University of Groningen

Seksueel welzijn in de context van religieuze en culturele diversiteit

Bartelink, Brenda; Knibbe, Kim

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2019

Link to publication in University of Groningen/UMCG research database

Citation for published version (APA):
Bartelink, B., & Knibbe, K. (2019). *Seksueel welzijn in de context van religieuze en culturele diversiteit*. Rijksuniversiteit Groningen.

Copyright
Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment.

Take-down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): http://www.rug.nl/research/portal. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Download date: 21-01-2023

Rapport

“Seksueel welzijn in de context van religieuze en culturele diversiteit”

Dit rapport is geschreven door Brenda Bartelink en Kim Knibbe namens het team van Cultural Encounters, bestaande uit Kim Knibbe, Rachel Spronk, Amisah Bakuri, Brenda Bartelink en Jelle Wiering.
De auteurs zijn dankbaar voor de bijdragen van Prof. Dr. Rijk van Dijk, Centre Religion, Health and Wellbeing, Stichting Mara, Gabriela Bustamante en Design that Matters, de deelnemers aan de diverse bijeenkomsten in Den Haag waar delen van dit rapport in gesprek zijn gebracht en bovenal de deelnemers aan dit onderzoek.

university of groningen / faculty of theology and religious studies

Aletta Jacobs
School of Public Health

University of Amsterdam

NWO

culturalencounters.nl

Inhoudsopgave

1. Inleiding 3
Het onderzoeksproject 6
Uitdagingen voor culturele sensitiviteit in de (seksuele) gezondheidssector 7
Dit rapport 8
2. Religie en spiritualiteit in de context van seksueel welzijn 13
Seksueel welzijn onder Afrikaanse Nederlanders 14
Seksueel welzijn en kerken 16
Gezondheidszorgorganisaties 19
Conclusie 22
3. Normativiteit: heteroseksualiteit, gender en jongeren 24
Gender 25
Kerken 26
Gezondheidszorgorganisaties 28
Heteronormativiteit 30
Heteronormativiteit in seksuele voorlichting 31
Jongeren 32
Normativiteit in seksuele voorlichting aan jongeren 34
Reflecties en conclusies 35
4. Houdingen ten opzichte van de gezondheidszorg 38
3.1 Uitdagingen 39
Van wantrouwen naar vertrouwen 41
Vrijwilligers en mediators, maar wanneer professional? 43
5. Seksueel welzijn in de context van religieuze diversiteit. Van polarisatie naar inclusie 47
Over polarisatie 48
Seksualiteit en publieke gezondheidszorg: de achtergrond van de ‘Dutch approach’ 49
6. Aanbevelingen 54

1. Inleiding

Nederland is een divers land, in de Randstad heeft meer dan de helft van de inwoners een migratie achtergrond en landelijk is dat ongeveer 23 procent (CBS 2018). Deze inwoners zijn vervolgens ook nog enorm divers in termen van het land van herkomst of dat van de ouders, leeftijd, opleidingsniveau, reden en vorm van migratie en sociaal- economische positie. De gezondheid en gezondheidsbeleving van mensen met een migratieachtergrond in Nederland is minder goed dan van mensen zonder een migratie achtergrond (CBS 2018). Hoewel migranten aanvankelijk vaak een betere gezondheid hebben dan mensen zonder migratie achtergrond, zijn zij kwetsbaarder voor een aantal specifieke lichamelijke en psychische ziektes en in specifieke levensfases zoals de vroege kindertijd, rondom zwangerschap en bevalling en wanneer ze ouder worden (Rechel et.al 2013). Al sinds 2003 is bekend dat jongeren met een migratie achtergrond een grotere kans hebben op seksuele gezondheidsproblemen (Hollander en Frouws 2011). In 2016 rapporteerden Pharos en Rutgers dat de seksuele gezondheid en welzijn van vluchtelingen en asielzoekers kwetsbaarder is, omdat ze minder kennis en vaardigheden hebben rondom seksualiteit. Er zijn relatief meer tienerzwangerschappen, er is grotere sterfte tijdens de zwangerschap en meer ervaring met seksueel geweld (Pharos, 2016). Ook de vijfjaarlijkse onderzoeken Seks onder je 25^{e} laten verschillen in de seksuele gezondheid van jongeren zien van diverse achtergronden (De Graaf et. al 2015), al zijn deze minder groot of belangrijk als vaak in de media wordt beweerd (Cense 2018).

Deze diversiteit betekent ook dat er een grote diversiteit is aan ervaringen met ziekte en welzijn en dat de interpretaties van die ervaringen sterk van elkaar kunnen verschillen (Hermann en Steinmetz 2019). Ook rondom seksualiteit bestaan verschillen in opvattingen, problemen en strategieën om hiermee om te gaan. Bij seksuele gezondheid en welzijn wordt door Nederlandse hulpverleningsorganisaties vaak vooral naar het individu gekeken, er wordt veel geïnvesteerd in kennisoverdracht om mensen te faciliteren in het maken van hun eigen weloverwogen keuzes. Daarbij blijft vaak buiten beeld hoe mensen onderdeel zijn van structuren en contexten die en de verschillende normatieve vertogen die daarin circuleren die de percepties en keuzes van mensen vormen (zie ook Cense 2018).

Dit rapport, gebaseerd op kwalitatief onderzoek, wil een bijdrage leveren aan de wijze waarop seksueel welzijn in een diverse samenleving kan worden benaderd. Wij zullen daarom achtereenvolgens ingaan een aantal thema's op basis van onderzoek in drie, deels overlappende contexten:

- de ervaringen en omgang met seksuele gezondheid en welzijn van mensen met een migratie achtergrond afkomstig uit Sub Sahara Afrika (verder: Afrikaanse Nederlanders)
- de waarden en richtlijnen die religieuze leiders in de Afrikaanse Diaspora aanbieden rondom seksualiteit en de dilemma's waar zij tegenaan lopen in hun rol als religieus leider.
- De Nederlandse benadering van seksueel welzijn, zoals die tot uitdrukking komt in seksuele voorlichting op scholen, aanbevelingen aan ouders en speciale programma's gericht op migranten.

Op basis daarvan zullen in dit rapport aanbevelingen worden geformuleerd om de participatie en inclusie van mensen met een Afrikaanse achtergrond in (seksuele) gezondheidszorg te bevorderen en de culturele sensitiviteit in beleid en praktijk te vergroten.

Gezondheid en preventie in een diverse samenleving

Dit rapport geeft bevindingen weer uit onderzoek naar mensen van Afrikaanse afkomst in Nederland en naar de benadering van seksuele gezondheid en welzijn door professionals en beleidsmakers. Waarom is een beter inzicht in de Nederlandse zorgpraktijk echter nodig? Nederland staat toch bekend om goede en toegankelijk zorg? Onderzoek wijst echter uit dat mensen met een migratieachtergrond onvoldoende toegang hebben tot gezondheidsinformatie en gezondheidszorg en services (Rechel et. Al. 2013, Hermann and Steinmetz 2019). Europees onderzoek wijst uit dat naast taalproblemen, onbekendheid met rechten en met het gezondheidssysteem op zich, gebrek aan kennis over gezondheid en ziekte, sociale uitsluiting en discriminatie de toegang tot zorg in de weg staan (Rechel et. al. 2013). In het verleden zijn verschillende initiatieven geweest om een intercultureel gezondheidsbeleid te ontwikkelen (Mladovsky 2012). Als gevolg van de politieke en maatschappelijke gevoeligheid van thema's als migratie en diversiteit is er echter sinds 2003 niet of nauwelijks meer geïnvesteerd in het versterken van de positie van mensen met een migratie-achtergrond wat betreft hun gezondheid en welzijn. Er is weinig onderzoek gedaan

die helpen om de gezondheidservaringen, percepties en strategieën van mensen met een migratie achtergrond beter te begrijpen, noch specifiek beleid gemaakt om hierop in te spelen (Mladovsky 2012). Toch wordt door allerlei actoren, waaronder de overheid, erkend dat het van groot belang is om aan te sluiten bij de diversiteit in de samenleving.

De Beleidsagenda 2018 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (sept. 2017) stelt dat goede zorg voor iedereen anders is: “zeventien miljoen mensen, hebben zeventien miljoen wensen”. In de zorg moet centraal staan wat mensen zelf nodig hebben en tegelijkertijd moet deze zorg betaalbaar zijn en blijven. In dat spanningsveld formuleert de overheid een beleidsagenda waarin bijzondere aandacht is voor kwetsbare mensen zodat zij niet tussen wal en schip vallen. Preventie is van belang om deze kwetsbare groepen goed te begeleiden en gezondheidsproblemen te voorkomen. De Taskforce Preventie waarin deskundigen uit kennisinstellingen, gezondheidszorg, bedrijfsleven en samenleving advies geven om het preventiebeleid te verbeteren, spreekt in de *Kennisagenda Preventie* haar zorg uit over toenemende gezondheidsverschillen. Deze hangen volgens de Taskforce samen met verschillen in inkomen en opleidingsniveau tussen verschillende bevolkingsgroepen in Nederland. Culturele en religieuze achtergrond wordt als een aspect van kwetsbaarheid benoemd. De taskforce stelt dat het preventiebeleid in Nederland van hoge kwaliteit is, maar dat aansluiten bij diversiteit in de samenleving voor een grotere gezondheidswinst kan zorgen.

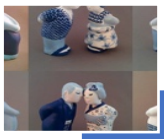
De benadering van seksueel welzijn in gezondheids- en preventiebeleid wordt nader uitgewerkt in het *Nationale Actieplan soa, hiv en seksuele gezondheid 2017-2022*. Die richt zich op het verbeteren van seksuele gezondheid door goede preventie en laagdrempelige, betaalbare zorg, vanuit een ‘positieve benadering’ van seksualiteit. Seksuele vorming is een overkoepelend thema en daarnaast zijn er vier prioriteitsthema’s in seksueel welzijn: soa, hiv, ongewenste zwangerschap en seksueel geweld. Het Actieplan besteed specifieke aandacht aan kwetsbare groepen en risicogroepen. Kwetsbaarheid hangt volgens het Actieplan af van verschillende factoren zoals leeftijd, sociaaleconomische status, geletterdheid, opleiding of culturele/migratie achtergrond en seksueel risicogedrag. Omgevingsfactoren zoals ‘sociale normen’ en de toegang tot voorzieningen spelen een rol, evenals gezondheidsvaardigheden, gender en seksuele geaardheid. In het Actieplan wordt duidelijk dat rond de prioriteitsthema’s

als hiv, ongewenste zwangerschap en seksueel geweld meer inzicht nodig is in de ervaringen en strategieën van mensen met een migratie-achtergrond.

Seksuele voorlichting is een van de belangrijkste strategieën in de gezondheidszorg om problemen rondom en als gevolg van seksualiteit te voorkomen. Nederland wordt internationaal geroemd om de open en pragmatische manier waarop seksuele voorlichting en zorg wordt gegeven. Tegelijkertijd wordt deze zogenoemde 'Dutch approach' ook steeds vaker onderdeel van polariserende debatten rondom religie en migratie, zoals we ook in het laatste hoofdstuk van dit rapport zullen bespreken. De conclusie dat een 'op maat' benadering in seksuele gezondheidszorg en preventie ontbreekt, laat zien dat er ook in Nederland nog meer te bereiken is. Daar hopen we met dit rapport een bijdrage aan te leveren.

Het onderzoeksproject

Dit rapport is gebaseerd op de bevindingen die het resultaat zijn van kwalitatief etnografisch onderzoek in het project *Seksualiteit, religie en secularisme. Ontmoetingen tussen culturen in de Afrikaanse Diaspora in Nederland.* Dit project (van 2016-2020) is uitgevoerd door de Universiteit Groningen en de Universiteit van Amsterdam en gefinancierd door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk onderzoek (NWO). Het onderzoek is gericht op het inzichtelijk maken van de diverse manieren waarop gezondheid en seksueel welzijn worden benaderd in de Afrikaanse diaspora in Nederland. Dit werd gedaan in drie deelprojecten gericht op 1) de individuele levensverhalen van mensen van Afrikaanse afkomst in Nederland, 2) de organisaties die zich bezighouden met het bevorderen van seksuele gezondheid en welzijn in Nederland en 3) de kerken en religieuze leiders met een Afrikaanse achtergrond. In de drie deelprojecten is kwalitatief, etnografisch onderzoek gedaan in drie fasen 1) literatuurstudie en bepalen van focus 2) opbouwen netwerk en overzicht over het veld 3) verdiepende studie naar een selectie van actoren en organisaties. In de drie deelprojecten werden de volgende data verzameld:



Afrikaanse Migraten

- Ghanese en Somalische migranten
- 58 participanten
- Levensverhalen en interviews
- Amsterdam

Gezondheidsorganisaties

- Grote organisaties (Rutgers, SOA AIDS, GGD, COC
- Kleine organisaties
- 40 interviews
- participerende observatie
- text analyse
- Nederland

Kerken

- Internationale kerken
- Onafhankelijke kerken
- Participerende observatie en interviews in 10 kerken in Den Haag, kerkelijke netwerken, organisaties, en conferenties in de Randstad

De data is gecodeerd en geanalyseerd, de bevindingen zijn door de onderzoekers gepresenteerd en besproken op wetenschappelijke conferenties en met relevante maatschappelijke actoren en partners. In de bibliografie zijn een aantal publicaties te vinden, en in 2019 en 2020 wordt gewerkt aan twee proefschriften, een synthetiserende studie en enkele artikelen.

Uitdagingen voor culturele sensitiviteit in de (seksuele) gezondheidssector

Naast een beperkt inzicht in de behoeften, problemen en strategieën van mensen met een diverse achtergrond, zijn er ook structurele factoren die de aansluiting bij mensen van diverse achtergronden bemoeilijken. In seksuele voorlichting bijvoorbeeld wordt een ‘op maat’ benadering bemoeilijkt door het belang dat wordt gehecht aan wetenschappelijk evidentie van de methode. Een methode voor seksuele voorlichting dient bij voorkeur zo betrouwbaar te zijn dat deze in herhalende testen in principe altijd functionerend blijkt, dan wordt het een effectieve methode genoemd. Een lespakket voor seksuele voorlichting van een organisatie kan daarom dus door een externe organisatie zoals het Nederlands Jeugd Instituut (NJI) getest worden.

Er kleven een aantal bezwaren aan deze aanpak. Allereerst wordt met de nadruk op wetenschappelijke evidentie een bepaalde neutraliteit verondersteld, die er in de praktijk

vaak niet is omdat benaderingen van seksualiteit altijd ingebed zijn in specifieke normatieve (culturele) kaders (Adams and Pig 2005, Rasmussen 2012, en voor Nederland Borger 2018). Ten tweede moet een organisatie voldoende financiële middelen hebben, om een methode te laten testen op evidentie. Een methode die positief getest is krijgt een officieel label, wordt aanbevolen door allerlei officiële instanties en wordt opgenomen in databases met methodieken die door scholen worden raad gepleegd. Kleinere organisaties kunnen hun methoden dus vaak niet laten testen, terwijl hun methoden voor seksuele voorlichting wel gebaseerd kunnen zijn op basis van jarenlange ervaring met een specifieke doelgroep.

In de praktijk betekent dit dat slechts een paar organisaties dergelijke 'evidence-based' methoden voor seksuele voorlichting kunnen aanbieden. Deze organisaties hebben veel invloed en hun methoden zijn vanwege het toegekende label populairder bij scholen. Hoewel het heel begrijpelijk is dat scholen en GGD's kiezen voor methoden met een duidelijk kwaliteitskeurmerk, betekent dit ook dat seksuele voorlichting en seksuele gezondheidszorg een sterk 'one-size fits all' karakter heeft. Gezondheidsorganisaties zijn zich natuurlijk wel degelijk bewust van kwetsbare groepen en de specifieke uitdagingen en problemen rondom seksuele gezondheid die zij ervaren. Zo wordt er onder groepen met lagere opleidingsniveaus bijvoorbeeld meer aandacht besteed aan voorlichting dan onder hoger opgeleide jongeren. In dit rapport zullen we echter laten zien dat deze benadering van probleemgroepen soms ongewenst stigmatisering tot gevolg heeft en tot een verdere afstand tussen voorlichter/ zorgverlener en de patiënt/ cliënt/ doelgroep kan leiden.

Zowel een generalistische aanpak als een aanpak gericht op specifieke (probleem) groepen zijn dus onvoldoende sensitief. Een diverse samenleving heeft een diverse aanpak nodig, in dit rapport zullen we een aantal elementen en actoren voor het voetlicht brengen die een dergelijke diverse aanpak mede zou kunnen realiseren, en doen wij een aantal aanbevelingen (samengevat aan het eind van dit rapport en in de begeleidende 'policy brief'.

Dit rapport

Dit rapport is geschreven op basis van de geïntegreerde bevindingen uit de drie deelprojecten. Het doel is om de bevindingen uit het onderzoek die kunnen bijdragen aan een verdere

verbetering van zorg en hulpverlening aan mensen van Afrikaanse afkomst in Nederland, toegankelijk te maken voor beleidsmakers en professionals. De specifieke focus van dit rapport is seksueel welzijn. Vanwege de inductieve en holistische aard van het onderzoek, zullen we ook die bevindingen weergeven die kunnen bijdragen aan een beter inzicht in en benadering van diversiteit in zorg en hulpverlening in Nederland.

Een aantal termen die in dit rapport worden gebruikt hebben toelichting en verdere definiëring nodig:

Gezondheid en seksualiteit

Het concept seksuele gezondheid is ontwikkeld tijdens een WHO (World Health Organization) conferentie in 1975 en functioneert sindsdien als de basis voor vele nationale volksgezondheidsprogramma's. Met name vanwege de groeiende aandacht voor seksuele en reproductieve rechten is de WHO inmiddels overgestapt naar de term seksueel welzijn. Daar waar seksuele gezondheid de aandacht met name richt op de preventie en genezing van ziekten en/of disfunctioneren, verbreedt de term seksueel welzijn de aandacht naar de (subjectieve) ervaringen van het fysieke, psychologische en sociaal-culturele welzijn in relatie tot seksualiteit. Dit klinkt als een logische volgende stap, maar zoals in dit rapport toelichten observeren we dat die verbreding in de praktijk nog weinig handen en voeten heeft gekregen en seksuele zorg zich primair richt op gezondheid en het voorkomen of verhelpen van seksuele gezondheidsproblemen. Wij betogen in dit rapport dat concept seksueel welzijn een kader biedt dat beter aansluit bij de diverse visies en strategieën rondom gezondheid en seksualiteit die wij in het onderzoek naar culturele en religieuze diversiteit tegenkwamen. Aan de hand van de opbrengst van ons project zullen we daarom seksueel welzijn als term gebruiken in dit rapport en tevens een verschuiving van seksuele gezondheid naar seksueel welzijn in de praktijk van seksuele voorlichting en zorg bepleiten.

Seksueel welzijn

In de psychologie is het concept seksueel welzijn veel voorkomend en refereert het vooral aan seksuele en erotische ervaring in enge zin zoals seksueel zelfbeeld, seksuele bevrediging of seksuele nieuwsgierigheid. Het concept seksuele gezondheid is gemeengoed in het Nederlandse gezondheidssector en Nederland heeft een sterke traditie van voorlichting en

hulp bij kwesties rondom seksualiteit. Vanwege de dominantie van biomedische beginselen in de volksgezondheid is de trend om kwesties rondom seksualiteit te verengen tot de afwezigheid van ziekte terwijl uit de praktijk blijkt dat patiëntervaringen en ook gezondheidswerkers om een bredere definitie vragen (Dune et al 2018; Evans 2013).

De term 'seksueel welzijn' wordt gehanteerd om het belang van de economische, sociale, psychologische en emotionele aspecten van ons welzijn in relatie tot seksualiteit te erkennen. Seksualiteit omvat dan vele aspecten, van lichamelijke gezondheid tot erotisch genot, van geboortebeperking tot emotioneel welzijn, van sociaal welzijn tot bescherming tegen seksueel overdraagbare aandoeningen, et cetera. Van belang is de erkenning dat gezondheid, seksualiteit en alles wat we (als individuen en professionals) er onder verstaan, en welzijn gekoppeld zijn op manieren die niet altijd vanzelfsprekend zijn binnen een biomedische praktijk, daarmee niet minder reëel voor het individuele welbevinden.

Mensen m/v met zware beroepen bijvoorbeeld, hebben soms weinig behoefte aan seks maar willen wel graag kinderen en als het ze dan niet lukt om seksueel actief te zijn kan dat emotioneel en psychisch lastig voor ze zijn. Omgekeerd kan seksueel genot van groot belang zijn voor het psychisch welzijn van oudere vrouwen, maar wordt dit vaak niet onderkend in de medische praktijk (Granville and Pregler 2018). Het belang van gebed klinkt niet-religieuze hulpverleners vreemd in de oren maar kan cruciaal zijn voor het welzijn van een patiënt en dus voor de gezondheid.

