit aan te gaan. En om zo de potentiële hulpvraag van de patiënt (en partner) te exploreren, en na te gaan of de beperkingen tijdelijk (occupational disruption) of structureel (occupational deprivation) zijn.

Als eerste praktijkgedeelte van deze studie werd een interview afgenomen bij Mevr. Riet Van den Bergh, Klinisch Psychologe-supervisor en Psychotherapeute, verbonden aan de revalidatieafdeling van het Ziekenhuis Sint-Dimpna Geel (zie bijlage 1). Daarin zegt Mevr. Van den Bergh dat het thema zeker niet systematisch ter sprake gebracht wordt maar het afhankelijk is van de patiënt. Dit vraagt vanuit de praktijk zodoende om een meer gestructureerde, diepgaandere en gestandaardiseerde aanpak. Daarom presenteren we in een tweede deel een eerste ontwerp van een semigestructureerde vragenlijst, bedoelt als uitgangspunt voor een vervolgonderzoek waarin ze getest, verfijnd en in een reële revalidatiecontext geïmplementeerd kan worden (zie bijlage 2).

Referenties

- Aditi vzw. (z.d.). *Visie en Missie*. Geraadpleegd 6 december 2025, van <https://aditivzw.be/over-ons/visie-en-missie>
- Alexander, M., Courtois, F., Elliott, S., & Tepper, M. (2017). Improving Sexual Satisfaction in Persons with Spinal Cord Injuries: Collective Wisdom. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation, 23*(1), 57-70. <https://doi.org/10.1310/sci2301-57>
- Angel, S., & Buus, N. (2011). The experience of being a partner to a spinal cord injured person: A phenomenological-hermeneutic study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 6*(4). <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i4.7199>
- Cobben, E., & Steentjes, V. (2025). *Wij doen het ook!* (1e druk september 2025).
- Hombroux, J., & Damme, F. V. (2017, januari 26). *Ik wilde een vrouw zijn, met alles erop en eraan*. De Morgen. <https://www.demorgen.be/nieuws/ik-wilde-een-vrouw-zijn-met-alles-erop-en-eraan~b8c1059b/>
- Ireland, B., Pebdani, R. N., Heck, M., Mudholkar, A., & Verdonck, M. (2025). Sex-positive sexuality post-spinal cord injury: A systematic review and qualitative metasynthesis. *Rehabilitation Psychology, 70*(2), 182-193. <https://doi.org/10.1037/rep0000573>
- Kreuter, M. (2000). Spinal cord injury and partner relationships. *Spinal Cord, 38*(1), 2-6. <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3100933>
- Laxe, S., Rathore, F. A., & Kiekens, C. (2025). The rehabilitation management of sexuality and fertility issues in people with disabling health conditions. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association, 75*(7), 1153-1155. <https://doi.org/10.47391/JPMA.25-59>
- Lukeš, D. (2022). *Yes we can! Kama sutra for the wheelchair users* (1ste dr.). Centrum Paraple.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review, 50*(4), 370-396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Moin, V., Duvdevany, I., & Mazor, D. (2009). Sexual Identity, Body Image and Life Satisfaction Among Women With and Without Physical Disability. *Sexuality and Disability, 27*(2), 83-95. <https://doi.org/10.1007/s11195-009-9112-5>
- Møller, J. P. K., Hansen, K. W., & Handberg, C. (2025). "It doesn't get more normal than that!"

- challenges with sexuality experienced by people with neuromuscular diseases and their needs for rehabilitation knowledge and guidance on sexual life. *Disability and Rehabilitation*, 47(16), 4127-4136. <https://doi.org/10.1080/09638288.2024.2440635>
- Reitz, A., Tobe, V., Knapp, P. A., & Schurch, B. (2004). Impact of spinal cord injury on sexual health and quality of life. *International Journal of Impotence Research*, 16(2), 167-174. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901193>
- Sakellariou, D. (2006). If not the Disability, then what? Barriers to Reclaiming Sexuality Following Spinal Cord Injury. *Sexuality and Disability*, 24(2), 101-111. <https://doi.org/10.1007/s11195-006-9008-6>
- Taylan, S., Özkan, İ., & Küçükakça Çelik, G. (2022). Experiences of patients and their partners with sexual problems after spinal cord injury: A phenomenological qualitative study. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 45(2), 245-253. <https://doi.org/10.1080/10790268.2020.1798136>
- World Health Organisation. (z.d.). *Sexual health*. Geraadpleegd 29 november 2025, van <https://www.who.int/health-topics/sexual-health>
- Zanin, E., Salizzato, S., Aiello, E. N., Leochico, C. F. D., Rey-Matias, R. R., Pauletto, P., Masiero, S., & Bazo, H. A. C. (2022). The contribution of bio-psycho-social dimensions on sexual satisfaction in people with spinal cord injury and their partners: An explorative study. *Spinal Cord Series and Cases*, 8, 42. <https://doi.org/10.1038/s41394-022-00507-9>