Met andere woorden, seksueel welzijn legt de vinger op de interactie tussen de pilaren van algemeen welzijn zoals economisch welzijn (lage lonen of werkeloosheid creëren stress), sociaal welzijn (de verbanden waarin we leven, familie, vrienden, geloofsgemeenschap, et cetera), emotioneel welzijn (gevoelens van blijheid, tevredenheid, trots, et cetera), en psychologisch welzijn (afwezigheid van of leren omgaan met psychologisch lijden) in relatie tot seksualiteit. Voor de mensen die in het onderzoek participeerden omvat seksueel welzijn alle manieren waarop ze voldoening proberen te bereiken en genoegen vergroten in hun seksueel leven. Dit omvat een breed palet aan ervaringen, handelingen, waarden, en strategieën, zoals we in dit rapport laten zien.

Problemen en problematisering

Een bredere benadering van seksualiteit betekent ook dat wat als seksueel probleem wordt gezien wordt beïnvloed door de ervaring met en benadering van seksueel welzijn. Dit betekent ook dat wat in de biomedische en professionele zorgpraktijk als probleem wordt gezien, niet altijd op dezelfde manier als een probleem wordt gezien door patiënt, cliënt of doelgroep. Niet zwanger kunnen raken kan bijvoorbeeld niet alleen als biomedisch probleem worden gezien, maar ook als spiritueel probleem. We gebruiken het woord problematisering (Burchardt 2012, Bartelink 2016) om het proces te verduidelijken waarin een aspect van seksueel welzijn als probleem wordt gezien door de verschillende actoren die in dit rapport aan bod komen: Afrikaanse Nederlanders, kerken en religieuze leiders van Afrikaanse afkomst en gezondheidsprofessionals. We richten ons in het bijzonder op de religieuze leiders en gezondheidsprofessionals die elk vanuit een eigen perspectief en benadering oplossingen aanreiken voor de problemen rondom seksueel welzijn die mensen in hun dagelijks leven ervaren. Zo kunnen we inzicht geven in de overeenkomsten en verschillen in problematisering van seksueel welzijn tussen deze verschillende actoren.

Afrikaanse Nederlanders

Hoewel mensen afkomstig uit Sub Sahara relatief kleine groep vormen, namelijk 673 908 in 2018 (CBS 2018), is deze groep op zichzelf enorm divers. Daarbij is het van belang op ter merken dat het moeilijk te zeggen is hoe deze officiële cijfers zich verhouden tot de werkelijke aantallen waarin ook ongedocumenteerde migranten meetellen. In de officiële statistieken blijkt dat de grootste groeperingen afkomstig zijn uit Ghana, Angola, Ethiopië of Eritrea, Congo, Nigeria, Somalië en Soedan. Dit zijn landen die wat betreft geografische ligging op het Afrikaanse continent, geschiedenis, economie, politiek, cultuur en religie enorm van elkaar verschillen. Ook het moment, de reden van migratie en de migratieroutes van mensen afkomstig uit deze landen verschillen. De eerste mensen met een Ghanese achtergrond in Nederland kwam al na WOII en veel hebben zich vanaf de jaren 1970 in Nederland gevestigd, terwijl de komst van mensen met een Eritrese achtergrond zeer recent is. Hoewel mensen uit Sub Sahara Afrika vaak als vluchteling of via illegale routes naar Nederland komen zijn er ook mensen die voor werk of de liefde hun weg naar Nederland vinden (Gemmeke 2013). In de context van religieuze organisaties zagen we vaak dat kerken door specifieke groepen werden gedomineerd, maar open stonden voor alle groepen, inclusief autochtone Nederlanders. In

dit rapport gebruiken we de term Afrikaanse Nederlanders om aan te geven dat het gaat om mensen die in Nederland gevestigd zijn, maar afkomstig zijn uit een land in sub-Sahara Afrika. Waar mogelijk en/of relevant zullen we hun specifieke achtergrond en identiteit noemen.

Religieuze leiders

Religieuze leiders zijn in dit rapport de mannen en vrouwen die door hun religieuze groep worden erkent als gezaghebbende persoon die anderen inspireert en leidinggeeft op religieus gebied. Dit is soms binnen een formele hiërarchie, waarin ook verantwoording moet worden afgelegd zoals in bepaalde internationale kerken. Maar er zijn ook meer informele vormen van leiderschap zijn waarin iemand groeit in een leiderschapsrol zonder dat daar een uitgebreide, formele training aan vooraf is gegaan. De religieuze leiders die in dit onderzoek aan bod komen zijn Christelijke leiders van Afrikaanse afkomst. Zij zijn overwegend Protestant en bijna altijd in sterke mate beïnvloed door de Pinksterbeweging, in het Engels ook wel *pentecostalism* genoemd. Pentecostalism is een losse verzameling van kerken en religieuze groepen die in de 20e Eeuw de nadruk ging leggen op ervaring van de Heilige Geest en het beoefenen van spirituele gaven, die wereldwijd enorm invloedrijk is (Anderson 2010).

Gezondheidsprofessionals

In dit onderzoek doelen we met gezondheidsprofessionals op een brede groep van professionals – van seksuele voorlichters tot artsen en welzijnswerkers – die als professional bijdragen aan het verbeteren van de gezondheid en het seksueel welzijn van individuen en groepen in Nederland. We kiezen voor een brede definitie, omdat we vele verschillende typen professionals zijn tegen gekomen in het onderzoek. Waar we in dit rapport naar een specifieke professional verwijzen, zullen we dat concreet benoemen.

Het rapport als volgt opgebouwd:

2. Religie en spiritualiteit in de context van seksueel welzijn
3. Normativiteit
4. Houdingen ten opzichte van de gezondheidszorg
5. Polarisatie en inclusie/debat en praktijk

Het rapport besluit met de belangrijkste bevindingen en aanbevelingen voor beleid en praktijk.

2. Religie en spiritualiteit in de context van seksueel welzijn

Toen bij Maa Constance, een Ghanees-Nederlandse vrouw van 54 jaar, borstkanker in een vroeg stadium werd geconstateerd door haar arts, besloot ze alles aan te grijpen wat haar ziekte zou kunnen genezen. Zo probeerde ze geneeskrachtige kruiden die haar vanuit Ghana werden toegestuurd. Ze kreeg medische zorg in het ziekenhuis en ging naar haar kerk voor gebed. Ze hoorde positieve verhalen over mensen die waren genezen na een bezoek aan een traditionele genezer, maar ze wilde als christen niet naar een traditionele genezer gaan.

Mensen hebben verschillende visies op gezondheid, ziekte en genezing. Dus passen ze verschillende strategieën toe om gezondheid te behouden, ziekte te behandelen en genezing te bereiken. Het vignet over Maa Constance is een voorbeeld van hoe deze visies en strategieën samenhangen met hoe ze als geboren Ghanese in Nederland leeft, de diverse (culturele en religieuze) groepen waarin ze in participeert en de toegang die ze heeft tot verschillende bronnen van zorg en genezing. Onderzoek naar seksuele gezondheid en welzijn laat eveneens een pluriformiteit aan visies en strategieën zien. Het volgende vignet over de 'Darling Sisters', een groep vrouwen afkomstig uit Ghana die elkaar iedere twee weken ontmoeten in Amsterdam Zuid-Oost, illustreert dit:

Tijdens een bijeenkomst van de Darling Sisters wordt er gebeden en gezongen door de christelijke vrouwen, terwijl de moslimvrouwen hun gebed doen in een andere hoek van de kamer. Daarna praten de vrouwen over de gewaden die de vrouwen zullen dragen naar de verschillende feesten die door Ghanezen worden georganiseerd en over de sportschool die vrouwen kan helpen hun uiterlijk te verfraaien. Zuster Hannah adviseert de andere vrouwen een medicijn te gebruiken dat het seksueel plezier vergroot: "Omdat we allemaal boven de vijftig zijn, houdt dit medicijn ons overeind, alle vitaminen zitten er in". Ze vertelt dat ze met dit medicijn minder lichamelijke pijn ervaart na een dag schoonmaakwerk en seksueel veel actiever is.

Het voorbeeld van de 'Darling Sisters' laat zien dat gezondheid, uiterlijk en seksueel genot belangrijke gespreksonderwerpen zijn voor deze oudere vrouwen, en hoe er allerlei adviezen worden uitgewisseld. In het realiseren van seksueel genot maken mensen dan ook allerlei keuzes die hun seksueel welzijn vergroten en die tevens invloed hebben op hun gezondheid. In dit hoofdstuk presenteren we de bevindingen uit onderzoek naar deze verschillende visies en strategieën om welzijn te vergroten. Daarin richten we ons in het bijzonder op seksueel welzijn. Wij gebruiken bewust het begrip seksueel welzijn, dat breder is dan het concept seksuele gezondheid dat gangbaar is in de Nederlandse (volks) gezondheidszorg. We verkennen allereerst (2.1) seksueel welzijn vanuit het perspectief van mensen met een

Afrikaanse achtergrond in Nederland (2.2) en dat van religieuze leiders en kerken (2.3). Vervolgens brengen we deze perspectieven in 2.4 in gesprek met de benadering van seksueel welzijn in gezondheidsorganisaties.

Seksueel welzijn onder Afrikaanse Nederlanders

Participanten in dit onderzoek leggen allereerst (1) een **verband tussen fysieke en mentale gezondheid, uiterlijk, en seksualiteit**. Voor de meeste participanten in het onderzoek had seksueel welzijn te maken met het voorkomen van een ongewenste zwangerschap of een Seksueel Overdraagbare Aandoening (SOA) en de toegang tot seksuele gezondheidszorg. Daarnaast hadden ze (zoals zuster Hannah) soms zorgen over vermoeidheid en pijn, of ondervonden ze hinder van andere psychische of fysieke klachten. Vaginale droogheid door anticonceptie of menopauze, opvliegers, toename in lichaamsgewicht en met de overgang gepaard gaande emoties werden veelvuldig ter sprake gebracht als participanten vertelden over seksualiteit en welzijn. Andere participanten zagen een gezond lichaam als voorwaarde om zich seksueel aantrekkelijk te voelen: “Stay healthy and look sexy”, zoals een informant het verwoordde. Ook de ‘Darling Sisters’ probeerden tenminste een keer per week samen te sporten. Daarnaast benoemen sommige participanten dat seksuele aantrekkelijkheid voor hen niet alleen met het fysieke lichaam te maken heeft. Zij vragen ook aandacht voor hoe persoonlijkheid, identiteit en emoties van betekenis zijn voor seksueel welzijn. Fawzia (Somalisch, F, 47) investeert veel tijd in sporten, gezond eten en probeert ze zo min mogelijk te snoepen. Tegelijkertijd benadrukt ze dat ze niet alleen mooi is vanwege de vormen van haar lichaam (die kunnen namelijk door haar kleding niet zomaar worden gezien), maar om wie ze van binnen is. Andere participanten stelden dat fysieke gezondheid geen voorwaarde is voor seksueel welzijn. Als je HIV hebt dan kan je namelijk ook een plezierig seksleven hebben. Fysieke gezondheid en ziekte zijn dus van betekenis voor seksueel welzijn, terwijl seksueel welzijn altijd veel meer is dan de afwezigheid van ziekte alleen. Gezondheid is een aspect van het streven naar welzijn dat door mensen soms als voorwaarde voor welzijn wordt gezien, terwijl het voor anderen in hun ervaring van welzijn niet noodzakelijk is.

Seksueel genot (2) is voor veel participanten een belangrijk aspect van seksueel welzijn. In het onderzoek werd een breed scala aan mogelijkheden om seksueel genot te vergroten genoemd, inclusief het gebruik van kruiden, qat (voor participanten van Somalische afkomst), sprays en bepaalde dranken. Naast gezondheid en zich aantrekkelijk voelen, noemden participanten onder andere seksuele bevrediging, frequentie van seksueel contact, plezier en intimiteit als belangrijk voor de mate waarin ze welzijn ervaren.

Het realiseren van seksueel welzijn is verweven met andere aspecten van het dagelijks leven van mensen zoals (3) **hun relaties met seksuele partners, familie en vrienden**. Voor de hand ligt de relatie met de partner, maar ook relaties met familie en vrienden zijn belangrijk zoals

het voorbeeld van de Darling Sisters laat zien. Daarnaast wordt ook de relatie met God of Allah genoemd. Soms zijn religieuze vertogen en sociale context niet van elkaar te onderscheiden in hoe zij seksueel welzijn beïnvloeden, zoals in het verhaal van de 31 jarige Muna van Somalische afkomst:

"Als een ongetrouwde vrouw en moslim, is het niet makkelijk om over seks te praten. Thuis, bij mijn ouders, is dat onmogelijk. Ik heb veel van mijn vrienden gehoord die al jong seksueel actief waren, ik ben soms erg verbaasd over wat ze allemaal uitproberen. Zelf kreeg ik pas op mijn 21e een relatie met een man van dezelfde leeftijd. Zes jaar later vertelde ik mijn moeder er pas over. Ze was erg ontevreden dat ik niet met een moslim zou trouwen."

Muna's verhaal benadrukt dat sociale en religieuze verwachtingen een belangrijke rol spelen in het aangaan van relaties en seksuele keuzes. De lastige balans tussen sociale verwachtingen en persoonlijke verlangens werd door veel mensen in het onderzoek benadrukt. Hier spelen intergenerationele dynamieken die ook voor autochtone Nederlanders meespelen, zoals we later in dit rapport zullen bespreken. Een tegenwicht wordt gevormd door vriendschappen tussen mensen van eenzelfde generatie, die vaak belangrijk waren voor uitwisselen van kennis, informatie en steun.

Ten vierde (4) werd in het onderzoek ook duidelijk dat **religieuze en spirituele visies en strategieën** onderdeel zijn van het palet waarvan mensen gebruik maken om hun gezondheid en welzijn op positieve wijze te beïnvloeden. Zoals we in de voorbeelden van zuster Hannah en Maa Constance kunnen zien, combineren mensen biomedische kennis en therapieën met andere bronnen en strategieën, zoals bijvoorbeeld kruidengeneeskunst, christelijke gebedsgenezing en genezing via spirituele mediums. Moslims schrijven gezondheid en genezing ook toe aan Allah, naast het bezoeken van een arts, reciteren ze de Koran of eten bepaald voedsel om gezond te worden. Dit en ander onderzoek (Krause, 2006) laat zien dat christelijke gebedsgenezing vaak gecombineerd wordt met biomedische therapieën. Medische successen worden door participanten dan ook weer toegeschreven aan 'de hand van God'. Moslims schrijven medische successen ook weer toe aan Allah. God/ Allah heeft dus invloed op geneeskunde, het succes van biomedische therapieën en de capaciteiten van medische experts (Pfeiffer, 2002; Cavallo, 2013; Krause, 2014; Raffaeta 2014). Vaak staat gebedsgenezing in Pinksterkerken op gespannen voet met genezing door spirituele mediums, maar niet met biomedische benaderingen. In de praktijk combineren mensen vaak geneeswijzen ook als ze door de beoefenaars als incompatibel worden gezien.

Tenslotte (5) laten observaties en interviews met participanten zien dat **toegang tot informatie, onderwijs en zorg rondom gezondheid, anticonceptie en relaties van groot belang is voor de mate waarin mensen welzijn ervaren**. Grote verschillen hierin werden bijvoorbeeld geobserveerd tussen mensen zonder verblijfsvergunning en mensen die door

hun erkend burgerschap in Nederland toegang hebben tot gezondheidszorg (zie ook Grit, Otter and Spreij, 2012; Kulu et. Al, 2000). Dat dit ook na het verkrijgen van een verblijfsvergunning en het Nederlanderschap van invloed kan zijn op de toegang tot zorg blijkt uit het verhaal van Auntie Ama, een vijftig jarige vrouw van Ghanese afkomst voor wie een jongere leeftijd vermeld is op haar papieren dan haar werkelijke leeftijd, waardoor ze niet op tijd (voor de menopauze) toegang kon krijgen tot vruchtbaarheidsbehandelingen. Uiteindelijk heeft ze met een vruchtbaarheidsbehandeling in Ghana een dochter gekregen. De economische en juridische posities die mensen hebben (gehad) zijn dus van invloed op de keuzes die ze (kunnen) maken. Taal, ervaringen en percepties van de gezondheidszorg in Nederland spelen daarnaast ook een rol in de mate waarin mensen toegang hebben tot informatie en voorzieningen (De Vito, 2015). In hoofdstuk 4 zullen we hier verder op in gaan.

Door een breed perspectief te hanteren dat zich niet richt op seksuele gezondheid als afwezigheid van ziekte wordt duidelijk dat seksueel welzijn onder Afrikaanse Nederlanders, niet verassend, ingebed is in en beïnvloed wordt door allerlei andere dimensies van hun persoonlijke situatie. Specifiek voor deze groep is wel dat religie en spiritualiteit van belang zijn, en dat de toegang tot informatie en gezondheidszorg soms bemoeilijkt wordt door hun status. In de volgende paragraaf gaan we in op enkele aspecten van de religieuze benadering van seksueel welzijn.

Seksueel welzijn en kerken

Tijdens een dienst voor gezondheid en genezing bidt een mannelijke pastor voor mensen met gezondheidsproblemen. Hij nodigde ze uit naar voren te komen: 'als je diabetes hebt of je niet goed voelt, als je ergens medicijnen voor moet nemen, kom naar voren en ontvang het [je genezing, BB] nu', zei hij. Hij vervolgt zijn oproep met een gebed voor mensen met relatieproblemen en hij bidt dat de relaties van mensen die echtscheiding overwegen worden hersteld.

In de kerken wordt fysieke gezondheid niet los gezien van financiële stabiliteit, relaties, religie en spiritualiteit en de positie die je hebt in de samenleving. Problemen rondom gezondheid en welzijn worden niet benaderd als iets dat alleen artsen kunnen adresseren. Genezing kan plaatsvinden op het gebied van je positie in de samenleving (e.g. iemand verkrijgt een verblijfsstatus), relationeel (e.g. je vindt een partner) en fysiek (e.g. onvruchtbaarheid wordt opgelost). Seksualiteit is tevens van belang voor het realiseren van welzijn, op persoonlijk en relationeel niveau: "Ik ben al zestig, dus ik mag het zeggen: seks kalmeert de zenuwen", zegt een vrouwelijke pastor tijdens een kerkelijke vrouwenconferentie in Amsterdam tegen 250 vrouwen van Afrikaanse afkomst. In de sessie van anderhalf uur werd op allerlei concrete vragen over seksualiteit ingegaan. Vrouwelijke religieuze leiders gaven onder andere advies

over posities die tijdens de seks het plezier vergroten, maar beantwoordden ook vragen over het omgaan met seksueel traumatische ervaringen.

In deze paragraaf gaan we in op de benadering van seksueel welzijn in kerken en door religieuze leiders, aansluitend gaan we in op de belangrijkste zorgen die kerken en hun leiders hebben rondom het seksueel welzijn van mensen in hun gemeenschap. Kenmerkend voor de benadering van seksueel welzijn in de kerken is allereerst **de waardering voor een biomedische benadering van gezondheid en welzijn (1).** Die biomedische benadering is niet zozeer complementair aan een religieuze benadering, maar is daar onderdeel van. De leider van een Nigeriaans-Nederlandse kerk stelde bijvoorbeeld dat artsen en medicatie een manier zijn waarop God genezing geeft. “God is geen tovenaar. Hij werkt met (wetenschappelijke) principes. Elke gelovige wil natuurlijk graag dat ze direct door God genezen worden, maar ze zullen eerst gezondheidsprincipes moeten volgen”. Deze leider ziet net als veel anderen gebed en geloof als ondersteuning van het behandelproces, dat vervolgens ook weer mogelijk wordt gemaakt doordat God medische kennis en technieken heeft gegeven (Krause, 2014). Op dezelfde wijze worden ten aanzien van seksueel welzijn een combinatie van religieuze, psychologische en gezondheidsadviezen gegeven binnen de kerken.

Ten tweede **(2) wordt seksueel welzijn door religieuze leiders van groot belang geacht voor stabiele huwelijken en familierelaties**. Stabiliteit in gezinnen is vervolgens ook weer van groot belang voor een stabiele kerkgemeenschap en samenleving. In veel kerken wordt daarom het belang van gezonde en plezierige seksuele relaties benadrukt (zie ook Bochow en van Dijk, 2012). De mate waarin seksualiteit en seksueel plezier worden besproken verschilt per kerk. In meerdere kerken is geobserveerd dat dit in kerkdiensten of bijeenkomsten voor bijvoorbeeld vrouwen of jongeren gebeurt. Sommige religieuze leiders gaven aan dat het een onderwerp is dat ze ter sprake brengen in de meer persoonlijke context van counseling van (pas) gehuwden en in huwelijksvoorbereiding. Ze gebruiken daarbij soms boeken en video’s geschreven door christelijke leiders en auteurs uit Afrika of Noord-Amerika waarin aanbevelingen worden gegeven voor het vinden van een partner, hoe lief te hebben en een gelukkig huwelijk met een bevredigend seksleven te realiseren.

Ten derde **(3) valt in diverse gesprekken en bijeenkomsten op dat religieuze leiders of kerkgangers aangeven dat ze praten over seksualiteit in de kerk lastig vinden**. Het wordt dan door kerkleden ervaren als een gevoelig onderwerp of leiders zelf rapporteren een gebrek aan kennis en ervaring om het gesprek over het lichaam en seksualiteit op een goede manier te voeren. Verschillen in gender en leeftijd (generatie) spelen daarin een rol. Ook speelt mee dat religieuze leiders zelf meestal geen onderwijs hebben genoten over gezondheid en seksualiteit, kennis missen of niet weten hoe ze het aan moeten pakken. Seksualiteit wordt dan vooral vanuit een normatief perspectief besproken (zie hoofdstuk 3), of soms zelfs

helemaal niet. Dit laatste werd vooral gehoord van participanten uit de Ethiopische en Eritrese gemeenschappen en in het bijzonder wat betreft de orthodoxe kerk.

Ten vierde **(4) komt seksueel welzijn in beeld als een precair en soms betwist onderwerp in verschillende kerken**. Veel van de religieuze leiders die we in het onderzoek hebben gesproken geven aan wel eens mee te maken dat een ongetrouwd meisje in de kerk zwanger is. Bezorgdheid over tienerzwangerschap is dan ook een belangrijk thema dat in het onderzoek regelmatig opkomt. “Christelijke jongeren zijn naïef”, zegt pastor Ruth, een vrouwelijk religieus leider uit Den Haag tegen haar collega religieuze leiders tijdens een thema-avond over seksuele opvoeding. “Je hoeft ze geen anticonceptiepil of condoom te geven, maar ze moeten wel weten hoe het zit met vruchtbaarheid”. Ze legt uit dat ze dan snappen hoe het lichaam werkt en keuzes kunnen maken om zichzelf te beschermen. Pastor Ruth is gezondheidswetenschapper en besteedt veel aandacht aan de vormgeving van een benadering die gezondheidswetenschappelijke inzichten combineert met christelijke waarden. Voor haar eigen kerken heeft zij een programma ontwikkeld dat al begint met 8 jaar. Ze heeft daarmee een voorbeeldfunctie voor andere kerken, die haar regelmatig uitnodigen om te spreken over haar benadering.

Problematisering

In deze paragraaf staan we kort stil bij de overeenkomsten en verschillen in problematisering tussen kerken en gezondheidsorganisaties. Hiermee richten we ons niet zozeer op een vooraf gedefinieerd probleem, maar op het verduidelijken van het proces waarin een bepaald aspect van seksueel welzijn een probleem wordt in specifieke contexten. Dit vergelijkende perspectief wordt in de volgende hoofdstukken verder uitgewerkt.

Gezondheidsorganisaties en kerken delen de zorg over **tienerzwangerschap**, maar de problematisering in termen van normatieve kaders verschilt. Gezondheidsorganisaties problematiseren onbeschermde seks omdat het risico van zwangerschap en overdracht van ziekten met zich meebrengt, terwijl in de kerken seks buiten het huwelijk op zichzelf al als probleem wordt gezien. Religieuze normen zijn hierin van belang, maar zoals we in hoofdstuk drie verder bespreken spelen ook normatieve verwachtingen rondom gender een rol in deze problematisering.

De manieren waarop religieuze leiders omgaan met seks buiten het huwelijk en tienerzwangerschap zijn zeer divers, en met name vrouwelijke religieuze leiders pionieren manieren om dit op een goede manier vorm te geven. Als een jonge, ongetrouwde vrouw zwanger raakt dan treft kritiek en oordeel vanuit de kerkelijke context haar soms harder dan degene die haar zwanger heeft gemaakt. Julie is een vrouwelijk religieus leider die samen met haar man een kerk leidt in de omgeving van Den Haag / Rotterdam. In een interview vertelt ze over een tienermeisje dat onbedoeld zwanger werd. Ze vertelde hoe ze de mensen in haar

kerk had aangesproken om niet te oordelen of te roddelen, maar om te kijken hoe ze als kerkgemeenschap het meisje kunnen ondersteunen. Dat ze dit zo benadrukt betekent ook dat het in andere gevallen en in andere kerken wel tot een veroordeling kan leiden van de onbedoeld zwangere vrouw (en de partner). Soms mogen ze bepaalde taken in de kerk niet meer uitvoeren. In het onderzoek kregen we de indruk dat vrouwelijke leiders vaker zorg en ondersteuning benadrukken, dit wordt in christelijke termen ook wel de pastorale rol genoemd. Mannelijke leiders benadrukten vaker met name de normatieve kant, om het morele leiderschap te tonen. Tegelijkertijd zijn er ook voorbeelden van hoe een kerk kan werken als een familieverband waarin zorg en aandacht centraal staat. Kinderen worden, ongeacht hoe ze verwekt zijn, verwelkomd als door God gegeven.

De gedeelde zorg over tienerzwangerschap en de motivatie om als kerk te zorgen voor een vrouw of meisje die onbedoeld zwanger is, kan een belangrijk aanknopingspunt voor samenwerking zijn.

Een ander onderwerp van zorg in sommige kerken is **seksueel en huiselijk geweld**. Religieuze leiders rapporteren dat kerkleden problemen ervaren in huwelijkse relaties die seksueel welzijn en stabiele relaties in de weg staan. De belangstelling voor bijeenkomsten over dit thema laat zien dat de zorg door meerdere religieuze leiders wordt gedeeld en dat men het soms lastig vindt te weten welke hulp ze kunnen bieden naast gebed en pastorale zorg. Het is soms onduidelijk welke rol een religieus leider kan spelen in dergelijke precaire omstandigheden en waar de grenzen liggen van wat een religieus leider kan doen. Zoals de eerdergenoemde pastor Julie benadrukte: “Misbruikte vrouwen “[hebben] ondersteuning en zorg nodig op basis van een diagnose en door een professionele hulpverlener. Religieuze leiders zijn niet opgeleid om deze rol te spelen, maar moeten vrouwen helpen om toegang te krijgen tot professionele hulp”.

Ook hier ligt een aanknopingspunt voor samenwerking tussen religieuze leiders en gezondheidsorganisaties, omdat het ondanks verschillen in problematisering wijst op een gedeelde zorg over huiselijk en seksueel geweld en opvoedingsproblematiek. In de volgende paragrafen gaan wij nader in op hoe de gezondheidsorganisaties seksueel welzijn benaderen en bepaalde zaken (anders) problematiseren.

Gezondheidszorgorganisaties

Hoewel er in de media veel aandacht is voor met name vrouwelijk seksueel genot (zie bijvoorbeeld de populariteit van de lezingen en media-optredens van prof. dr. Ellen Laan), ligt de nadruk van de organisaties (zoals de GGD’s en Rutgers) waarmee individuele migranten in aanraking komen als het gaat om problemen rondom seksualiteit met name op seksuele gezondheid, en vooral op preventie van SOA’s. Het beleid van deze organisaties is gebaseerd

op grootschalig statistisch onderzoek waarin wordt beargumenteerd dat een bepaalde groep meer risico loopt op seksuele problemen. Deze benadering heeft een aantal consequenties voor de manier waarop seksuele gezondheidszorg wordt gegeven, ervaren en wordt opgepakt. Met anderen woorden, het heeft implicaties in relatie tot diversiteit. Daarom bespreken we hieronder: 1) de oriëntatie op problemen en op probleemgroepen, 2) de focus op het voorkomen van gezondheidsproblemen in seksuele voorlichting, 3) de rol die wetenschappelijk onderzoek speelt en de daaraan gekoppelde de financiering van seksuele gezondheidszorg en 4) de implicaties hiervan voor seksuele gezondheidszorg aan cultureel diverse groepen zoals Afrikaanse Nederlanders.

We bespreken de praktijk van seksuele gezondheidszorg vooral met verwijzing naar voorbeelden uit seksuele voorlichting waar binnen het onderzoeksproject uitgebreid onderzoek naar is gedaan. In het onderzoek zijn echter vergelijkbare observaties gedaan in andere delen van de seksuele gezondheidszorg. Daarbij valt op dat seksuele gezondheidszorg zich allereerst (1) kenmerkt door een **oriëntatie op problemen**. Door deze focus op problemen blijft de nadruk liggen op de interpretatie van seksuele gezondheid als zijnde 'niet ongezond zijn'. Gezondheid of ziekte zegt evenwel ook niet altijd iets over het seksueel welzijn dat iemand ervaart. Dit probleem erkennen veel organisaties wel, maar ze geven aan niet over financiële middelen te beschikken om hier voldoende aandacht aan te besteden (e.g. Cense, 2014).

Ten tweede 2) valt in seksuele gezondheidszorg (in het bijzonder voorlichting) op dat de **nadruk ligt op het geven van informatie waarmee gezondheidsproblemen en bijvoorbeeld ongewenste zwangerschap voorkomen** kan worden, omdat dit in de onderwijscontext wordt verwacht en geaccepteerd. Het betekent dat in praktijk van seksuele voorlichting weinig aandacht is voor de emotionele en relationele dimensies van seksueel welzijn. Ook is het opvallend dat seksueel genot nauwelijks ter sprake komt is. De moreel/ethische dimensies van seksualiteit en relatievorming worden eveneens buiten beschouwing gelaten, om niet normatief over te komen.

Seksuele gezondheidsorganisaties en de professionals en vrijwilligers die er werken zijn ook op zoek naar een verbreding van het begrip seksuele gezondheid. In interviews benadrukken ze dat het jongeren zal helpen als er aandacht wordt besteed aan zaken die (volgens sommigen) verder af liggen van seksualiteit, zoals aantrekkelijkheid, liefde, relaties, pornografie, hygiëne, enzovoorts. Interessant is dat professionals en vrijwilligers signaleren dat jongeren en docenten 'preuts' zijn, omdat seks niet te expliciet besproken kan worden in het klaslokaal. De ervaring is bijvoorbeeld dat scholen, leerlingen en docenten moeite hebben met de expliciete taal waarin over seks en seksueel genot wordt gesproken. Als een methode van voorlichting of een benadering van seksuele gezondheid niet goed aansluit, wordt dan al snel gedacht dat dit komt omdat seksualiteit een 'taboe onderwerp' is vanwege religie of

cultuur, waarbij er vaak vanuit wordt gegaan dat men in Nederland taboes rondom seksualiteit al heeft doorbroken. Op basis van dit onderzoek, stellen wij dat het (v)erkennen van verschillen in problematisering en benaderingen om de aansluiting bij diverse groepen te vergroten een productievere houding is. Dit leggen hieronder verder uit.

Zoals in de Inleiding beschreven heeft seksuele gezondheidszorg in Nederland een sterk 'one-size fits all' karakter. In combinatie met de probleem-oriëntatie van seksuele voorlichting heeft dit implicaties voor **de participatie en inclusie van 4) Afrikaanse Nederlanders en andere cultureel diverse groepen die in dit onderzoek naar voren komen**. Zij komen vaak pas in beeld als wanneer zij geassocieerd worden met een specifieke problematiek. HIV en Aids is daarvan een voorbeeld. Naar aanleiding van de vermeende genezingsdiensten in Afrikaanse kerken werden mensen van Afrikaanse afkomst ook geassocieerd met taboes rondom (homo-)seksualiteit (Knibbe 2018, Wilmink 2018, dit rapport zie hoofdstuk 5). Toen dit via de media de politiek bereikte, werd de 'one size fits all' aanpak doorbroken om specifieke aandacht aan bepaalde groepen te geven. In de controverse rondom de genezingsdiensten kwamen Afrikaanse Nederlanders bijvoorbeeld vooral als Christenen in beeld. Christelijke overtuigingen werden gezien als vol van taboes, die een gevaar vormen voor seksueel welzijn. Religieuze leiders die werden benaderd voor samenwerking, waren echter bijzonder kritisch op deze onderliggende motivatie om taboes te doorbreken die niet aansloten bij wat zij in hun gemeenschap als de belangrijkste zorgen en problemen zagen. Dat het wel mogelijk is om samenwerking tussen religieuze leiders en gezondheidsinstanties te realiseren kan worden afgeleid uit de vele activiteiten die zijn georganiseerd vanuit een problematisering die wel aansluit bij de problematisering vanuit de gemeenschappen, zoals de 'your health is your wealth' campagne waarbij werd samengewerkt met de Amsterdamse Pentecostal council of churches (Agyemang et. al 2018).

In controverses zoals die rondom de HIV-healings werd de problematisering van seksualiteit door gezondheidsorganisaties niet alleen aan gezondheid gekoppeld, maar ook aan specifieke culturele of religieuze identiteiten. Zoals Krebbeckx, Spronk en M'charek (2013) betogen wordt de diversiteit binnen bepaalde groepen in een dergelijke benadering van identiteit onvoldoende erkend. Bovendien zijn de bevindingen vaak niet representatief maar vormen wel de basis voor beleid gericht op deze specifieke groepen. Voor Afrikaanse Nederlanders geldt dat dit een enorm diverse populatie is uit verschillende Sub-Sahara Afrikaanse landen. Naast de diversiteit in afkomst, bestaan grote verschillen in onder andere opleidingsniveau en economische positie in land van herkomst, positionering in Nederland, in taal, religie en migratiegeschiedenis. In Nederland worden ze echter vaak samengenomen met Nederlanders met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond of de nog bredere groep 'migranten' of 'etnische minderheden'. Hierdoor verdwijnt het zicht op specifieke behoeften van mensen

met een Afrikaanse achtergrond nog beperkter is.[1] Het moge duidelijk zijn dat dit een goede aansluiting bij mensen en gemeenschappen met bijvoorbeeld een Ghanese, Nigeriaanse of Congolese achtergrond niet bevordert. Bovendien zorgt de koppeling tussen seksuele gezondheidsproblemen en 'etniciteit' als verklaring voor allerlei kwesties ervoor dat het zicht op andere factoren die bijdragen aan kwetsbaarheid (zoals bijvoorbeeld juridische status, sociaaleconomische status, of gender) verdwijnt.

Conclusie

Seksueel welzijn omvat de fysieke, economische, sociale, psychologische en emotionele aspecten van welzijn in relatie tot seksualiteit. Deze brede definiëring verschuift de aandacht van biomedische gezondheid en afwezigheid van ziekte naar een benadering die ook gaat over seksueel genot, relatie- en gezinsvorming en lichamelijke integriteit. Als zodanig biedt het ruimte om aan te sluiten bij de diverse opvattingen en strategieën van Afrikaanse Nederlanders om seksueel welzijn te realiseren en te vergroten. Uit dit onderzoek blijkt namelijk dat die veelal een combinatie van biomedische, religieuze, traditionele en spirituele praktijken omvatten. Religieuze strategieën spelen een belangrijke rol omdat religie een belangrijke dimensie is in het leven van veel mensen van Afrikaanse afkomst en continuïteit biedt tussen hun leven in het land van herkomst en in Nederland. Religieuze leiders oefenen op hun beurt invloed uit op de strategieën om seksueel welzijn te vergroten en problemen te verhelpen. Daarin benadrukken ze vaak het belang van een combinatie van biomedische en religieuze strategieën. Het onderzoek laat ook zien dat religieuze leiders soms worstelen met beperkingen in hun kennis, of in de rol die ze kunnen spelen en dat daar aanknopingspunten liggen voor gezondheidsorganisaties. In het onderzoek hebben we echter tevens geconstateerd dat gezondheidsorganisaties vaak werken vanuit een andere problematisering, waarbij gezondheidsproblemen als uitgangspunt worden genomen en algemene preventie en voorlichtingsprogramma's worden opgezet om deze gezondheidsproblemen te voorkomen. Deze smalle focus en de koppeling tussen gezondheidsproblemen en culturele achtergrond suggereren ten onrechte een goede aansluiting bij mensen van Afrikaanse afkomst in Nederland terwijl ze in de praktijk waarschijnlijk eerder stigmatiserend werkt.

In dit hoofdstuk wordt duidelijk dat ondanks dat beleidsmakers en professionals zich zouden willen richten op 'seksueel welzijn' in lijn met de definitie van de WHO, in de praktijk seksuele gezondheidsprogramma's een sterke probleem-oriëntatie kennen. Een benadering van seksueel welzijn die naast de fysieke en biomedische aspecten ook de subjectieve, sociale, ethische en relationele dimensies betrekt, sluit beter aan bij de diversiteit in behoeften en

[1] Een voorbeeld is de Train the Trainer voor religieuze leiders rondom seksuele gezondheid die aanvankelijk het 'Suriname project' heette maar waarbij door het betrekken van religieuze leiders van Afrikaanse afkomst ook geprobeerd werd Afrikaanse gemeenschappen te bereiken. Zie GGD Amsterdam 2011.

banderingen van seksueel welzijn. Een bredere focus op seksueel welzijn sluit aan bij de verschuiving van een probleem-oriëntatie naar het aanspreken van het gezondheidspotentieel van mensen zoals door het WRR wordt bepleit (WRR, 2018; Haisma en Touber, 2018). Door aandacht te geven aan de verschillende dimensies die seksueel welzijn beïnvloeden kan recht gedaan worden aan de grote diversiteit binnen Nederland. Deze verschuiving biedt ook kansen om een verbetering van preventieve zorg te realiseren die past bij de in de Kennisagenda Preventie geformuleerde innovatierichting: "'op maat', toegesneden op het individu, als integraal, en met aandacht voor de vele relevante factoren in de context" is (Kennisagenda Preventie, 2018).

Daarom pleiten we voor een betere verankering van aandacht voor de verschillende dimensies van seksueel welzijn in de praktijk van preventie en zorg en laten zien wat de kansen zijn om vanuit deze brede benadering aan te sluiten bij de opvattingen en strategieën van Afrikaanse Nederlanders. Door seksualiteit in de bredere context van welzijn te benaderen roept het in het onderwijs wellicht minder weerstand op. Het biedt bovendien kansen om aan te sluiten bij thema's als relatievorming die ook in de kerken centraal staan. Naast het delen van gezondheidskennis, zou het uitgangspunt voor gesprekken over de subjectievere dimensies kunnen zijn dat seksueel welzijn voor iedereen anders vorm krijgt en is ingebed in de verschillende dimensies van algehele gezondheid, relaties, status, werk en religie. Wanneer er verschillen zijn in problematisering, is het van groot belang dat de verschillende partijen de kans krijgen om zich hierover uit te spreken waarbij zelfreflectie een belangrijk uitgangspunt dient te zijn. Want klopt het wel, dat het alleen 'anderen' uit minderheidsgroepen zijn die nog last hebben van taboes en normatieve verwachtingen rondom gender en seksualiteit? Daar gaan wij in het volgende hoofdstuk op in.

3. Normativiteit: heteroseksualiteit, gender en jongeren

"Ga je wel eens in op hoe homo's seks hebben?" vraagt een student aan een voorlichter. We zitten in een kring en we hebben net een voorbeeld voorlichting homo-acceptatie gehad die de voorlichter van het COC normaal geeft aan middelbare scholen. De voorlichter schudt zijn hoofd: "Dat heb ik wel een paar keer gedaan, maar seks bespreken geeft zulke heftige reacties. De les schiet zijn doel dan echt voorbij. Dat is nu nog gewoon echt niet mogelijk".

Als eerste land waar het huwelijk toegankelijk werd voor mensen van gelijk geslacht, wordt acceptatie van homoseksualiteit vaak benadrukt als een belangrijke verworvenheid in Nederland. Tegelijkertijd werd in de afgelopen jaren duidelijk dat het niet vanzelfsprekend is dat er in het onderwijs ook voldoende aandacht wordt besteed aan homoseksualiteit (Inspectie van het Onderwijs, 2016). Ook in ons onderzoek kwam naar voren dat de gelijkstelling voor de wet, niet betekent dat homoseksualiteit een geaccepteerd onderdeel is van seksuele voorlichting op scholen. In dit rapport gebruiken we de term normativiteit om te laten zien hoe deze grenzen zichtbaar worden in de praktijk doordat zij worden overschreden. Praten over tolerantie van homoseksualiteit is mogelijk, maar praten over hoe homo's seks hebben levert problemen op in de seksuele voorlichting. De voorlichter verliest dan de aansluiting met de groep. In ons onderzoek was normativiteit zowel bij de kerken als bij gezondheidsorganisaties zichtbaar.