Bijlagen

Bijlage 1: Interview met Mevr. Riet Van den Bergh

Interview met Mevr. Riet Van den Bergh, Klinisch Psychologe-supervisor en Psychotherapeute, verbonden aan de revalidatieafdeling van het Ziekenhuis Sint-Dimpna Geel, omtrent de hulpvraag van patiënten met betrekking tot seksuele gezondheid en intimiteit.
Datum: 4 december 2025

- *Vraag: Welke rol neemt u als psycholoog op bij het bespreekbaar maken van seksualiteit en intimiteit met patiënten en hun partners? Brengt u dit thema zelf systematisch ter sprake, of eerder wanneer het spontaan naar voren komt?*

Antwoord van Mevr. Van den Bergh

Dit wordt zeker niet systematisch ter sprake gebracht maar is afhankelijk van de patiënt. Er wordt wel gepolst naar de relatie en het effect van de ziekte hierop. Afhankelijk van het antwoord wordt seksualiteit dan wel/niet bevraagd. Regelmatig geven mensen wel spontaan aan dat seksualiteit toch niks meer voor hen is.

Bij de jongere populatie wordt het wel bevraagd, maar zeker niet standaard bij de eerste gesprekken.

- *Vraag: Bent u van mening dat er (bij de meeste) patiënten een hulpvraag aanwezig is inzake het beleven van seksualiteit en/of intimiteit?*

Antwoord van Mevr. Van den Bergh

Ik denk dat dit zeer persoonsgebonden is. De patiëntenpopulatie is hier doorgaans bejaard en door deze leeftijdscategorie wordt toch regelmatig aangegeven dat seksualiteit geen thema meer is (al is dat niet altijd zo!).

- *Vraag: Welke andere disciplines binnen het revalidatiecentrum zijn betrokken bij dit thema (bv. artsen, ergotherapeuten, verpleegkundigen)?*

Antwoord van Mevr. Van den Bergh

Ik denk dat het bij elke discipline aan bod kan komen.

- *Vraag: Komt seksualiteit en intimiteit aan bod tijdens de anamnese? Zo ja, op welke manier?*

Antwoord van Mevr. Van den Bergh

Nee, tenzij ik echt aanvoel dat dit voor deze patiënt een thema is en ook dat er openheid is om het daar van in het begin al over te hebben.

- *Vraag: Welke vragen of zorgen uiten patiënten doorgaans zelf rond seksuele gezondheid en/of intimiteit?*

Antwoord van Mevr. Van den Bergh

Angst om de partner tekort te doen en zelfs hierdoor te verliezen.

Angst voor urine- en/of stoelgangverlies tijdens seksuele activiteit.

Angst om niet meer aantrekkelijk te zijn voor de partner door de beperking.

Concrete vragen rond haalbaarheid van bepaalde seksuele handelingen en eventuele hulpmiddelen.

Bij jongere mensen vraag naar seksuele dienstverlening.

- *Vraag: Wordt dit onderwerp besproken tijdens het multidisciplinair overleg (MDO)? Hoe*

verloopt de samenwerking tussen disciplines om de hulpvraag rond seksualiteit te beantwoorden? En indien er een doorverwijzing gebeurt (intern of extern), naar wie wordt de patiënt dan meestal verwezen?

Antwoord van Mevr. Van den Bergh

Wordt nooit besproken op MDO. Indien er toch een vraag bij een hulpverlener terechtkomt wordt intern naar mij verwezen maar nooit openlijk benoemd op het overleg.
Er is een samenwerking met een plaatselijke seksuoloog.
Aditi vzw wordt soms ook gecontacteerd.

- *Vraag: Ervaart u dat partners soms zelf een hulpvraag formuleren rond seksualiteit of intimiteit?*

Antwoord van Mevr. Van den Bergh

Zelden.

- *Vraag: Krijgt de patiënt bij ontslag uit het revalidatiecentrum informatie mee over wie hij/zij kan contacteren bij verdere vragen of noden rond dit thema?*

Antwoord van Mevr. Van den Bergh

Niet standaard. Wel als het al een thema was tijdens de revalidatie.

Gespreksformat voor zorgverleners: seksuele gezondheid en intimiteit als onderdeel van kwaliteit van leven

➤ Doel

Dit document bevat een reeks vragen die allen handelen over seksuele gezondheid en intimiteit en die u ondersteunen in het bespreekbaar maken van dit onderwerp bij uw patiënt. Het zijn open vragen en werden opgedeeld in subcategorieën. Open vragen laten de patiënt toe om zijn of haar gedachten, gevoelens of ervaringen zelfstandig te verwoorden, in tegenstelling tot gesloten vragen waar de patiënt beperkt wordt door een selectie aan vooraf gedefinieerde antwoorden. Open vragen laten u, als therapeut en interviewer, bovendien toe om het antwoord van de patiënt verder te verdiepen waardoor het gesprek verder gaat dan enkel oppervlakkige feiten en informatie.