Normen definiëren en reguleren wat er van iemand wordt verwacht, wat verplicht is of gewenst is in specifieke omstandigheden (Dhawan et al., 2016). Ze geven mensen een reden om te handelen, geven een perspectief op wat er in het leven gebeurt en zijn verbonden met de emoties die daarbij worden ervaren. Normen gaan ervanuit dat mensen op een bepaalde manier handelen, terwijl ze andere manieren van handelen afwijzen. Normen reguleren dus de manier waarop mensen zich gedragen in de samenleving en hoe ze zich tot elkaar verhouden. Deze regulerende functie wordt ook wel normativiteit genoemd (Dhawan et al., 2016). De Amerikaanse filosoof Judith Butler stelt dat normen nodig zijn om te leven, dat ze nodig zijn voor welzijn en om richting te geven aan het leven maar dat normen ook beperkend zijn (Butler, 2004). Soms kunnen bepaalde normen zo beperkend zijn dat ze ongelijkheid, onrechtvaardigheid en geweld creëren of legitimeren. Normen zijn dus altijd ingebed in machtsverhoudingen. Wanneer mensen bepaalde normen overschrijden worden ze geconfronteerd met deze ongelijke machtsverhoudingen (Butler, 2004). Sommige mensen en groepen mensen in de samenleving worden meer dan anderen geconfronteerd met ongelijke machtsverhoudingen, omdat ze in meerdere opzichten deel uitmaken van een minderheid of gemarginaliseerde groep mensen.

In dit hoofdstuk gaan we in op hoe relaties tussen mannen en vrouwen, tussen mensen van verschillende seksuele oriëntaties en relaties tussen verschillende generaties gereguleerd worden door bepaalde normen, en de wens bepaalde waardeoriëntaties mee te geven. We geven weer hoe binnen de kerken en seksuele gezondheidsorganisaties normatieve opvattingen zichtbaar worden rondom gender, seksualiteit en de positie van jongeren. Vervolgens reflecteren we op overeenkomsten en verschillen tussen kerken en gezondheidsorganisaties. Dit is relevant omdat er in Nederland vaak verondersteld wordt dat seksuele gezondheidsorganisaties en religieuze organisaties fundamenteel verschillen in hun benadering van seksualiteit en gender. Dit hoofdstuk laat zien welke normatieve insteek kerken en gezondheidsorganisaties delen en waar zij van elkaar verschillen.

Gender

Tijdens een vrouwenconferentie van een pinksterkerk van Nigeriaanse oorsprong met meer dan 200 lokale kerken op het Europese vasteland, wordt een workshop over seksualiteit georganiseerd. Een vrouwelijke religieuze leider uit Den Haag houdt een inleiding over het belang van seksualiteit en seksueel plezier. Op een directe en beeldende manier geeft ze advies over verschillende vormen van geslachtsgemeenschap tussen mannen en vrouwen en welke 'standjes' het plezier vergroten. Daarbij benadrukt ze dat vrouwen hun best moeten doen voor een goed seksleven: "Als een man seksueel niet tevreden is dan maakt hij snel ruzie met je", zo komt de stabiliteit van je huwelijk in gevaar. "Mannen zijn gemaakt met een grotere seksuele behoefte, zo heeft God hen gemaakt. Het is je taak als vrouw om hem seksueel te bevredigen" (Observatie workshop seksualiteit, Nov. 2016).

In de benaderingen van seksualiteit door kerken en gezondheidsorganisaties zijn een aantal **overeenkomsten** opvallend: in beide contexten wordt het belang van 1) **seksueel genot van zowel mannen als vrouwen** benadrukt. Ook wordt in beide contexten de 2) **man vaak neergezet als van nature behept met een ontembare seksuele behoefte**. Tot slot wordt er in beide contexten van uitgegaan dat 3) **vrouwen niet goed zijn in het communiceren van grenzen**. Dit wordt echter verschillend geproblematiseerd: in gezondheidsbenaderingen wordt het als een probleem gezien in termen van de mogelijkheid voor meisjes om genot te ervaren. In religieuze benaderingen zijn grenzen belangrijk om ervoor te zorgen dat seks alleen binnen het huwelijk plaatsvindt. Zodra ze getrouwd zijn zouden voor vrouwen die grenzen niet leidend moeten laten zijn, maar binnen het huwelijk moeten leren genieten van seksualiteit. Voorlichting door gezondheidsorganisaties richt zich op meisjes, terwijl voorlichting in kerken zich richt op (bijna) getrouwde vrouwen. In beide contexten worden meisjes en vrouwen verantwoordelijk gemaakt voor het communiceren van grenzen.

Kerken

In de kerken waar dit onderzoek werd gedaan kwam gender op verschillende manieren in beeld. Allereerst in de nadruk op het kerngezin waarin de man als hoofd (of priester) van het gezin wordt gezien. Naast het gezin zijn er ook in de kerk gedifferentieerde rollen voor mannen en vrouwen, waarbij vrouwen vooral in hun rol als echtgenote en moeder worden aangesproken. Vrouwen zijn het symbool van een morele orde, kleding en gedrag moeten deze morele orde uitdrukken en bewaken. In bijeenkomsten en diensten wordt dan ook regelmatig gezegd dat vrouwen zich bescheiden dienen te gedragen; in hun gedrag en kleding moeten ze de juiste moraal laten zien. Een voorbeeld hiervan is dat kleding niet teveel mag onthullen van het lichaam, sommige vrouwen kiezen er zelfs voor een hoedje of hoofdbedekking te dragen. Tegelijkertijd zijn het dragen van kleding in uitbundige kleuren en uitbundige lichamelijke beweging zoals dansen tijdens zang of gebed geaccepteerde vormen van gedrag voor vrouwen (en mannen). Bovendien is er een grote diversiteit in hoe vrouwen zich kleden en gedragen (sommigen conservatief, andere uitbundig met hoge hakken en korte rokken), dus terwijl in de opvattingen bescheidenheid en moraliteit worden benadrukt is er in de praktijk vaak meer ruimte.

Hoewel er dus een bepaalde mate van flexibiliteit is, zullen vrouwen zelf moeten aanvoelen of ervaren waar de grenzen liggen en wanneer ze worden overschreden. Als ze grenzen overschrijden dan worden ze hier (door vrouwen en mannen) op aan gesproken. De primaire verantwoordelijkheid voor gender adequaat gedrag ligt dus bij vrouwen. Dit observeerden we ook in relatie tot seksualiteit, waarbij de verantwoordelijkheid van vrouwen om hun echtgenoten seksueel te plezieren werd benadrukt. De viering van bijzondere momenten zoals Moederdag of (in het geval van een katholieke Afrikaanse gemeenschap) de viering van Maria's onbevlekte ontvangenis, dienden om de waardevolle rollen van vrouwen als echtgenotes, moeders, verzorgers van hun gezin en huishouden te erkennen en hun genderrollen te bevestigen.

Tegelijkertijd kan de kerk ook een plek zijn waar gendernormen ter discussie worden gesteld. Zo waren er ook speciale bijeenkomsten voor vrouwen, zoals de viering van internationale vrouwendag of een vrouwenconferentie, waarin dit opviel. "Ons wordt als meisjes altijd gezegd dat we ons netjes en aardig moeten gedragen", zei een vrouw tijdens zo'n bijeenkomst. De vrouw die deze opmerking maakte verhulde haar kritiek over dat dit vooral tegen vrouwen en niet tegen mannen wordt gezegd niet. Als dergelijke kritische opmerkingen werden gemaakt tijdens een bijeenkomst waren er altijd instemmende geluiden onder de aanwezige vrouwen. Naast bevestiging is er dus ook kritiek op de symbolische rol die vrouwen vaak krijgen in het bewaken van de morele orde. Kerken verschillen in de ruimte die er is om gendernormen te bevragen, maar er is zeker discussie over.

Vooral in de zogenaamde pinksterkerken worden traditionele gender rollen doorbroken en ontstaan andere vormen van normativiteit. Vrouwen kunnen religieus leider worden en een eigen religieuze of seculiere carrière nastreven. Soms wordt dit zelfs actief gepromoot in kerken, al gebeurt dat vaak naast een nadruk op de zorgtaken en haar primaire rol als moeder en echtgenote. In wetenschappelijke literatuur wordt deze gelijktijdige continuering en doorbreking van genderrollen ook wel de *Pentecostal gender paradox* genoemd (Martin, 2001). De *gender paradox* werpt licht op de vraag waarom deze vorm van Christendom met haar gender normativiteit juist voor vrouwen aantrekkelijk is. Veel kerken trekken namelijk meer vrouwelijke dan mannelijke leden. In sub-Sahara Africa (en elders) pionieren deze kerken nieuwe vormen van relatievorming, romantiek en intimiteit (Bochow en van Dijk, 2012). Pinksterkerken benadrukken dat vrouwen en mannen zelf mogen kiezen met wie ze trouwen, huwelijken zijn niet langer een zaak van de familie. Gender normatieve verwachtingen van mannen in de kerken benadrukken dat zij alleen seksuele relaties aangaan binnen het huwelijk en dat ze verantwoordelijk zijn om voor het gezinsinkomen te zorgen. Juist door de nadruk die kerken leggen op de verantwoordelijke rol van de man als vader, kostwinnaar en monogame echtgenoot vinden vrouwen een huwelijk met een man die actief is in een pinkstergemeente vaak aantrekkelijk.

In Nederland speelt ook nog dat de rol van de familie door migratie verandert, zij leven vaak op verschillende continenten (Poeze, Dankyi en Mazzucato, 2016). Hierdoor zijn mensen van Afrikaanse afkomst in Nederland sterker op zichzelf aan gewezen. Kerken krijgen vaak een belangrijkere rol omdat ze mensen verbinden met een bredere gemeenschap, de rol van de kerk in relatievorming en huwelijk wordt daarmee ook belangrijker (van Dijk, 2002). De nadruk op het kerngezin in Pinksterkerken sluit aan bij de verminderde rol van de ‘extended family’ in de context van migratie. Tegelijkertijd valt ook op dat in de praktijk ook in het kerngezin rollen en relaties anders zijn dan de gendernormen die in kerken worden benadrukt suggereren. Families brengen soms lange tijd door op verschillende continenten of in verschillende landen. Soms studeren oudere kinderen in bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk, of verblijft een van de partners (voor bijvoorbeeld werk) regelmatig voor langere tijd in West-Afrika. Jongere kinderen verblijven soms ook langere tijd bij de ‘extended family’ in het land van herkomst (Poeze, Dankyi and Mazzucato, 2016). Ook komt het voor dat mannen in Nederland moeilijk werk kunnen vinden en de vrouw kostwinner is, soms is dit ook verbonden met de keuze om de man te laten investeren in een rol als kerkleider. Ook waren er relatief veel vrouwen in dit onderzoek uit zogenoemde ‘female headed households’ die de volledige economische verantwoordelijkheid en zorg voor hun gezinnen droegen omdat hun man was teruggegaan naar het land van herkomst of door scheiding. Dit werd vaker (maar zeker niet uitsluitend) geobserveerd bij deelnemers van Somalische afkomst, scheiding is niet ongebruikelijk in Somalische gemeenschappen. Door de veranderende gezinssamenstelling worden gender normatieve rollenpatronen doorbroken, of bestaan zij naast een praktijk waarin de relaties en verhoudingen anders zijn verdeeld.

Gezondheidszorgorganisaties

We hebben net een filmpje gezien waarbij een jongen seks wil hebben met een meisje, terwijl het meisje dat niet wil. De docent geeft de klas, die volledig bestaat uit meisjes, advies: "Dames, in zulke situaties is het heel eenvoudig wat te doen." De leerlingen staren haar aan en de docent lijkt te genieten van de spanning. "Jongens willen altijd seks. Nou, als jij niet wilt, dan zeg je gewoon dat je ongesteld bent! Werkt altijd! Echt de beste truc die er is!".

Ook in de seksuele voorlichting en de boodschappen en praktijk van Nederlandse gezondheidsorganisaties wordt onderscheid gemaakt tussen jongens en meisjes. Voorlichting is vaak primair gericht op het verbeteren van seksueel welzijn van vrouwen en meisjes. De aanname is dat hun seksueel welzijn met name bedreigd wordt door de veronderstelde ontembare seksualiteit van jongens. Het voorbeeld suggereert dat een meisje dat geen seks wil een goede reden moet hebben, eentje die jongens overtuigd, zoals menstruatie of pijn. In het voorbeeld wordt weliswaar benadrukt dat meisjes nee kunnen en mogen zeggen, maar vooral door het lichaam negatief in beeld te brengen. Zo begon voorlichting begon vaak met het schetsen van een vergelijkbare problematische situatie. Bijvoorbeeld dat een jongen te snel te ver ging met een meisje waardoor een meisje pijn had bij het vrijen. "Pain should not be part of the game!" werd er dan gezegd. In dit geval wordt de aanname dat mannen, als zij eenmaal opgewonden zijn, niet meer te stoppen zijn niet bevestigd. Wel worden mannen voorgesteld als seksueel 'hongeriger'.

Jongens werden op die manier geïntroduceerd als de (potentiële) veroorzaker van seksuele problemen bij meisjes, maar de verantwoordelijkheid voor het oplossen van deze problemen werd vooral bij meisjes neergelegd. Als er met de klas wordt besproken hoe vermeden had kunnen worden dat een meisje vrijen als pijnlijk ervaart en dat accepteert als normaal, lag de nadruk op de communicatie vanuit het meisje. Meisjes dienen duidelijk hun grenzen te communiceren, zodat jongens hier rekening mee kunnen houden. Meisjes komen dus in beeld als degene die niet zo goed zijn in het aangeven van hun grenzen. Bovendien wordt verondersteld dat als zij dit beter doen, problemen zich oplossen. In het bovenstaande zien we een voorbeeld van de verschillende oplossingen die meisjes worden aangereikt om hun grenzen te communiceren. Hier wordt duidelijk dat het niet zozeer gaat om seksuele verlangens en genot van meisjes en de manier waarop zij die willen realiseren. Integendeel, door het voorbeeld van de menstruatie te gebruiken wordt gesuggereerd dat menstruatie het seksuele verlangen van de jongen naar het meisje doet afnemen, haar lichamelijkheid komt op een negatieve manier in beeld.

In de voorlichtingen door middel van toneel was er nog meer nadruk op het vermeende problematische gedrag van de jongens. Diverse toneelstukken beeldden jongens uit die overduidelijk over de schreef gingen en een meisje dat hier vervolgens geen raad mee wist. In

de gesprekken na afloop werd vervolgens het gedrag van de jongen sterk uitgelicht en besproken. De aanname is dat jongens en mannen (bijna) altijd zin in seks hebben en als ze opgewonden zijn niet meer te stoppen zijn.

Zoals we hierboven aangaven, zijn er een aantal opvallende overeenkomsten met betrekking tot seksualiteit en gender in de context van kerken, en in de context van seksuele voorlichting gericht op scholieren en ouders ((het belang van seksueel genot voor mannen en vrouwen, mannen als ontembare seksuele wezens, en meisjes/vrouwen als degenen die verantwoordelijk zijn voor het communiceren van grenzen). Maar er zijn ook duidelijke verschillen: In kerken wordt seksuele onthouding voor het huwelijk benadrukt en daarna huwelijkse trouw. In seksuele voorlichting wordt geen belang gehecht aan seksuele onthouding en huwelijkse trouw, dit komt slechts aan bod als een 'afwijkende norm' die voor sommige mensen belangrijk is en daarom gerespecteerd dient te worden. Er is dan ook geen druk op vrouwen en mannen om de waarden van huwelijkse trouw hoog te houden door seksueel genoegen in de relatie na te streven.

In beide wordt in het gesprek over seks echter benadrukt dat mannen en jongens hun seksuele behoefte minder goed kunnen beheersen. In de kerken wordt vaak benadrukt dat mannen sneller geneigd zijn de regel van seksuele onthouding voor het huwelijke te doorbreken, meisjes krijgen een belangrijke rol in het bewaken van deze seksuele grenzen. Binnen het huwelijk wordt er van vrouwen verwacht dat ze seksueel actief en op de behoeften van hun man betrokken zijn om te voorkomen dat hij zijn plezier buiten het huwelijk zoekt. Door gezondheidsorganisaties wordt de verantwoordelijkheid om grenzen te bewaken bij meisjes en vrouwen gelegd, vanwege de moeilijk beheersbare seksualiteit van jongens. In seksuele voorlichting wordt dit gedrag van jongens en mannen sterker geproblematiseerd, ongeacht het type relatie waarin het voortkomt.

Samenvattend kunnen we stellen dat in beide gevallen - wanneer er verwacht wordt dat vrouwen en meisjes grenzen moeten kunnen bewaken of dat zij in het belang van een stabiele relatie hun grenzen moeten verruimen of overschrijden - het beperkte libido van vrouwen centraal staat terwijl bij mannen hun oncontroleerbare seksuele behoeften en driften worden benadrukt.

Zowel in kerkelijke als in gezondheidsbenaderingen zien we dus een nadruk op grensoverschrijding als gevolg van slecht controleerbare mannen/ jongens. In beide benaderingen zien we ook dat het gesprek hierover voornamelijk met en door vrouwen wordt gevoerd. Dit bevestigt een (impliciete) gendernorm dat het vooral de verantwoordelijkheid is van meisjes/ vrouwen om problemen in seksueel welzijn te verhelpen of te voorkomen.

Heteronormativiteit

De benadering van seksualiteit in de kerken rondom seksualiteit benadrukt seksuele trouw in het huwelijk en seksuele onthouding voor en buiten het huwelijk. Een heteroseksuele relatie die via een huwelijk gezegend is door God is de norm. Seks hoort binnen het huwelijk en verwijst meestal naar penetratie. Andere vormen zoals orale seks, anale seks of zelfbevrediging worden afgewezen. Niet-heteroseksuele seksualiteit is in de kerken zelf geen onderwerp dat vaak aan bod komt. Heteroseksualiteit is de norm en de rest doet er eigenlijk niet toe. Er wordt vanuit gegaan dat er in de religieuze gemeenschap geen problemen zijn rondom homoseksualiteit. Het wordt pas een thema als het vanuit de Nederlandse samenleving wordt geagendeerd, en religieuze leiders bevraagd worden over hun opvattingen. Op deze momenten kan er polarisatie ontstaan rondom dit thema.

Dit gebeurt minder vaak dan in de relatie tussen de media en moslim-gemeenschappen, maar af en toe gebeurt het wel. In 2009 ontstond er in de media een controverse rondom vermeende homo-healings in Afrikaanse en Surinaamse en Antilliaanse kerken in Amsterdam. Het veelvuldig en op grote schaal voorkomen van bijeenkomsten om mensen door gebed te genezen van homoseksualiteit is nooit bewezen. De mediastorm zorgde er echter voor dat veel kerken in Amsterdam en in mindere mate daarbuiten, werden bevraagd op hun visie op homoseksualiteit. In Amsterdam werden er naar aanleiding van deze controverse bijvoorbeeld speciale dialoogbijeenkomsten gehouden en trainingen gegeven.

Als homoseksualiteit in dit onderzoek werd genoemd door religieuze leiders, was het vaak omdat men verwachtte bevraagd te worden op hun standpunt over homoseksualiteit. Het werd duidelijk dat de controverse rondom de healings in de Afrikaanse kerken het beeld versterkt van een strijd tussen conservatieve en liberale waarden en normen. Dit heeft twee consequenties. Allereerst heeft dit ertoe geleid dat religieuze leiders en ouders zich zorgen maken dat hun jongeren in de Nederlandse samenleving teveel aan deze liberale waarden worden blootgesteld. Homoseksualiteit wordt soms genoemd als voorbeeld van moreel verval en problemen die kenmerkend zijn voor de westerse samenleving. Verzet tegen homoseksualiteit bevestigt dan heteronormativiteit. Ten tweede is dit verzet een teken van de manier waarop seksualiteit een politiek onderwerp geworden is. Onderzoekers in dit project bemerkten dit doordat deelnemers vaak verwachten dat het onderzoek gericht was op het inzicht krijgen in standpunten over homoseksualiteit onder Afrikaanse migranten. Om inzicht te krijgen in hoe mensen zelf seksueel welzijn ervaren en vormgeven, was het nodig homoseksualiteit als thema naar de achtergrond te schuiven. In sommige interviews kwam het onderwerp spontaan aan de orde, omdat werd genoemd dat mensen met een niet heteroseksuele oriëntatie de kerk bezoeken. Soms was de religieus leider daarvan op de hoogte. Het laat zien dat de praktijk flexibeler is dan de meer politieke benadering suggereert.

Heteronormativiteit in seksuele voorlichting

In het onderzoek naar seksuele voorlichting op scholen was de hetero-normatieve inhoud van veel lessen opvallend, zoals eerder in dit hoofdstuk besproken. De lessen zijn primair gericht op informatie en bespreekbaar maken van seks tussen jongens en meisjes. In lessen die er op gericht zijn om acceptatie van niet-heteroseksuele seksualiteit te vergroten wordt vooral gesproken over identiteit en wordt er niet ingegaan op hoe niet-hetero's seks hebben. In gesprek met een voorlichter van het COC werd duidelijk dat klassen zo heftig op niet-hetero seks reageren dat het bespreken van niet-hetero seks zijn doel voorbijschiet. Dit ondanks het feit dat het bespreken van seksuele diversiteit in de kerndoelen van scholen is opgenomen en de acceptatie van homoseksualiteit veelvuldig wordt besproken in het publieke debat. Beelden van openlijk zoenende mannen of vrouwen riepen weerstand op. Als leerlingen spraken over hoe het zou zijn homoseksueel te zijn, werd vooral benadrukt dat er problemen met hun ouders zouden ontstaan na een coming-out. Deze observaties sluiten aan bij bevindingen uit onderzoek van onder andere het Sociaal Cultureel Plan Bureau (Keuzenkamp, Kooiman en van Lisdonk, 2012) dat laat zien dat in motieven van volwassenen tussen de 18 en 65 om niet uit de kast te komen voortkomen uit angst en schaamte, waarbij angst voor de reactie van ouders boven aan staat (35%).

Deze bevindingen zetten vraagtekens bij de voorstelling van zaken zoals die in publieke discussies over seksualiteit in Nederland wordt geschetst door verschillende actoren. In deze discussies wordt er vaak een scherpe tegenstelling verondersteld tussen de liberale benadering van seksualiteit in Nederland en de meer conservatieve benadering van religieuze en/of migranten groepen. Dit wordt onder andere zichtbaar in een aflevering van Hotel Sofie van BNN. In dit programma, waarin mensen komen praten over seksualiteit werd een moslima die in de uitzending verschijnt meteen gevraagd naar haar visie op homoseksualiteit. Ook in ons onderzoek kwamen wij vaak tegen dat seculiere actoren ervanuit gingen dat religieuze actoren conservatief en vijandig staan ten opzichte van homo's.

Het beeld van religieus conservatisme en de Nederlandse liberale acceptatie van homoseksualiteit die zowel in de Afrikaanse kerken als bij de gezondheidsorganisaties wordt verondersteld, schetst een grotere tegenstelling dan wij in het onderzoek observeerden. Seksuele voorlichting in Nederland is namelijk hetero-normatief, gericht op seksuele relaties tussen mannen en vrouwen. Ondanks de acceptatie van homoseksualiteit die wordt benadrukt en verwacht van homoseksualiteit als identiteit, is het niet mogelijk om niet heteroseksuele seks te bespreken. In de kerken is seksualiteit eveneens hetero-normatief, het heterostel staat centraal. Niet-heteroseks is geen onderwerp van gesprek, homoseksualiteit wordt niet besproken. Seksuele gezondheidsorganisaties en kerken delen dus een primair hetero-normatieve oriëntatie in hun benadering van seksualiteit, ook al is deze ingebed in een andere morele evaluatie van hetero- en homoseksualiteit.

Jongeren

Gezinnen en families geven via de opvoeding en socialisatie veel verschillende sociale normen door aan hun kinderen (Faircloth, 2013). Dit betreft zowel normen rondom basisbehoeften zoals voeding of slaap, maar ook normen rondom sociale relaties, relaties tussen de seksen en normen rondom seksualiteit. In alledaagse activiteiten zitten dus veel boodschappen over wat 'goed' en 'normaal' is. Normaal geeft aan wat natuurlijk en dus gezond is, met welke normen gedrag wordt beoordeeld en ook hoe gedrag kan worden gestuurd en beïnvloed (vd. Berg, 2013). Seksuele opvoeding heeft dus een normatief karakter, het gaat om over te dragen wat normaal is. Sociale normen rondom seksualiteit worden op verschillende manieren overgedragen en niet alleen door over seksualiteit te praten.

Communicatie tussen oudere generaties en jongere generaties in het overdragen van opvattingen en praktijken rondom seksueel welzijn wordt in veel verschillende culturen ervaren als ingewikkeld (Jaccard et al. 2002, Thet Nu Noe et.al 2018, Manu et. al 2015, Beckett et. al 2010, Jaccard et. al 2002, Miller et al., 1998). In een migratiecontext worden onzekerheiden van ouders versterkt vanwege de verschillende contexten die zijzelf en hun kinderen moeten navigeren. Gezinnen die zich vanuit Ghana, Congo of Somalië in Nederland hebben gevestigd, voeden hun kinderen op in een andere samenleving dan waarin ze zelf groot geworden zijn. Dat betekent dat de omgeving niet altijd ondersteunt wat ouders 'goed' en 'normaal' vinden. Jongeren worden verschillend gesocialiseerd thuis, op school en in andere betekenisvolle contexten waarin ze participeren. In onderzoek worden jongeren uit deze gezinnen ook wel 'third culture kids' (Pollock en van Reken, 1999) of 'cross-cultural kids' genoemd (van Reken, 2011).

In ons onderzoek viel op dat vooral oudere generaties dit ingewikkeld vinden. Tijdens een thema-avond over opvoeding in Den Haag werd benadrukt dat jongeren 'tussen twee culturen' leven en dat dit voor problemen zorgt. Jongeren van Afrikaans-Nederlands afkomst hebben problemen in de puberteit, "…omdat de puberteit niet altijd goed wordt begrepen door de ouders", aldus de vrouwelijke coördinator van een religieus geïnspireerde welzijnsorganisatie in Den Haag. Ze legt uit dat ouders vaak erg streng zijn, wat leidt tot conflicten en soms tot weglopen. Ouders willen dat hun kinderen een betere positie verwerven in de samenleving dan zij zelf hebben en leggen daarom strenge regels op. Jongeren staan onder druk om goed te presteren op school, een goede baan te vinden en inkomen te krijgen. Bovendien krijgen meisjes vaak nog minder ruimte dan jongens om een eigen leven op te bouwen buitenshuis. Deze visie wordt echter genuanceerd door wat jongeren hier zelf over zeggen: een aantal interviews met meiden van Ghanese afkomst in Den Haag laat zien dat jongeren het zelf veel minder ingewikkeld vinden om met verschillende normen en waarden te maken te krijgen, dan hun ouders en religieuze leiders denken.

Een aantal religieuze leiders betogen dat kerken voorlichting moeten geven vanuit christelijk perspectief, als aanvulling op de informatie die jongeren op school en via de media meekrijgen. In de meeste kerken beperkte het zich (nog) tot uitleg over de seksuele moraal en het belang van seksuele onthouding voor het huwelijk. Andere leiders vroegen zich af of het wel bij hun rol past om meer gezondheidsinformatie te geven zonder de normatieve boodschap. Soms voelen ze zichzelf ongemakkelijk als ze over seks moeten praten, ook al zagen ze er de noodzaak van. Ook hadden zij het idee dat ouders en collega-leiders dit afkeurden.

In een paar kerken was er al een actieve praktijk van seksuele en relationele vorming. Enkele religieuze leiders vertelden dat ze actief voorlichting geven in de kerk. Ze gaan in op hun interpretatie van wat de Bijbel en de christelijke moraal voorschrijven, maar besteden ook aandacht aan hoe het lichaam werkt, wat gezonde seks is en aan seksueel plezier. “Het is beter dat ze het van mij leren”, zei pastor Ruth. Volgens haar wachten jongeren makkelijker met het aangaan van een seksuele relaties wanneer het onderwerp in alle openheid besproken wordt. In het dagelijks leven is deze religieuze leider gezondheidswetenschapper, dat speelt uiteraard mee in haar keuze om seksuele vorming te geven in de kerk. Ze wordt ook regelmatig uitgenodigd om in andere kerken seksuele voorlichting te geven. Dat er behoefte is aan seksuele voorlichting in kerken, bleek ook uit het feit dat het onderzoeksteam soms gevraagd werd of zij niet konden komen om voorlichting te geven.

Er zijn dus verschillende ideeën over wat de rol van een religieus leider is en in hoeverre deze ook als voorlichter kan optreden, of dat dit door een ervaren iemand / buitenstaander zou moeten worden gedaan.

Zoals eerder besproken waren religieuze leiders, als het over jongeren ging, vooral bezorgd om tienerzwangerschap. Veel van de leiders die we spraken hadden dit in hun kerk meegemaakt. Wanneer een zwangerschap buiten het huwelijk ontstaat, wordt met name de vrouw daarop aangekeken. Participanten in het onderzoek vertelden verhalen over meisjes die publiekelijk tot de orde worden geroepen, bepaalde rollen niet meer mogen vervullen in de kerk en soms zelfs van stellen die door hun ouders gedwongen werden te trouwen op het moment dat er sprake was van zwangerschap. Er was veel discussie over deze praktijken: hoewel sommigen het gerechtvaardigd vonden om een stel tot een huwelijk aan te sporen, stelden anderen juist vragen bij deze praktijk, omdat het zou kunnen leiden tot wankele huwelijken die snel na de inzegening weer uiteen zouden vallen.

Een vrouwelijk religieus leider uit de omgeving van Den Haag / Rotterdam kreeg te maken met een kerklid dat ongetrouwd zwanger werd. Zij vertelde hoe ze de mensen in haar kerk had aangesproken om niet te oordelen of te roddelen, maar om te kijken hoe ze als kerkgemeenschap de jonge vrouw kunnen ondersteunen. In het onderzoek waren het

opvallend genoeg vooral vrouwelijke leiders zoals deze twee die het belang van niet oordelen benadrukten. Deze bevindingen sluiten aan bij de bevinding van eerder onderzoek dat uitwijst dat moeders en vrouwelijke familieleden deze generatieverschillen waar het seksualiteit betreft vaker overbruggen dan mannen (Jaccard et. al. 2002; Miller, 1998). Kerken en religieuze leiders kunnen dus een sterk normatieve benadering hebben van seksualiteit, terwijl ze tegelijkertijd ook als een familieverband kunnen werken waar in zorg en aandacht centraal staat. Kinderen worden dan verwelkomd als door God gegeven.

In de literatuur en in publieke debatten worden culturele en religieuze factoren vaak als oorzaak gezien voor het gegeven dat seksualiteit vaak moeilijk bespreekbaar is, waarbij het uitgangspunt is dat Nederland in het bespreekbaar maken van seks koploper is. In hoofdstuk 4 gaan we uitgebreider in op hoe die cultureel religieuze verklaringen te begrijpen zijn in de context van de Nederlandse geschiedenis. Hierboven zagen we dat religieuze leiders en ouders in de context van de Afrikaanse Diaspora in Nederland inderdaad zoeken naar hun rol en expertise met betrekking tot zowel informatie als waarde-orientatie rondom seksualiteit. Dit is echter niet uniek, geld evengoed voor de praktijk van de Nederlandse seksuele voorlichting, ondanks de grote inspanningen op dit terrein.

Normativiteit in seksuele voorlichting aan jongeren

Zorg over de opvoeding en begeleiding van kinderen en jongeren is niet voorbehouden aan religieuze en culturele minderheidsgroepen. Juist in landen waar de voorwaarden voor welzijn goed zijn zoals Nederland, speelt de overheid een grote rol in het realiseren van de juiste (condities voor) opvoeding. Hierbij komt vaak de vraag op of kinderen en jongeren wel de goede normen worden aangeleerd. Overheden maken daarom beleid en programma's om opvoedingsproblemen te verhelpen en te voorkomen. Onderwijs en gezondheids- en welzijnsorganisaties spelen vervolgens een belangrijke rol in het overdragen van normen en normatieve kaders. Ook zij dragen dus bij aan dat kinderen en jongeren te maken krijgen met 'competing moralities' (Faircloth, 2013).

Seksuele voorlichters en medewerkers van gezondheidsorganisaties die zich bezighouden met seksualiteit maken zich deels om dezelfde dingen zorgen, zoals tienerzwangerschappen, maar de discussies gingen ook vaak over heel andere zaken dan in de religieuze context aan de orde kwamen. Veel informanten vonden pornografie bijvoorbeeld iets waar jongeren op een zorgvuldige manier mee om moesten gaan. Porno verschilt van seks, vonden veel informanten, en dit dient duidelijk te worden gemaakt in seksuele voorlichtingslessen. Het fenomeen sexting, waaronder het doorsturen van naaktfoto's, riep vergelijkbare discussies op. Het werd vaak gezien als iets dat aan de ene kant heel leuk was, en jongeren de mogelijkheid gaf om zich op seksueel gebied te ontwikkelen, maar aan de andere kant als iets gevaarlijks. Vanwege het risico van doorsturen van foto's aan derden maakt sexting jongeren

kwetsbaar voor schending van hun privacy en lichamelijke integriteit en voor emotioneel en fysiek geweld.

In de problematisering van pornografie en sexting zitten opvattingen over wat 'normale seks' is. Het maakt duidelijk dat seksualiteit ook in een niet-religieuze setting wel degelijk morele vragen oproept. Waar professionals die morele vragen proberen te benaderen vanuit hun gezondheidsbenadering, speelde voor ouders bijvoorbeeld ook de vraag welke boodschap je afgeeft over seksualiteit aan je kind. Zo werd tijdens een ouderavond gevraagd of het een goed idee was om, zonder enige vorm van introductie, een pakje condooms op de kamer van hun dochter leggen. De ouders vonden dit absoluut geen goed idee, ze waren ervan overtuigd dat een condoom eerst zorgvuldig geïntroduceerd diende te worden in een gesprek waarin ouders en kinderen ook relatievorming bespreken. De voorlichters echter, vonden dit wel een goed idee, zo konden jongeren zich tenslotte beschermen tegen SOA's en ongeplande zwangerschappen. De seksuele voorlichters probeerden daarop ouders met biomedische argumenten te overtuigen, maar het was duidelijk dat voor ouders ook andere (morele) uitgangspunten een rol speelden.

Zowel over de problematisering als de oplossingsstrategie bestaan verschillende opvattingen, niet alleen tussen de kerken en de scholen, maar ook tussen verschillende actoren in de beide contexten waarbij met name ouders een specifieke rol hebben. Seksuele voorlichting aan jongeren is voor ouders in beide contexten niet alleen een technische aangelegenheid maar heeft ook te maken met de overdracht van bepaalde normen en waarden rondom seks en relatievorming.

Reflecties en conclusies

In dit hoofdstuk hebben we laten zien hoe de benadering van gender, seksuele oriëntaties en generatie door Afrikaanse kerken en door gezondheidsorganisaties altijd normatieve elementen bevat. Hier komen we terug op de centrale vraag in dit hoofdstuk, namelijk hoe verschillen in normatieve opvattingen cross-cultureel bespreekbaar kunnen worden gemaakt. Zoals in hoofdstuk 2 al werd betoogd is het uitgangspunt van seksuele voorlichting dat zij wetenschappelijk onderbouwd en daarmee neutraal is. Dit hoofdstuk laat echter zien dat er altijd normatieve elementen in seksuele voorlichting zitten die gebaseerd zijn op (vaak) onbewuste opvattingen over wat 'normale' seks is (van de Berg, 2013). Van religieuze benaderingen van seksualiteit wordt een dergelijk normatief en moreel kader verwacht, terwijl de vermeende 'neutraliteit' van de Nederlandse benadering een gesprek over de onderliggende normatieve kaders bemoeilijkt.

Er zijn duidelijke verschillen, maar er is ook een duidelijke overlap tussen de (impliciete en expliciete) normatieve kaders van waaruit seksuele vorming in scholen en in kerken wordt

gegeven. Dit laat zien dat gesprek en samenwerking rondom seksueel welzijn tussen religieuze en gezondheidsorganisaties niet alleen over de verschillen in visie en benadering hoeft te gaan. Ze kunnen allereerst de gedeelde en overlappende benaderingen van seksueel welzijn als uitgangspunt nemen voor dialoog en samenwerking. Ten tweede laat dit hoofdstuk zien dat er ook potentie is voor een gezamenlijke en gelijkwaardige verkenning van de onderliggende normen en hoe die de benadering van seksueel welzijn kleurt. Gezondheidsorganisaties, zich bewust van de normativiteit in hun eigen benadering, hoeven zich dan niet langer op te stellen als "donors" van kennis en vaardigheden, maar als partners.

Daarnaast geeft dit hoofdstuk aanleiding tot verdere reflectie op hoe gesprekken over normen rondom seksualiteit altijd plaatsvinden in contexten die worden bepaald door specifieke machtsverhoudingen tussen meerderheid en minderheid, tussen ouders en kinderen, religieus leiders en kerkleden, en tussen professionals en niet-professionals. Het onderzoek richt zich op Afrikaanse Nederlanders, een minderheidsgroep die zich moet verhouden tot wat in Nederland als 'normaal' geldt. Jongeren voelen zich vaak niet meer helemaal Ghanees, Congolees of Nigeriaans maar worden ook niet als Nederlands gezien (ondanks dat zij hier zijn geboren en opgegroeid). Daarnaast komen zij soms uit gezinnen in een moeilijke economische positie. Zowel cultureel als economisch kunnen dit dus precaire of marginale posities zijn. Dominante normen in de Nederlandse samenleving bevestigen of versterken deze marginale posities. Een Nederlands tienermeisje van Ghanese afkomst dat ongepland zwanger raakt heeft zich in het religieuze perspectief 'niet netjes' gedragen, in het gezondheidsperspectief 'haar grenzen niet goed beschermd'. Ze voldoet niet aan wat er van haar wordt verwacht als ongetrouwde en als minderjarige, dat ze zal gaan studeren en een betere positie verwerven in de samenleving dan haar ouders. Tegelijkertijd voldoet ze in de samenleving niet aan wat wordt verwacht van schoolgaande en studerende jongeren.

De strategieën die vervolgens worden gekozen om het probleem op te lossen kunnen leiden tot verdere marginalisering. Een overhaast huwelijk met de betreffende jongen is een manier om de norm te bekrachtigen en de positie van het meisje in haar familie en gemeenschap te herstellen. Zo kan ze de hulp en ondersteuning krijgen die nodig is om haar opleiding af te maken. Vanuit een hulpverleningsperspectief is dit echter een problematische strategie. Via termen als 'huwelijksdwang' en 'schadelijke culturele praktijken' worden cultuur en religie geproblematiseerd. Het risico hiervan is dat andere vormen van marginalisering over het hoofd worden gezien en het gesprek hierover tevens onmogelijk is omdat de probleemanalyse te veel verschilt of zelfs als aanstootgevend of discriminerend worden ervaren door ouders en religieuze leiders, waardoor het contact met instanties die mogelijk hulp zouden kunnen bieden wordt verstoord. Dit specifieke voorbeeld kan worden aangevuld met andere voorbeelden van mensen die met verschillende vormen van marginalisering te maken krijgen doordat ze niet voldoen aan wat 'normaal' is: een homoseksuele jongen, een vrouw die de

veertig nadert en niet zwanger kan worden, een stel met relatieproblemen, ouders die worstelen met de opvoeding van hun kinderen.

De uitdaging voor de verschillende actoren die betrokken zijn bij dit soort problematiek is hoe mensen de ruimte kunnen krijgen om hun eigen keuzes te maken en tegelijkertijd in verbinding kunnen blijven met de verschillende mensen en gemeenschappen waar ze deel van uitmaken. Allereerst (1) moeten interventies daarom gebaseerd zijn op een betere analyse van **machtsrelaties en de posities waarin mensen zich bevinden** (b.v. de religieuze normen, generationele gezagsrelaties en economische positie). Zoals dit hoofdstuk laat zien bepalen heersende normen in grote mate wat precies als probleem wordt gezien in relatie tot seksueel welzijn. Beleid en interventies die erop gericht zijn om mensen de ruimte te geven eigen keuzes te maken moeten er daarom ten tweede (2) **uitgaan van wat mensen zelf als probleem zien zonder daar vooraf bepaalde aannames over te doen**. Ten derde (3) **moet het leiderschap van mensen in dergelijke (dubbele) marginale posities zelf worden erkend** en worden gezocht naar manieren om deze te versterken. In samenwerking met religieuze leiders rondom problemen als huiselijk geweld of tienerzwangerschap kunnen bijvoorbeeld naast mannelijke leiders ook vrouwelijke of jongerenleiders worden betrokken, zodat hun positie (zelfs al is die informeel) wordt bekrachtigd en zij hun perspectieven kunnen inbrengen. Ook kunnen groepen en organisaties die vanuit een religieus perspectief bezig zijn met gender- en seksuele diversiteit worden betrokken bij het opzetten en uitvoeren van beleid en interventies. Wat vinden zij belangrijk en welke stappen zien zij voor zich in de richting van een meer inclusieve, op empowerment gerichte benadering van het seksueel welzijn van mensen in marginale posities? Organisaties en groepen die zich in Nederland en daarbuiten bezighouden met inclusie van mensen van in marginale posities binnen Christendom of Islam hebben vaak ervaring en methodes om binnen religieuze contexten het gesprek over deze thema's aan te gaan (zie ook Le Roux and Bartelink, 2017).