➤ Tips

- Gebruik neutrale taal, bouw het gesprek op, geef stilte ruimte en documenteer hulpvragen duidelijk. Belangrijk is ook om onderscheid te maken tussen beperkingen die tijdelijk zijn (occupational disruption) of structureel (occupational deprivation) om gepaste interventies en eventuele doorverwijzing naar collega zorgverleners binnen het multidisciplinair team te plannen.
- Leg het doel van het gesprek uit en verzeker de vertrouwelijkheid van de inhoud van het gesprek.
- Normaliseer het thema door het als een standaard onderdeel van de revalidatie te benoemen.
- Neem zelf een relaxte, open en toegankelijke houding aan tov de patiënt en eventuele partner.

➤ Afronding van het gesprek en vervolgstappen bepalen

- Vat samen wat de patiënt aangeeft en bevestig eventuele hulpvraag of -vragen.
- Bied concrete vervolgstappen aan: informatie, hulpmiddelen, doorverwijzing naar seksuoloog, psycholoog, ...

➤ De vragen (per thema)



Context

- Hoe voelt u zich bij het bespreken van seksuele gezondheid?
- In welke mate is seksualiteit op dit moment een onderwerp dat u bezighoudt?
- Heeft u eerder hulp of advies gezocht bij een zorgverlener over seksualiteit of intimiteit, en zo ja, kunt u beschrijven hoe dat gesprek verliep?



Algemene beleving

- Welke plaats neemt seksualiteit of intimiteit momenteel in uw leven in?
- Wat is voor u belangrijk in uw seksuele leven en in nabijheid met anderen?



Functioneel en lichamelijk

- Welke lichamelijke veranderingen merkt u tijdens seksuele activiteiten of intimiteit, zoals pijn, gevoelloosheid, verhoogde gevoeligheid, erectieproblemen, vaginale droogheid...?
- Welke activiteiten of houdingen zijn moeilijk of onmogelijk geworden?



Emotioneel en psychologisch

- Welke gedachten of gevoelens spelen een rol wanneer u aan seksualiteit of intimiteit denkt (bijv. schaamte, angst, verdriet...)?
- Kan u een voorbeeld geven van een moment waarop uw emoties invloed hadden op uw behoefte aan intimiteit?
- Wat merkt u aan uzelf op het vlak van zelfbeeld en aantrekkelijkheid sinds uw aandoening, en welke impact heeft dat op uw dagelijks leven?



Relatie en communicatie

- Hoe bespreekt u seksualiteit met uw partner?
- Kan u beschrijven wat er is veranderd in de manier waarop u en uw partner nabijheid en intimiteit ervaren?



Voortplanting en anticonceptie

- Welke vragen of zorgen heeft u rond vruchtbaarheid, anticonceptie of gezinsplanning?



Hulpmiddelen

- Welke praktische aanpassingen of hulpmiddelen zou u willen bespreken om intimiteit beter mogelijk te maken?



Invloed van behandeling en medicatie

- Op welke manieren denkt u dat medische ingrepen of medicatie invloed hebben gehad op uw seksuele beleving?



Hulpvraag en voorkeuren

- Wat is uw grootste zorg op dit moment omtrent uw seksuele gezondheid?
- Op welke manier zou u graag ondersteuning willen rond seksualiteit of intimiteit?
- Wat zou volgens u het meest helpen om uw seksuele welzijn te verbeteren?

➤ Aanbevolen literatuur

“Wij doen het ook” (2025) is het lijvige boek van 724 blz. van ervaringsdeskundigen Veroni Steentjes en haar echtgenoot Emile Cobben. In het boek maken ze op een bijzonder mooie manier duidelijk wat de essentie is:

“Na een ziekte of ongeval kun je tijdens je revalidatietijd opnieuw leren lopen, jezelf wassen, aankleden, een transfer maken, of om te gaan met opnieuw intiem zijn en hoe je seksualiteit kunt uitvoeren met een beperkt lichaam. Maar dat is wel een essentieel onderdeel van je leven en je toekomst en van het leven van je (eventuele) partner. Alle mensen hebben behoefte aan intimiteit en seksualiteit, ook mensen met een lichamelijke handicap of ziekte zijn voelende seksuele wezens.”

Hun persoonlijke verhaal wordt aangevuld met talrijke andere getuigenissen.

Het boek “Yes we can! Kama sutra for the wheelchair users” (Lukeš, 2022) gaat over seksualiteit en intimiteit bij mensen die een rolstoel gebruiken, met speciale aandacht voor praktische posities, communicatie en het doorbreken van taboe. Met het boek wil de auteur het stigma rond seksualiteit bij mensen met een dwarslaesie of andere mobiliteitsbeperkingen doorbreken. Het benadrukt dat seks een fundamenteel onderdeel is van kwaliteit van leven.