4. Houdingen ten opzichte van de gezondheidszorg

Het AMC is een "place of no return" voor Ghanese migranten, als ze medische zorg zoeken.
(Participant, Your Health is Your Wealth in Amsterdam Zuidoost 2016)

We moeten aan de slag met problemen in de zorg en opvoeding van kinderen in onze kerken en gemeenschappen, want als "Jeugdzorg" komt dan nemen ze onze kinderen van ons af.
(Vrouwelijk religieus leider, thema-avond Opvoeden in Den Haag 2017)

Deze twee citaten illustreren een houding die we regelmatig observeerden bij mensen van Afrikaanse afkomst die we in het kader van ons onderzoek spraken. Namelijk een houding van wantrouwen ten opzichte van de gezondheidszorg, hulpverleners en voorlichters in Nederland. Aan het eind van het vorige hoofdstuk bespraken wij hoe gesprekken rondom seksualiteit gezien moeten worden in de context van de verschillende machtsrelaties die een rol kunnen spelen. In dit hoofdstuk gaan we verder in op een van die machtsrelaties: die tussen minderheid en meerderheid in de context van gezondheidszorg en hulpverlening. Dit hoofdstuk heeft dus een bredere insteek dan alleen seksueel welzijn.

We bespreken de verschillende houdingen die we tegenkwamen bij de participanten in ons onderzoek (migranten en religieuze leiders van Afrikaanse afkomst) ten opzichte van de gezondheidszorg in Nederland. Hoewel we ook positieve houdingen en ervaringen hebben opgetekend, proberen we het wantrouwen in de zorg te begrijpen omdat het: (1) van invloed is op de wijze waarop mensen met een Afrikaanse achtergrond in Nederland toegang zoeken tot zorg en steun ervaren of juist niet (2) omdat (zo zullen we betogen) dit ook gelezen moet worden als een kritiek op de ontoereikende omgang met diversiteit in de gezondheidszorg.

In hoofdstuk 2 werd besproken dat Afrikaanse migranten in Nederland een andere problematisering hebben van seksueel welzijn en daarom andere strategieën kiezen om hun (seksueel) welzijn te realiseren of verbeteren. Ze consulteren verschillende experts, naast artsen en gezondheidsprofessionals, ook (ervaringsdeskundigen in) netwerken van familie en vrienden, religieuze leiders, traditionele genezers en spirituele genezers, binnen en buiten Nederland. Dit betekent ook dat Afrikaanse Nederlanders veel verschillende strategieën en therapieën om gezondheid en welzijn te behouden of verbeteren moeten afwegen, inclusief campagnes en interventies die in het bijzonder op hen gericht zijn. Het betekent ook dat de biomedische en publieke gezondheidsinterventies concurreren met andere therapieën. In hoofdstuk 2 noemden we de erkenning van en waardering voor biomedische zorg onder religieus leiders en binnen de kerken. Uit het onderzoek onder migranten komt een ambivalenter beeld naar voren, zoals de citaten hierboven laten zien. Dit heeft consequenties

voor de toegang die mensen zoeken tot biomedische en publieke zorg en op welke manier zij deze wegen in relatie tot andere therapieën.

3.1 Uitdagingen

In het onderzoek werd de standaard van de medische zorg door participanten gewaardeerd, ze zagen de goede zorg in Nederland als een voordeel. “In Ghana moeten mensen soms naar het buitenland voor medische zorg, we zijn hier en we moeten er gebruik van maken”, zegt Amma een Ghanees-Nederlandse vrouw van 43 jaar. Andere participanten merken dat mensen om zich heen niet zo makkelijk gebruik maken van de zorg die hen wordt geboden. Fawzia, een Somalisch-Nederlandse vrouw van 48 jaar geeft aan dat mensen biomedische zorg mijden omdat ze taalbarrières ervaren of onvoldoende kennis hebben van gezondheid om te weten wanneer ze zorg nodig hebben. We vonden in dit onderzoek geen grote verschillen tussen de deelnemers van Ghanese en Somalische afkomst. Dit wordt bevestigd door verschillende gezondheidsorganisaties, zoals Akwaaba Zorg die thuiszorg en opvoedingsondersteuning geeft aan mensen uit de Afrikaanse gemeenschap. Ze zien vaak dat mensen zorg mijden of dat zorgverleners de betekenissen die mensen geven aan ziek zijn onvoldoende begrijpen om er goed bij aan te kunnen sluiten.

Tijdens het ‘Your Health is Your Wealth’ evenement in 2016 werd een sketch opgevoerd waarin een vrouw boos is omdat ze, als ze eindelijk naar een arts gaat, te horen krijgt dat ze maar paracetamol moet nemen. Dit geeft treffend weer hoe mensen zich niet gehoord of gezien kunnen worden. In de sketch leidt dit ertoe dat de vrouw, die inmiddels hartklachten heeft, geen arts meer bezoekt. Deelnemers aan dit onderzoek gaven vaak aan zich niet gehoord of gezien te voelen door een arts. Oudere vrouwen van Somalische afkomst noemden vaak dat zij naar België (en soms Duitsland) gaan voor gezondheidszorg omdat de arts daar meer tijd neemt, niet alleen praat maar ook lichamelijk onderzoek doet naar bepaalde klachten en daarmee meer aandacht heeft voor de gezondheidsklachten die mensen ervaren. “De (Nederlandse) huisarts stelt alleen een paar vragen en kijkt niet eens” is een veel gehoorde opmerking in dit onderzoek. Volgens Fawzia zegt denken gezondheidsprofessionals soms “dat wij, zwarte mensen, klagen en naar hen toe gaan met alle kleine dingen.”

Hoe groot de mogelijke gevolgen kunnen zijn voor mensen die ervaren dat ze niet goed worden begrepen of behandeld blijkt uit het verhaal van Mary, een Ghanees Nederlandse vrouw van 52 jaar. Ze spreekt haar waardering uit voor de kwaliteit van de zorg in Nederland, maar is er tegelijkertijd niet helemaal zeker van of haar gynaecoloog haar voldoende informatie heeft gegeven. Ze heeft drie keer een keizersnede gehad en had nog graag een vierde kind gekregen maar is niet meer zwanger geweest. Ze vraagt zich af of haar arts misschien een sterilisatie heeft uitgevoerd na de laatste keizersnee. Ze denkt dat dit dan is gebeurd om haar gezondheid te beschermen en heeft dit niet verder uitgezocht, toch is ze

met de gedachte achter gebleven dat haar arts ongevraagd een sterilisatie heeft uitgevoerd. Zij staat niet alleen in dit soort verdenkingen. Tijdens informele gesprekken tussen vrouwen in ontmoetingsplekken in de Afrikaanse Diaspora, zoals kapperszaken, waarschuwden vrouwen elkaar kritisch te kijken naar artsen omdat ze soms onnodige chirurgische procedures uitvoeren. Dit soort ervaringen met onbegrip, onzekerheid en wantrouwen in hulpverleners, terecht of niet, hebben grote gevolgen voor hoe en bij wie mensen hulp zoeken als ze problemen hebben.

In Amsterdam werd wantrouwen vaak in relatie tot het AMC genoemd, zoals het citaat aan het begin van dit hoofdstuk illustreert. Participanten in het onderzoek hadden soms het idee als proefkonijn in klinisch onderzoek te worden gebruikt. Diana, een vrouw van 50, vertelde hoe ze naakt op bed moest liggen terwijl ze door zes studenten onderzocht werd voor een knieprobleem. In verschillende gesprekken gaven mensen aan zich ongemakkelijk te voelen over de rol van studenten in de behandelingen. Tijdens het evenement “Your Health is your Wealth” in 2016 werden vragen gesteld over de complicaties die mensen ervaren bij de medicatie tegen hart en vaatproblemen. Er was onder de aanwezigen twijfel of voorgeschreven medicatie wel geschikt was voor “zwarte mensen”. Had men het idee dat deze medicatie een negatieve invloed had op het seksuele libido en potentie van mannen. Door concrete informatie te geven over verschillen tussen groepen werd ernaar gestreefd dit soort zorgen weg te nemen. Cruciaal was hierbij de samenwerking tussen artsen en religieuze leiders (Agyemang 2018).

In het onderzoek in Den Haag kwam wantrouwen jegens de hulpverlening vooral naar voren met betrekking tot de Jeugdzorg. Sommige ouders hadden de indruk dat hun kinderen veel vaker dan anderen werden gediagnosticeerd met leer- en opvoedingsmoeilijkheden. De bemoeienis van hulpverleners en leerkrachten werd als controle in plaats van ondersteuning ervaren. Ouders van kinderen die een diagnose als dyslexie of ADHD kregen, hebben het idee dat hun kinderen door deze labels nog meer opvielen en niet de kans kregen om ‘normaal’ te zijn. De gedachte dat gezinnen van Afrikaanse afkomst meer in de gaten worden gehouden door instanties, omdat er verwacht wordt dat er problemen in het gezin ontstaan, werd breed gedeeld. Mensen waarschuwden elkaar te voorkomen dat jeugdzorg kinderen uit huis plaatst omdat er voorbeelden waren van kinderen die in een pleeggezin seksueel misbruikt werden. Jeugdzorg werd vaak besproken als een instantie die gezinnen bedreigt en problemen erger maakt.

Dit wantrouwen leidde ook tot reflecties over de verschillen van benadering in opvoeding tussen mensen van Afrikaanse afkomst en Nederlandse organisaties. Veel ouders hechten grote waarde aan een goede opleiding voor hun kinderen, ook omdat ze hopen dat hun kinderen dan betere kansen krijgen in de samenleving. Onderwijs, zorg en hulpverlening bevestigen voor ouders dat hun kinderen (net als zij) een probleemcategorie vormen. Zelf

benadrukken mensen vaak het belang van disciplinering van kinderen. De Nederlandse opvoed- en onderwijscultuur wordt als te vrij ervaren, kinderen krijgen teveel keuze. De problematisering van (leer-)ontwikkeling van kinderen wordt dus vaak toegeschreven aan problemen in het gezag op school en de beperkte mogelijkheden om kinderen te disciplineren in een gezin. Voor ouders is een corrigerende tik vaak belangrijk in de opvoeding, en men waarschuwde elkaar dat dit problematisch is in Nederland en dat een tik de aandacht van Jeugdzorg kan trekken. Het navigeren van de verschillen in problematisering en opvoedcultuur is voor ouders een uitdaging, één waarin ze zich vaak niet serieus genomen voelen. Een klein onderzoek onder meisjes van Ghanese afkomst suggereert dat kinderen deze verschillen tussen de opvoedcultuur thuis en op school overigens niet als problematisch ervaren. Verschillen in ervaring van ouders en kinderen moeten evenwel beter onderzocht worden, voor hier conclusies aan kunnen worden verbonden.

De percepties van het Nederlandse landschap van gezondheidszorg krijgen vorm vanuit enerzijds de concrete ervaringen met specifieke professionals en instellingen waarin verschillen in verwachtingen een rol kunnen spelen, anderzijds de verhalen die men elkaar daarover vertelt. Zorgwekkend is met name het wantrouwen dat spreekt uit speculaties over medische experimenten en sterilisatie. Daarnaast is er onduidelijkheid en wantrouwen met betrekking tot specifieke medicijnen. Uit deze verhalen wordt duidelijk dat de ervaring van niet alleen cultureel en religieus maar ook lichamelijk anders zijn dan de ‘gemiddelde witte Nederlander’ serieus genomen moeten worden om de afstand tussen deze groep en het Nederlandse zorgverleningslandschap te verkleinen.

Van wantrouwen naar vertrouwen

De voorbeelden in het bovenstaande laten wantrouwen zien in zorg en hulpverlening in Nederland rondom verschillende thema’s. Dit moet echter worden begrepen in relatie tot de precaire posities die mensen innemen in Nederland, de minderheidsposities en de daarmee verbonden marginalisering die in de vorige hoofdstukken aan de orde kwamen. Deze verhalen van wantrouwen zouden geïnterpreteerd kunnen worden als een vorm van kritiek, kritiek die men niet kwijt kan in de relatie tussen individuele zorgverlener en individuele patiënt. De kritiek komt voort uit de ervaring hoe mensen als migrant qua taal, cultuur en kleur als buitenstaander wordt geïdentificeerd en benaderd. In dit rapport willen we daarom niet volstaan met het delen van deze verhalen van wantrouwen, maar deze verhalen verkennen als een manier om te reflecteren op gezondheidsbenaderingen in de context van diversiteit in Nederland. Dit is in lijn met het streven om benaderingen van gezondheid (en seksueel welzijn) te ontwikkelen die- in de woorden van de Kennis Agenda Preventie - ‘op maat en integraal zijn’ (2018).

De voorbeelden in 3.1 gingen over verschillende thema's binnen de zorg en hulpverlening en zijn niet specifiek voor seksuele gezondheidszorg. Zo kwam de rol van hulpverleners in de ondersteuning bij zorg- en opvoedingsproblemen in gezinnen aan bod, maar ook (curatieve) biomedische zorg. Er zijn echter een aantal patronen zichtbaar die breder relevant zijn. Ten eerste spelen taalverschillen en communicatieproblemen een rol, waardoor mensen wellicht niet goed begrijpen wat er wordt gezegd en / of zich niet begrepen voelen (Nørredam 2011). Daarbij kunnen de verwachtingen van een arts en / of hulpverlener, het gezag dat wordt toegeschreven en de oplossing die op basis daarvan wordt verwacht de ervaring ook kleuren. Biomedische benaderingen van gezondheidsproblemen buiten Nederland verschillen enorm van die in Nederland en die kunnen verwachtingen kleuren (i.e. een dokter die paracetamol geeft neemt me niet serieus, of een dokter geeft een patiënt niet altijd volledige informatie en keuze). Het (veronderstelde of toegeschreven) gezag van een arts of hulpverlener zorgt er evenwel voor dat je deze persoon niet tegenspreekt of aangeeft waar je verwachtingen verschillen. In die zin kunnen we, aansluitend bij het medisch pluralisme dat in hoofdstuk 2 besproken, ook nog eens spreken van verschillende biomedische culturen die onderdeel uit kunnen maken van dat medisch pluralisme.

Naast uitdagingen in taal en communicatie die overlappen met de medische culturen waar mensen deel van uitmaken, is het ook een reële ervaring van mensen uit minderheidsgroepen dat ze anders behandeld worden. Nørredam (2011) toonde bijvoorbeeld aan dat artsen vaak minder tijd nemen om mensen met een migratie achtergrond te woord te staan. De bevindingen in dit hoofdstuk laten zien dat sommige van onze informanten in houding ten opzichte van en ervaring met gezondheidszorg uitlegden in termen van etniciteit of ras. Daarbij komt dat ook beleid vaak gestoeld is op onderzoek waarin een koppeling wordt gemaakt tussen etniciteit en specifieke problematiek die discutabel is, en problemen onder de autochtone meerderheid (zoals het lage condoomgebruik onder autochtone jongeren) niet worden uitgelicht (Krebbekx, Spronk en M'charek 2014, Van de Berg 2014). In het beleid van het RIVM werden etniciteit en seksuele gezondheidsproblemen bijvoorbeeld aan elkaar gekoppeld om het risico op verspreiding van HIV zo goed mogelijk te kunnen beperken (Proctor et al. 2011, Proctor et al. 2018).

Dit onderscheid tussen wat normaal is en problematisch in termen van categorieën en groepen, waarbij de meerderheid als norm wordt gesteld, wordt ook wel institutioneel racisme genoemd. Hierbij doelen we niet op racisme als een ideologie, maar als een effect van hoe categorieën als etniciteit, cultuur, religie, gender en seksualiteit (soms onbewust) worden toegewezen aan een bepaalde groep die daarmee als anders en afwijkend wordt neergezet. Het debat over racisme in Nederland is bijzonder gevoelig. Wanneer racisme wordt aangeduid, roept dit vaak een ontkennende of verdedigende reactie op (Wekker, 2016). Het is niet ons doel om een discussie over schuld of onschuld op te roepen, maar om vanuit de ervaringen van mensen van Afrikaanse afkomst met zorg en hulpverlening in Nederland te

kijken naar welke uitdagingen er liggen voor een inclusieve zorg die recht doet aan de diverse achtergronden en dimensies van het leven van individuen.

Vormen van racisme worden vaak onbedoeld onderdeel van professionele benaderingen van mensen met een migratie achtergrond in de gezondheidszorg (Bradby, 2012). Dit werd ook zichtbaar rondom voorlichtingspraktijken over seksuele diversiteit voor vluchtelingen en nieuwkomers. Acceptatie van seksuele diversiteit wordt steeds meer een lakmoesproef voor nieuwkomers, en daardoor onderdeel van inburgering en integratie trajecten. In hoofdstuk 3 van dit rapport stelden we echter vast dat de praktijk van seksuele voorlichting op Nederlandse scholen ook sterk hetero-normatief is. Hier zien we dat de consequentie van een sterke nadruk op wat 'normaal' is bij de meerderheid wordt afgezet tegen wat problematisch is in bepaalde groepen, terwijl de praktijk een veel minder groot verschil suggereert tussen de minderheid en meerderheidsposities.

Seksualiteit en gender zijn thema's waarin de verschillen tussen meerderheid en minderheid vaak sterk worden benadrukt (Knibbe en Bartelink, 2019). Onderzoek wijst uit dat deze aandacht voor etniciteit, cultuur en religie vaak een contraproductieve invloed uitoefent op de benadering van cultureel diverse groepen rondom seksueel welzijn in Nederland (Proctor 2011, Krebbekx, Spronk en M'charek 2014, Van de Berg 2011). Het is bovendien voorstelbaar dat de negatieve ervaringen die mensen al hebben met hulpverleners en het wantrouwen dat zich vervolgens ontwikkeld, deze ervaring met uitsluiting versterken. Naast begrip van de diverse ervaringen en omstandigheden die mensen beïnvloeden in het kiezen van strategieën om hun seksueel welzijn te behouden of te vergroten, vraagt dit ook om oog voor de kritiek die hierin besloten ligt. Wantrouwen in het aanbod van de professionals in de sectoren zorg en welzijn in Nederland zijn gekleurd door reële ervaringen van uitsluiting en onbegrip, met het anders zijn en anders benaderd en behandeld worden.

Vrijwilligers en mediators, maar wanneer professional?

Een voor de hand liggende sleutel tot een meer inclusieve gezondheidszorg is investeren in meer vertrouwen in de relaties tussen gezondheidsprofessionals en mensen met een Afrikaanse achtergrond. Hierin spelen professionals en vrijwilligers uit de (religieuze) gemeenschappen zelf een cruciale rol. Deze rol wordt echter onvoldoende erkend, beloond en gewaardeerd.

In de afgelopen jaren is, beïnvloed door het overheidsbeleid rondom de participatiesamenleving, veel aandacht geweest voor de brugfunctie die vrijwilligers uit de gemeenschappen kunnen vervullen. In het in 2006 gepubliceerde rapport 'Gratis en waardevol' waarin de grote (financiële) bijdrage van 'migrantenkerken' in Den Haag aan de samenleving door zorg en vrijwilligerswerk wordt beschreven, werd dit ook al benadrukt (van

de Sar & Visser, 2006). Een in 2012 gepubliceerd rapport van het Verwey Jonker Instituut 'Naar een hoger plan' brengt dit opnieuw in beeld en komt met aanbevelingen om vrijwilligerswerk te versterken (Davelaar, 2012).

Ook in dit onderzoek observeerden we allerlei vormen van hulp en ondersteuning door religieuze leiders en sleutelfiguren. Zo zijn er bijvoorbeeld religieuze leiders die mensen en gezinnen waar problemen spelen in contact weten te brengen met hulpverleners en zo een mediërende rol spelen. We spraken tevens met sleutelfiguren die met hun vrijwillige werk in het bezoeken van gezinnen huiselijk geweld bespreekbaar wisten te maken of besnijdenis van minderjarige meisjes wisten te voorkomen. Deze vrijwilligers benadrukken dat deze rol vaak tijdrovend is en bovendien veel energie vraagt, omdat de problematiek waar ze mee te maken krijgen niet gering is. Ze lopen tegen de volgende problemen aan:

Allereerst (1) deden vele sleutelfiguren en leiders (inclusief religieuze leiders) dit werk **naast een slecht betaalde baan of uitkering**. We hoorden frequent frustratie over het gebrek aan toegang tot (beter) betaald werk. Vrijwilligerswerk, zo was onze informanten verteld, zou de route naar betaald werk zijn. Alleen duurde deze route voor sommigen al meer dan tien jaar. Training, participatie in onderzoek, gesprekken met wethouders en beleidsmakers hadden weliswaar erkenning maar geen financiële waardering of een baan opgeleverd. Toen we voor dit onderzoeksproject contacten wilden leggen in de gemeenschappen en een adviesraad wilden organiseren, kregen we van sommige sleutelfiguren kritiek dat het weer een 'wit' onderzoeksteam was dat onderzoek kwam doen naar de Afrikaanse gemeenschap. Deze terechte kritiek liet daarom al vanaf het begin van het project zien hoe moeilijk het voor mensen is om van vrijwilliger een professional te worden, terwijl ze daarvoor voldoende expertise hebben.

Daarnaast 2) was er **frustratie over het gebrek aan mogelijkheden tot financiering van activiteiten**. Bij religieuze leiders en kerken in precaire financiële situaties speelden soms ook verwachtingen over welke religieuze activiteiten ook sociaal van waarde zijn die niet passen bij de scheiding tussen religie en publieke sfeer. Die scheiding is juist voor veel beleidsmakers richtinggevend in hun omgang en keuze om afstand te houden ten opzichte van religieuze leiders en organisaties. Hulpverleners en beleidsmakers gaven aan dat de vraag om financiering vaak niet beantwoord kan worden, maar dat dit een hinderlijke rol speelt in de samenwerking die men tot stand probeert te brengen. Voor veel van onze informanten speelt in de vraag om financiering ook een reële ervaring met economische marginalisering en uitsluiting op de arbeidsmarkt. Niettemin stonden met name sleutelfiguren en actieve leiders en kerkleden enorm onder druk door de grote vraag naar hun (vrijwillige) expertise, soms met een 'vrijwilligers burn-out' als gevolg en vaak met een blijvend uitdagende persoonlijke financiële situaties. Wanneer mensen in kwetsbare/ minderheidsposities een waardevolle bijdrage leveren, dan zou dit niet gratis moeten zijn.

Ten derde (3) observeerden we dat **de problematiek die op leiders en sleutelfiguren afkomt vraagt om een professionele benadering.** Naast dat dergelijke professionaliteit ook betaald moet worden, konden niet alle informanten aan die verwachtingen voldoen omdat zij de kennis en vaardigheden niet hadden. Religieuze leiders, sleutelfiguren en andere mensen in de Afrikaanse gemeenschap uitten bijvoorbeeld zorg over problemen in de gezinssfeer: met de opvoeding van kinderen, de begeleiding van tieners, met situaties van huiselijk geweld en tienerzwangerschappen. Die zorg zet leiders in de gemeenschappen ertoe aan om zelf counseling en begeleiding te geven of als mediator op te treden. Er zijn leiders (mannen en vrouwen) die daar zeer kundig mee om gaan, in het bijzonder wanneer zij zelf kunnen terugvallen op professionele kennis en ervaring (onder de religieuze leiders zijn juristen, counselors en artsen). Er waren echter ook voorbeelden van leiders die autoriteit uitoefenden over het leven van mensen zonder daarvoor de juiste kennis en vaardigheden te bezitten. Dit kan leiden tot ongemak en onzekerheid, maar ook tot verdere marginalisering van mensen in deze gemeenschappen. Vooral religieuze leiders die ook een normatieve rol spelen kunnen daarmee al dan niet onbewust en onbedoeld een onwenselijk grote invloed uitoefenen op de keuzes die mensen maken. Bijvoorbeeld door mee te werken aan een overhaast en onder druk gesloten huwelijk nadat een meisje ongehuwd zwanger is geraakt.

Er zijn een aantal actoren die vanwege hun rol en positie kunnen bijdragen aan de capaciteitsopbouw en professionalisering van vrijwilligers en religieuze leiders. Religieuze leiders zoeken zelf toegang tot Nederlandse christelijke professionele hulpverlening, omdat men verwacht dat deze hulp past bij de christelijke normen en waarden. Sommige religieuze leiders volgen daarvoor online courses in het buitenland. Maatschappelijke organisaties met een gedeelde religieuze of culturele identiteit spelen een belangrijke rol in het leggen van verbinding tussen Afrikaans-Nederlandse mensen, kerken en leiders en beleidsmakers en professionals. Voorbeelden van dergelijke organisaties zijn SKIN in Rotterdam en Stichting Mara/HUB en Stek/Kariboe Bibi in Den Haag. In Amsterdam speelt het Wereldhuis al veel jaren een dergelijke rol, en is de Pentecostal Council of Churches een toenemend belangrijke rol gaan spelen in de toegang tot gezondheidszorg van Afrikaans-Nederlandse mensen. De rol die Dr. Agyemang als onderzoeker van Ghanese afkomst bij het AMC heeft gespeeld in het slaan van een brug van ziekenhuis naar gemeenschap en de manier waarop hij religieuze leiders daarbij heeft betrokken is van groot belang (zie ook Agyemang, 2018).

Zoals eerder opgemerkt is er duidelijk een markt voor benaderingen van seksueel welzijn die goed onderbouwde gezondheidswetenschappelijke benaderingen aanbiedt die aansluit bij de taal en benadering van seksualiteit in de kerken. Ook hier kunnen bovengenoemde actoren, evenals seksuele voorlichters met ruime ervaring in de diverse religieuze en culturele gemeenschappen een belangrijke bijdrage leveren.

De financiering van deze organisaties en de projecten die zij uitvoeren zijn echter in toenemende mate precair en vaak projectgebonden. Zeker met de afnemende fondsen vanuit de Nederlandse kerken, zijn deze organisaties steeds vaker afhankelijk van subsidies van de gemeente en private fondsen. Gemeentefondsen zijn vaak afhankelijk van de politieke en beleidsmatige koers en de visie van lokale bestuurders op het financieren van religieuze organisaties. Ervaringen in de gemeente Den Haag laten zien dat dit continuïteit in de weg staat. De diverse onderzoeken die zijn gedaan mondden slechts beperkt uit in initiatieven en activiteiten. Bestaande initiatieven en platforms werden na enkele jaren gestopt. Nieuwe initiatieven die zijn genomen, zoals HUB/ Geloven in Den Haag en het Platform WMO en levensbeschouwing moeten daarmee weer veel vertrouwen opbouwen onder actieve vrijwilligers en religieuze leiders. Hopelijk krijgen ze de tijd om dit te doen.

5. Seksueel welzijn in de context van religieuze diversiteit. Van polarisatie naar inclusie.

In het voorjaar van 2009 zorgden een aantal nieuwsberichten en een langer onderszoeksartikel voor discussie over vermeende genezingsdiensten gericht op HIV en homoseksualiteit die plaats zouden hebben gevonden in Surinaams/Antilliaanse en Afrikaanse kerken in Amsterdam Zuid Oost (Knibbe, 2018). Naar aanleiding van eerdere berichtgeving in 2008 had de Inspectie voor de Gezondheidszorg al geconcludeerd dat er geen grond was voor deze aantijgingen, maar deze keer hadden twee journalisten tijdens een dienst van een kerk met een Afrikaanse achtergrond bewijs gevonden dat genezing van HIV werd gepropageerd (Pen en Bosman, 2009). Tijdens de dienst gingen de journalisten naar voren voor gebed en handoplegging. De dominee wees op de lever van de mannelijke journalist en zei dat God deze kon genezen. Toen de journalist hem vroeg of God ook HIV genas, knikte de dominee en vroeg de journalisten of ze HIV hadden. Toen de journalisten ontkenden, zei de dominee: "God geneest je lever, maar ook je longen, alles". De journalist werd speciale olie aangeboden die hij zeven dagen moest gebruiken: "Daarna zal ik een glimlach op je gezicht zien omdat je genezen bent. Als je naar het ziekenhuis gaat zullen ze je vertellen dat je genezen bent". Toen de journalist vroeg of hij kon stoppen met het innemen van medicijnen, antwoordde de dominee bevestigend. In de verdere berichtgeving over de genezingsdiensten werd nergens vermeld dat de dominee de journalisten verwezen had naar het ziekenhuis om hun genezing bevestigd te krijgen. Bovendien blijkt uit het bericht dat het niet duidelijk is of de dominee sprak over de lever of over HIV. Toch werd het artikelgezien als bewijs dat er inderdaad HIV genezingsdiensten plaatsvonden. Dit noodzaakte een reactie van beleidsmakers - de lokale wethouder en de minister voor Volksgezondheid. Het mondde uit in verschillende initiatieven, zoals een dialoog tussen kerkleiders en het COC over homoseksualiteit waarin het doorbreken van 'taboes' over homoseksualiteit centraal stond (Wilmink, 2018)*. Opmerkelijk genoeg werden bestaande initiatieven en samenwerking tussen religieuze leiders en gezondheidsorganisaties als Dokters van de Wereld en de GGD aanvankelijk buiten beschouwing gelaten.*

Religie en seksualiteit zijn vaak het onderwerp van polarisatie, in het bijzonder waar het de rol van religieuze of culturele minderheidsgroepen betreft. De opschudding over de vermeende HIV en homo-healings zijn daarvan een voorbeeld. De aandacht in de media verschoof al snel van een focus op HIV naar een focus op homoseksualiteit (Knibbe, 2018). Tegelijkertijd vond er een discussie plaats over hoe 'irrationele en morele' religieuze en culturele benaderingen van seksualiteit en gezondheid een bedreiging vormen voor objectieve, wetenschappelijk onderbouwde en daarom neutrale gezondheidsbenaderingen. In dit hoofdstuk nemen we de claim van neutraliteit onder de loep, door haar te verkennen in een dynamiek van polarisatie rondom religie en seksualiteit. Hoe ziet de polarisatie rondom

seksueel welzijn eruit? Hoe vertaalt het zich in interventies waarvan geclaimd wordt dat ze in cultureel en religieus opzicht neutraal zijn, en klopt die claim eigenlijk wel?
Redenerend vanuit de diverse posities en praktijken die werden geobserveerd tussen de polen, stellen we een aantal richtingen voor om met verschillen in benadering van seksueel welzijn om te gaan die gevoelige thema's en problematieken uit de dynamiek van polarisatie kunnen trekken.

Over polarisatie

Polarisatie refereert aan twee tegengestelde posities die rondom een specifieke kwestie door verschillende actoren worden ingenomen (Brandsma, 2016). Actoren die de emancipatie van homoseksuelen willen bevorderen en hun rechten verdedigen, zien een bedreiging in religieuze en culturele visies die homoseksualiteit (als identiteit) afwijzen. Ook rondom abortus en aan aantal andere sociale en gezondheidsvraagstukken zijn vergelijkbare dynamieken te zien. De recente controverse rondom de subsidie voor de organisatie SIRIZ en de vermeende christelijke agenda achter de hulpverlening aan onbedoeld zwangere vrouwen is hiervan een voorbeeld. De positie van vrouwen met een Islamitische achtergrond en de mate waarin zij hun keuzes kunnen maken rondom relatievorming, seksualiteit, huwelijk en het krijgen van kinderen is een onderwerp dat al twee decennia tot verhitte debatten leidt over de invloed van religie op seksualiteit. Wie vooral door de lens van de polarisatie naar religie en seksualiteit kijkt vindt voldoende bevestiging voor de eigen standpunten, maar ziet ook dingen over het hoofd.

Wat zijn nu precies de twee polen? In het debat zoals hierboven beschreven lijkt de religieuze positie duidelijk. De positie van hen die zich verzetten tegen de religieuze positie is niet zo makkelijk te benoemen. In het bovenstaande voorbeeld zien we bijvoorbeeld dat religie tegen over een biomedische benadering wordt gepositioneerd waarover in zowel wetenschappelijke als beleidsmatig perspectief de consensus bestaat dat deze neutraal en objectief is. In dezelfde discussie rondom de 'healings' worden religieuze benaderingen ook gecontrasteerd met de acceptatie van seksuele diversiteit die wortels heeft in de rechtenbenadering, en als typisch Nederlandse verworvenheid wordt gezien. De rechtenbenadering kan niet zonder meer begrepen worden als neutraal, maar heeft een eigen ideologische en morele context (Hilhorst & Jansen, 2012). Soms wordt religie gecontrasteerd met een zogenaamde liberale of progressieve benadering. In academische debatten wordt gesproken over een tegenstelling tussen religieuze en seculiere benaderingen.

Deelnemers aan polarisatie hebben hier belang bij. Religieuze actoren kunnen in hun afwijzing van seculiere, liberale benadering van seksualiteit in hun eigen groep laten zien waar ze voor staan en aandacht en geld genereren. Een bekend voorbeeld hiervan is de president van de Verenigde Staten Donald Trump, die de steun van de evangelische groepen in de

Republikeinse partij en achterban vertaalde in het ondertekenen van beleid dat Amerikaanse steun aan organisaties die informatie en zorg verlenen rondom abortus verbiedt. Seculier liberale actoren kunnen op hun beurt hun positie bevestigen door stelling in te nemen en hierop te reageren, zoals toenmalig Minister van Ontwikkelingssamenwerking Lillianne Ploumen deed door de oprichting van het She Decides fonds waarmee ze donoren mobiliseerde geld beschikbaar te maken voor seksuele gezondheidszorg wereldwijd. Beiden versterkten polarisatie.

Polarisatie is een krachtige dynamiek om bepaalde zaken te agenderen. Voor het verbeteren van seksueel welzijn van Afrikaanse migranten door betere toegang tot gezondheidsinformatie en diensten is polarisatie rondom religie en seksualiteit echter contraproductief, en de religieuze leiders die sterk zijn ingebed in de Nederlandse context ontwijken deze dynamiek dan ook, maar staan wel open voor samenwerking met hulpverleners en gezondheidsprofessionals. De praktijk in kerken en in gezondheids-voorlichting is veel minder eenduidig dan het gepolariseerde beeld suggereert, er zijn al allerlei vormen van samenwerking. Tegenstellingen worden uitvergroot, terwijl uit het onderzoek blijkt dat er gedeelde zorgen zijn onder religieuze actoren en gezondheids-professionals over het seksueel welzijn. Hoe kan polarisatie dan toch ontstaan? Hieronder gaan wij in op deze vraag vanuit de ontstaansgeschiedenis van de Nederlandse benadering van seksualiteit.

Seksualiteit en publieke gezondheidszorg: de achtergrond van de ‘Dutch approach’

Sinds de jaren 1960 heeft zich in Nederland een benadering van seksuele gezondheid ontwikkeld waarin religie en cultuur worden geassocieerd met taboes rondom seksualiteit. Seksuele openheid was een centraal thema in de culturele veranderingen die zich in die tijd voltrokken. Phil Bloom die in 1968 voor het eerst naakt op de Nederlandse televisie verscheen in het VPRO programma Hoepla werd een icoon van seksuele openheid (Kennedy 2017). De toespraak van Mary Zeldenrust waarin seksueel plezier (en niet moraal) werd benadrukt in datzelfde jaar en de controverse rondom Gerard Reve die werd beschuldigd van blasfemie zijn twee andere voorbeelden (Schnabel 1991, Bos 2015). Kenmerkend voor deze iconische momenten is dat ze via de massamedia, en in het bijzonder de televisie die in die periode voor steeds meer Nederlanders toegankelijk werd, door een groot deel van de bevolking werden meegemaakt. Een ander kenmerk is dat in elk van deze voorbeelden religie de rol van schopsteen kreeg. Aanvankelijk stond de seksuele bevrijding vooral ter discussie tussen liberale en conservatieve christenen in Nederland (Andeweg, 2015; Bos 2015). Vanuit de christelijke zuilen waren al sinds de Tweede Wereldoorlog groepen mensen actief om voorlichting en toegang tot seksuele gezondheidszorg en geboortebeperking te bepleiten en te realiseren en een andere, ‘gezondere’ benadering van seksualiteit te ontwikkelen waarin

niet de zondigheid werd benadrukt, maar het als een geschenk te ervaren (Knibbe, 2013). Deze ontwikkelingen binnen de zuilen zijn nu echter gewist uit het collectieve geheugen. In de plaats daarvan hebben de iconische media-momenten en de reacties van conservatieve Christenen daarop gezorgd voor het beeld ontstaan dat seksuele openheid voortkwam uit een seculiere bevrijdingsbeweging in reactie op religieus conservatisme rondom seksualiteit. Religie werd in toenemende mate als een bron van taboes rondom seksualiteit gezien en de manier waarop seksuele openheid mede werd vormgegeven door en vanuit de christelijke zuilen werd 'vergeten'.

In het onderzoek naar benaderingen van seksueel welzijn in het werk van gezondheidsorganisaties zien we deze representatie van de Nederlandse geschiedenis op verschillende manieren terug. Allereerst (1) wordt er door professionals en organisaties vaak gerefereerd aan de bewegingen en tegenbewegingen van seksuele bevrijding in **de jaren zestig** als achtergrond bij hoe er seksuele voorlichting wordt gegeven. Dit vertaalt zich onder andere in (2) een **sterke afwijzing van 'moraliseren'** in het gesprek over seksualiteit. Kennis over seksualiteit moet neutraal zijn en morele dimensies hebben geen plek in het gesprek over seksualiteit. Ook staat (3) **'open praten'** over seksualiteit als voorwaarde voor seksueel welzijn centraal in de benadering van seksuele voorlichting door Nederlandse gezondheidsorganisaties.[2] Van ouders, onderwijzers en anderen in een opvoedende rol wordt in Nederland verwacht dat ze met kinderen en jongeren kunnen praten over seksualiteit 'zonder te blozen' (Van de Berg, 2012). Ook in het werk van Nederlandse organisaties om seksuele gezondheid te bevorderen in het buitenland staat deze nadruk op het open spreken over seksualiteit centraal (Bartelink, 2016; Roodsaz, 2017). Tegelijkertijd is er in het professionele vertoog over seksuele gezondheid een sterke nadruk op objectieve, neutrale en wetenschappelijk onderbouwde kennis en interventies (Adams & Pigg, 2006; Bartelink, 2016; Borger, 2018; en dit rapport). Deze claim van wetenschappelijkheid en neutraliteit staat reflectie op de rol van de eigen culturele opvattingen over seksualiteit en over religie in de weg.

De nadruk op niet moraliseren en het doorbreken van taboes vertaalt zich nadrukkelijk in beleid en programma's gericht op mensen met een migratie achtergrond. Van mensen uit een andere cultuur en / of met een religieuze oriëntatie wordt verwacht dat ze vasthouden aan een seksuele moraal die de meerderheid in Nederland al achter zich heeft gelaten. Zij moeten als het ware bij de tijd worden gebracht, zij moeten nog taboes doorbreken. In sommige gevallen wordt religie niet alleen gezien als iets dat eigenlijk gedateerd is, maar ook als gevaarlijk, bijvoorbeeld omdat het de rechten van vrouwen of mensen met een niet

[2] Er zijn allerlei voorbeelden van televisieprogramma's die dit benadrukken en laten zien. Denk bijvoorbeeld aan het programma Seks met Angela waarin vanaf 1993 seksualiteit met jongeren werd besproken, het programma Spuiten of Slikken dat sinds 2005 populair is en het programma Dr. Corrie dat via het Nederlands onderwijs seksualiteit aan basisschoolkinderen moest introduceren.

heteroseksuele oriëntatie hindert (Wiering & Schrijvers 2018) Het probleem met deze benadering is dat het de dynamiek van polarisatie als uitgangspunt neemt. Religie en cultuur worden gezien als de primaire bron voor verschillen in benadering en opvatting van seksualiteit van mensen met een niet-Europese achtergrond. In lijn met wat Krebbekx, Spronk en M'charek (2013) observeren ten aanzien van etniciteit, valt in dit onderzoek op dat religie een categorie is die voor problematische seksualiteit staat.

Zoals we in dit onderzoek laten zien bestaan er zeker grote verschillen in normatieve kaders rondom seksualiteit. Niettemin stellen wij dat een minder dogmatische en meer reflexieve benadering van seksueel welzijn meer ruimte geeft voor het verkennen van 'common ground' tussen actoren in de benadering van specifieke problemen in relatie tot seksualiteit. De vraag hoe seksueel welzijn van een persoon kan worden verbeterd in de specifieke omstandigheden waar die persoon zich bevindt zou leidend moeten zijn, niet de dynamiek van polarisatie.

5.3 In gesprek over seksualiteit met Afrikaanse religieuze leiders

"We hebben een gebrek aan een kalm gesprek (met gezondheidsorganisaties). Het gaat alleen om standpunten over homoseksualiteit. We hebben acceptatie en wederzijds respect nodig" (Pastor Den Haag, maart 2018).

De aandacht voor die aspecten van seksueel welzijn die onderdeel zijn van de polarisatie, staat een benadering van seksueel welzijn die aansluit bij de culturele en religieuze oriëntatie van mensen in de weg. In dit hoofdstuk verkennen we daarom de andere kant van de polarisatie; de visies die er bestaan binnen religieuze (migranten-)groepen over de benadering van seksuele gezondheid in Nederland. Daarin valt op dat de polarisatie inderdaad door sommige actoren en met sommige standpunten wordt gevoed of versterkt, terwijl er ook mogelijkheden voor gesprek en samenwerking zichtbaar worden. In deze paragraaf belichten we de posities, visie en strategieën van religieuze leiders van verschillende kanten.

Kerken en religieuze leiders met een Afrikaanse achtergrond benadrukken vaak de opdracht die ze hebben om mensen bekend te maken met het christelijke geloof als verlossing van allerlei wereldse problemen. Religieuze leiders uitten hun zorg over normverval en normloosheid die wordt gekoppeld aan de voortgaande secularisatie en afnemende rol van het christendom in de Nederlandse samenleving. Homoseksualiteit, abortus, euthanasie, maar ook de legalisering van prostitutie en drugs werden genoemd als voorbeelden van de problematische situatie waarin Nederland, Europa en de wereld zich in bevinden. Invloedrijke religieuze leiders in internationale kerken benadrukken in hun boeken en preken dat het christelijke evangelie de enige manier is om deze problemen te overwinnen. Zij benadrukken de polarisatie om het gevoel van urgentie te versterken en het Christendom als alternatief

voor deze liberale benaderingen neer te zetten. Ze bevestigen het beeld van religieus conservatisme waartegen de 'seksuele bevrijders' zich afzetten.

In ons onderzoek valt op dat de religieuze leiders die moreel verval het sterkst benadrukken vaak een rol hebben waarbij ze veel rondreizen tussen verschillende kerken en gemeentes, met een beperkte ervaring in het dagelijks leven in Nederland. Religieuze leiders die meer geworteld raken in de Nederlandse samenleving en / of in de dagelijkse praktijk van de kerk meer ondersteuning geven aan mensen die zich in een precaire positie bevinden, nemen vaak (ook) een meer empathische en genuanceerde houding aan. Vrouwelijke leiders vielen in dit onderzoek op vanwege hun betrokkenheid bij het verbeteren van welzijn van mensen en gezinnen in de gemeenschap. Om religieuze posities te vinden die zich meer in het midden bewegen, is het daarom belangrijk om niet alleen naar standpunten te kijken maar ook naar de praktijken in de kerken. De pastor in Den Haag die hierboven aan het woord kwam gaf aan nuance te missen in het gesprek over religie en seksualiteit: "Ook wanneer homoseksualiteit als praktijk wordt afgewezen, staat het christendom voor respect en liefde voor mensen". Hij geeft een voorbeeld van christelijke reflecties rondom abortus, waarbij de nuance wordt gezocht door te verwijzen naar omstandigheden waarin er gevaar is voor het leven van de moeder en abortus geaccepteerd is. Met dit voorbeeld wil hij benadrukken dat er vaak meer nuance is dan de sterk gedifferentieerde posities die in polarisatie worden ingenomen suggereren. Voor een respectvol gesprek over deze kwesties is het daarom allereerst van belang dat oordelen worden uitgesteld.

De in Nederland heersende opvatting dat seksualiteit in religieuze kringen een 'taboe' is wordt in dit onderzoek niet bevestigd (zie ook Spronk 2009). Tegelijkertijd zijn kerken natuurlijk primair gericht op hun religieuze praktijk en niet op seksueel welzijn. In Ethiopische en Eritrese kerken ligt de nadruk zo op ritueel en spiritualiteit, dat het niet past bij een priester om op seksualiteit in te gaan. Het is zelfs 'ondenkbaar' dat een religieus leider dit doet volgens sommige participanten in ons onderzoek. Is het daarmee taboe? Ook in kerken waar seksueel welzijn wel een plek heeft leven er soms vragen over hoe men in kerken seksuele vorming kan geven en welke rol daarin voor een religieus leider is weggelegd. Deze vragen bieden tevens aanknopingspunten voor gesprek en samenwerking.

In het onderzoek zijn een aantal thema's naar voren gekomen waarop kerken en gezondheidsorganisaties gedeelde of overlappende zorg hebben. Religieuze leiders en mensen uit de kerken noemen dan vaak het ongehuwd zwanger zijn als een probleem dat ze regelmatig tegenkomen en waar ze zich veel zorgen over maken. Sommigen hebben daarvoor eigen vormen van ondersteuning en hulpverlening opgezet of werken samen met lokale organisaties. Daarnaast is er ook zorg over seksueel en huiselijk geweld in gezinnen van Afrikaanse afkomst in Nederland, zowel waar het gaat om seksueel geweld als onderdeel van ongelijkwaardige relaties binnen de verschillende gemeenschappen en de invloed van

ervaringen met seksueel geweld in het verleden van mensen en de problemen die zij als gevolg daarvan ervaren. Dit motiveert sommige kerken en religieuze leiders ook om op zoek te gaan naar manieren om aandacht te besteden aan seksualiteit, seksuele vorming en opvoeding binnen de kerken. Aan deze onderwerpen wordt in toenemende mate aandacht besteed door platforms en netwerken waar mensen uit kerken elkaar ontmoeten. Zo organiseerden zowel SKIN Rotterdam, als Mara in Den Haag activiteiten over hoe om te gaan met situaties van huiselijk geweld voor leiders in 'migrantenkerken'.

"Een meisje komt thuis en vraagt aan haar moeder: 'Wat is seks?'. Haar moeder schrikt en zegt: 'Daar praten we niet over'. Waarop het meisje reageert: 'Prima, dan vraag ik het aan de jongen die me erover vertelde'. Met deze anekdote opende Rachel Theodore Smith een presentatie over seksuele voorlichting in kerken tijdens een werkconferentie van Stichting Mara en Pep in Den Haag. Zij is religieus leider, gezondheidswetenschapper en universitair docent van Nigeriaanse afkomst, actief in het opzetten van seksuele voorlichting in kerken. Voor ouders en religieuze leiders is het belangrijk om te begrijpen wat jongeren ervaren, welke vragen ze hebben en hoe ze ermee omgaan, stelt ze. De kerk heeft een rol in het begeleiden van zowel jongeren als ouders. Met uitzondering van leiders als Rachel Theodore Smit, is juist seksuele vorming binnen veel kerken nog een nieuw onderwerp waarover ook veel vragen bestaan.

6. Aanbevelingen

In deze laatste paragraaf geven we een aantal aanbevelingen voor een betere aansluiting bij religieuze benadering van seksualiteit en voor samenwerking met religieuze actoren.

- **Stel een oordeel uit, investeer eerst in communicatie, relatie en vertrouwen**
- **Richt je niet op het zenden van boodschappen, maar op een gezamenlijke benadering**
- **Probeer gedeelde zorgen en oplossingsrichtingen te vinden**
- **Respecteer de verschillende actoren in hun specifieke rollen**

- **Sluit aan bij de problematiseringen van seksueel welzijn in religieuze kringen**
  Dit onderzoek laat zien dat er in religieuze groepen en onder religieuze leiders zorgen bestaan over ongehuwde zwangerschap, overhaaste huwelijken, gender based violence, seksuele en relationele vorming van jongeren: trainingen voor seksuele voorlichters uit de kerken en Islamitische gemeenschappen.

- **Gebruik taal die aansluit en verbind**
  - Dit onderzoek laat zien dat een focus op seksueel welzijn ruimte geeft voor verbinding met de opvattingen en benaderingen van individuele migranten en kerken en religieuze leiders.
  - Dit onderzoek laat ook zien dat een nadruk op taboes, open spreken en het vermijden van morele vragen polarisatie versterkt en verbinding in de weg staat. Het is van belang om taal de gebruiken die aansluit bij de opvattingen en benadering van Afrikaanse migranten zelf. Twee voorbeelden:
  - Waar in gezondheidsbeleid wort gesproken van ongeplande zwangerschap, past dit niet bij de taal en benadering van religieuze groepen. Kinderen worden immers door God gegeven. Dat een kind verwekt wordt buiten het huwelijk is wel een probleem en in die taal wordt er dan ook gesproken.
  - Het probleem van overhaaste huwelijken wordt in de taal van beleidsmakers en hulpverleners soms benoemd als ‘schadelijke culturele praktijken’. Internationaal onderzoek (Le Roux & Bartelink, 2017) laat zien dat deze terminologie kritiek en verzet oproept in plaats van verbinding mogelijk maakt.
  - Probeer het spreken in algemene categorieën te vermijden en gebruik taal die de specifieke problemen van een persoon in zijn / haar specifieke context zo goed mogelijk benoemt.

- **Samenwerking met religieuze leiders**
  - Religieuze leiders worden in de gemeenschap gezien als mensen met gezag en mensen gaan naar een religieuze leider met problemen rondom seksueel welzijn.

- Religieuze leiders zijn (meestal) geen deskundigen op het gebied van gezondheid en seksualiteit. De benadering van seksueel welzijn door religieuze leiders is altijd deel van hun religieuze rol. Gezondheidsorganisaties moeten daarbij aansluiten.
- Religieuze leiders benaderen seksueel welzijn zowel vanuit een pastorale als morele houding. Naast gedeelde zorg en problematisering, moet er ook ruimte zijn voor reflectie op morele vraagstukken en dilemma's.
- Religieuze leiders waarderen een combinatie van theologische of religieuze reflectie met kennis van seksueel welzijn, gezondheid en het lichaam, omdat ze hun benadering van seksueel welzijn dan kunnen inbedden in hun religieus leiderschap. Uit ander onderzoek naar methodes die internationaal worden geïmplementeerd om religieuze leiders te betrekken en motiveren blijkt deze combinatie van religieuze en seculiere kennis ook effectief (Bartelink & Wilson 2015, Le Roux & Bartelink 2017).
- Diversiteit is van belang, daarom is het belangrijk om zowel mannelijk als vrouwelijke leiders te betrekken, evenals verschillende generaties. Soms betekent dit dat er niet alleen naar formele leiders moet worden gekeken, maar dat vrouwen of jongeren die een belangrijke, informele leiderschapsrol hebben ontwikkeld betrokken moeten worden.

❖ **Erken het werk van mediators**

- Mediators die de gemeenschappen kennen en / of er deel vanuit maken kunnen op basis van een gedeelde culturele of religieuze identiteit beter de brug slaan naar mensen in de gemeenschap.
- Sleutelfiguren en actieve vrijwilligers in de gemeenschap kunnen verbinding leggen met diverse actoren in de gemeenschap, waaronder religieuze gemeenschappen en hun leiders. Zij zijn ook effectief daar waar religieuze leiders dat niet goed kunnen zijn, bijvoorbeeld omdat hun religieuze en spirituele rol een open benadering van seksueel welzijn in de weg staat. In de erkenning het werk van sleutelfiguren is professionalisering en vergoeding van hun werk van belang.
- Netwerken en platforms van religieus geïnspireerde maatschappelijke organisaties en kerken spelen een belangrijke rol in het bij elkaar brengen en onderhouden van netwerken van kerken, religieuze leiders en actieve kerkleden. Duurzame en stabiele platforms zijn effectiever en hebben daarvoor ondersteuning nodig.

Bibliografie

Adams, V. and Pigg, S. (2006). *Sex in Development: Science, Sexuality and Morality in Global Perspective*. Durham: Duke University Press.

Agyemang, C., Meeks, K., Boateng, R. and Beune, E. (2018). Your health is your wealth: faith-based community action on the health of African migrant communities in Amsterdam. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 72(5), pp.409-412.

Andeweg, A. (2015). *Seks in de nationale verbeelding: Culturele dimensies van seksuele emancipatie*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Bartelink, B. (2016). *Cultural encounters of the secular kind: Religious and secular dynamics in the development response to HIV/AIDS*. PhD Thesis.

Beckett, M., Elliott, M., Martino, S., Kanouse, D., Corona, R., Klein, D. and Schuster, M. (2010). Timing of Parent and Child Communication About Sexuality Relative to Children's Sexual Behaviors. *PEDIATRICS*, 125(1), pp.34-42.

Berg, M. van den (2013) "Praten Zonder Blozen," Sociologie, 9(3), pp. 258–276.

Bochow, A. and van Dijk, R. (2012). Christian Creations of New Spaces of Sexuality, Reproduction, and Relationships in Africa: Exploring Faith and Religious Heterotopia. *Journal of Religion in Africa*, 42(4), pp.325-344.

Borger, A. (2018). *Seks voor iedereen*. Amsterdam: Prometheus.

Bos, D.J. (2015) Vooral protestants opgevoede mensen zullen dit moeilijk kunnen verwerken": Het proces-Van het Reve als vertoning van katholieke en homo-emancipatie. Andeweg, A. *Seks in de nationale verbeelding: Culturele dimensies van seksuele emancipatie*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Bosman, F. and Pen, H. (2018). HIV? God geeft je nieuw bloed. *Het Parool*.

Bradby, H. (2012). Race, ethnicity and health: The costs and benefits of conceptualising racism and ethnicity. *Social Science & Medicine*, 75(6), pp.955-958.

Brandsma, B. (2016). [online] Inside Polarisatie. Beschikbaar via: http://www.polarisatie.nl

Butler, J. (2004). *Undoing gender*. New York: Routledge.

Cense, M. (2014). Verder kijken dan blonde paardenstaartjes 129 De noodzaak van het includeren van etnische diversiteit in seksonderzoek (reactie op Krebbekx, Spronk & M'charek). Buijs, L., Geesink, I. and Holla, S. M. (eds) (2014) *De seksparadox : nederland na de seksuele revolutie*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Davelaar, M., Damacena Martins, A., and Doude van Troostwijk, I. (2012) *Naar een hoger plan: De vrijwillige inzet van internationale en migrantenkerken in Den Haag*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Dhawan, N., Fink, E., Feinius, J. and Mageza-Barthel, R. ed., (2016). *Negotiating Normativity: Postcolonial Appropriations, Contestations, and Transformations*. Cham, Switzerland: Springer Nature. Beschikbaar via: https://www.springer.com/gp/book/9783319309835

Dito, B., Mazzucato, V. and Schans, D. (2016). The Effects of Transnational Parenting on the Subjective Health and Well-Being of Ghanaian Migrants in the Netherlands. *Population, Space and Place*, 23(3), p.e2006.

Faircloth, C. (2013). *Militant Lactivism? Attachment Parenting and Intensive Motherhood in the UK and France*. New York: Berghahn Books.

Haisma en Touber, (2018) [Online] WRR policy report – From Difference to Potential. Beschikbaar via https://www.rug.nl/aletta/blog/wrr-policy-report-from-difference-to-potential-21-10-2018

Hilhorst, D. and Jansen, B. (2012). Constructing Rights and Wrongs in Humanitarian Action: Contributions from a Sociology of Praxis. *Sociology*, 46(5), pp.891-905.

Inspectie van het Onderwijs (2016). *Omgaan met Seksualiteit en Seksuele Diversiteit*. [online] Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, pp.1-113. Beschikbaar via: https://www.onderwijsinspectie.nl/documenten/publicaties/2016/06/01/rapport-omgaan-met-seksualiteit-en-seksuele-diversiteit.

Jaccard, J., Dodge, T. and Dittus, P. (2002). Parent-adolescent communication about sex and birth control: A conceptual framework. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2002(97), pp.9-42.

Kennedy, J., Kennedy-Doornbos, S., 2017. Nieuw Babylon in aanbouw: Nederland in de jaren zestig. Boom, Amsterdam.

Kennisagenda Preventie (2018). *Gezondheidszorgonderzoek, preventie en behandeling*. Nationale Wetenschapsagenda. [online] pp.1-52. Available at: https://publicaties.zonmw.nl/kennisagenda-preventie-2018/.

Keuzenkamp, S., Kooiman, N. and van Lisdonk, J. (2012). *Niet te ver uit de kast*. [online] Sociaal en Cultureel Planbureau, pp.1-41. Beschikbaar via: https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2012/Niet_te_ver_uit_de_kast [Accessed 11 Apr. 2019].

Knibbe, K. E. (2013) *Faith in the familiar : religion, spirituality, and place in the south of the Netherlands*. Boston: Brill (Numen book series, v. 143)

Knibbe, K. E. (2018). Secularist understandings of Pentecostal healing practices in Amsterdam: Developing an intersectional and post-secularist sociology of religion. *Social Compass*, 65(5), pp.650-666.

Knibbe, K. & B. Bartelink, (2019), 'Gender: Religion, Secularism and Women's Empowerment' in B. Schewel and E. K. Wilson (reds), *Religion And European Society: A Primer*, John Wiley, New Jersey.

Krause, K. (2008). Transnational Therapy Networks among Ghanaians in London. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, *34*(2), 235-251.

Krause, K., Parkin, D., & Alex, G. (Eds.) (2014). Turning Therapies: Placing Medical Diversity. *Medical Anthropology*, *33*(1).

Krebbekx, W., Spronk, R. and M'charek, A. (2013). Categorieën als verschilmakers: Etnische praktijken in onderzoek naar jongeren en seksualiteit. *Sociologie*, 9(3), pp.345-366.

le Roux, E., and Bartelink, B. (2017). No more 'harmful traditional practices': working effectively with faith leaders. Tearfund.

Manu, A., Mba, C., Asare, G., Odoi-Agyarko, K. and Asante, R. (2015). Parent–child communication about sexual and reproductive health: evidence from the Brong Ahafo region, Ghana. *Reproductive Health*, 12(1).

Martin, B. (2001). The Pentecostal Gender Paradox: A Cautionary Tale for the Sociology of Religion. In: R. Fenn, ed., *The Blackwell Companion to Sociology of Religion*, 1st ed. Blackwell Publishing Ltd, pp.52-66.

Miller, B., Norton, M., Fan, X. and Christopherson, C. (1998). Pubertal Development, Parental Communication, and Sexual Values in Relation to Adolescent Sexual Behaviors. *The Journal of Early Adolescence*, 18(1), pp.27-52.

Nørredam, M. and Krasnik A. (2011) Migrant's access to health services. Rechel, B. *Migration and health in the european union*. Maidenhead, Berkshire: Open University Press (European Observatory on Health Systems and Policies series).

Poeze, M., Dankyi, E. and Mazzucato, V. (2016). Navigating transnational childcare relationships: migrant parents and their children's caregivers in the origin country. *Global Networks*, 17(1), pp.111-129.

Pollock, D. and Van Reken, R. (1999). *The third culture kid experience*. Yarmouth, Me.: Intercultural Press.

Proctor, A, Krumeich, A & Meershoek, A (2011) Making a difference: The construction of ethnicity in HIV and STI epidemiological research by the Dutch National Institute for Public Health and the Environment (RIVM)', *Social Science & Medicine*, vol. 72, no. 11, pp. 1838-1845.

Helberg-Proctor, A., Meershoek, A., Krumeich, A., & Horstman, K. (2017). Foreigners', 'ethnic minorities', and 'non-Western allochtoons': an analysis of the development of 'ethnicity' in health policy in the Netherlands from 1970 to 2015. *BMC Public Health*, *17*, [132].

Raffaetà, R., Krause, K., Zanini, G., & Alex, G. (2017). Medical pluralism reloaded. *L'Uomo Società Tradizione Sviluppo*, *2017*(1), 95-124.

Roodsaz, R. (2018) Probing the Politics of Comprehensive Sexuality Education: 'universality' Versus 'cultural Sensitivity': A Dutch-Bangladeshi Collaboration on Adolescent Sexuality Education, Sex Education, 18(1), pp. 107–121.

Spronk, R. (2009). Media and the therapeutic ethos of romantic love in middle-class Nairobi. In J. Cole, & L. M. Thomas (Eds.), *Love in Africa* (pp. 181-203). Chicago: University of Chicago Press.

Thet Nu Noe, M., Saw, Y., Soe, P., Khaing, M., Saw, T., Hamajima, N. and Win, H. (2018). Barriers between mothers and their adolescent daughters with regards to sexual and reproductive health communication in Taunggyi Township, Myanmar: What factors play important roles?. *PLOS ONE*, 13(12), p.e0208849.

van den Berg, M. (2013) "Praten Zonder Blozen," Sociologie, 9(3), pp. 258–276.
van der Sar, J. and Visser, R. (2006). *Gratis en Waardevol: Rol, positie en maatschappelijk rendement van migrantenkerken in Den Haag.* Utrecht: Stichting Oikos.

van Dijk, R. (2002). Religion, reciprocity and restructuring family responsiblity in the Ghanania Pentecostal Diaspora. In: D. Bryceson and U. Vuorela, ed., *The Transnational family: New European Frontiers and Global Networks*. Oxford: Berg Publishers, pp.173-196.

van Reken, R. (2011). Cross-Cultural Kids: the New Prototype. In: F. Eidse, E. Orr, G. Bell-Villada and N. Sichel, ed., *Writing Out of Limbo : International Childhoods, Global Nomads and Third Culture Kids*. Newcastle upon Tyne, UK: Cambridge Scholars Publishing, pp.25-44.

Wekker, G. (2017). *White Innocence: Paradoxes of Colonialism and Race*. Durham, N.C.: Duke University Press.

Schnabel, P., 1990. Het verlies van de seksuele onschuld. Amst. Sociol. Tijdschr. 17, 11–50.

Schrijvers, L. L. and Wiering, J. (2018) Religious/secular Discourses and Practices of Good Sex. *Culture and Religion*, 19(2), pp. 139–159.

Wilmink, Anna (2018) Een onderzoek naar het nieuws (2008-2011) over HIV-en homo-healings in de media (Unpublished Research Report).

WRR (2018). *Van verschil naar potentieel. Een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen*. [online] Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, pp.1-46. Beschikbaar via: https://www.wrr.nl/publicaties/policy-briefs/2018/08/27/van-verschil-naar-potentieel.-een-realistisch-perspectief-op-de-sociaaleconomische-gezondheidsverschillen.