

Bittere noodzaak: een essay over het maatschappelijk belang van een adequate seksuele gezondheidspolitiek

Ine Vanwesenbeeck

1. Inleiding

Seksuele gezondheid is een relatief nieuw begrip. Op de site van de WHO wordt seksuele gezondheid een *'state of physical, emotional and mental well-being related to sexuality'* genoemd. Om seksuele gezondheid te realiseren moeten *'the sexual rights of all persons be respected, protected and fulfilled'*. Seksuele rechten omvatten algemeen erkende mensenrechten, zoals het recht om gevrijwaard te zijn van dwang, discriminatie en geweld. Verder betreffen zij het recht op goede informatie en seksuele vorming, het recht op toegang tot adequate, deskundige seksuele en reproductieve zorg, het recht op respect voor de lichamelijke integriteit, het recht om keuzes te maken inzake seksuele activiteit, relaties en huwelijk, en het krijgen van kinderen en, tot slot, het recht een aangenaam seksueel leven na te streven en zich te vrijwaren van negatieve consequenties zoals ongewenste zwangerschap en SOA-infectie. Seksuele gezondheid omvat reproductieve gezondheid, waar het in eerste instantie vaak toe werd beperkt. Seksuele gezondheid heeft belangrijke individuele, relationele, demografische en economische achtergronden en consequenties. Seksuele gezondheid is fundamenteel voor de menselijke conditie, van betekenis op micro- en macroniveau, voor zaken uiteenlopend van individueel relationeel/seksueel welzijn tot mondiale ecologie. Seksuele gezondheid is wederkerig verweven met de maatschappelijke context waarin zij vorm krijgt, is van belang voor alle individuen en alle samenlevingen en is, maatschappelijk én politiek, een uiterst relevant thema.

Seksuele gezondheid vormt echter geen vanzelfsprekend onderdeel van het politieke handelen. Gezien de grote relevantie zou men verwachten dat nationale overheden en de internationale politieke gemeenschap de bevordering van de seksuele gezondheid agenderen, initiëren, stimuleren, faciliteren en

coördineren. Men zou omvattend, samenhangend beleid verhopend om tot een sluitende preventieve en curatieve zorginfrastructuur te komen, wellicht onder verantwoordelijkheid van (inter)nationale beleidseenheden met zwaar politieke top, ondersteund door politieke advieslichamen. Daarvan is echter geen sprake. Integendeel, seksuele gezondheid is goeddeels taboe op de politieke agenda. Ondanks groeiend inzicht dat seksuele gezondheid cruciaal is in verband met het behalen van de Millennium Development Goals (MDGs), wordt het daarin nog steeds niet expliciet benoemd. In dit essay wordt allereerst bekeken hoe het komt dat seksuele gezondheid ontbreekt op het politieke toneel. Betoogd wordt daarna dat de nood hoog is en de tijd nu bovendien rijp lijkt om een omvattende seksuele gezondheidspolitiek (verder) te ontwikkelen. Doelstelling is vervolgens om deze ontwikkeling te voeden met empirische evidentie voor het belang ervan, hetgeen langs twee wegen wordt ondernomen. Allereerst wordt ingegaan op de omvang van seksuele gezondheidsproblematiek, in Nederland en wereldwijd. Vervolgens wordt gereflecteerd op de maatschappelijke kosten van seksuele ongezondheid, in de westerse wereld én mondiaal. In een 'tot slot' wordt een korte blik in de toekomst geworpen.

2. De ongemakkelijke verhouding tussen politiek en seksualiteit

We leven momenteel in 'het westen' in een geseksualiseerde wereld: op straat, in de media en via het internet worden we bestookt met meer of minder expliciet seksuele uitingen. De seksualisering van met name meisjes en vrouwen viert hoogtij, op TV, in muziekclips en -teksten, in films, in strips en cartoons, in de sportverslaggeving, in video en computerspellen, op het internet, in de reclame, en in specifieke producten zoals speelgoed en kleding (APA 2007). De farmaceutische industrie doet ook een flinke duit in het zakje met haar agressieve marketing van middelen ter stimulering van de seksuele functie (en daarmee van seksuele disfunctie) (Moynihan 2003).

Tegelijkertijd zien we bij de meeste overheden (met wellicht de Nederlandse overheid als relatief gunstige uitzondering) op zijn best verwoede pogingen restrictief beleid ten aanzien van seksualiteit te handhaven. Er lijkt sprake van een persistente terughoudendheid bij overheden om een positief seksualiteitsbeleid te formuleren dat is gericht op de bevordering van de seksuele gezondheid en seksuele rechten van haar burgers. Waar overheden zich met seksualiteit bezig houden bedienen ze zich veelal van een gemedicaliseerd (zoals bij epidemische dreiging van SOA, vooral van het dodelijke HIV) of een ethisch vertoog (zoals bij vraagstukken rond abortus en geboorteregeling). Een gemedicaliseerd of ethisch vertoog over seksualiteit beperkt onze blik echter sterk en onttrekt vele (demografische, psychologische, economische) determinanten én effecten aan het oog. Bovendien zijn de seksuele rechten van burgers verre

van gewaarborgd als vanuit medische of ethische optiek wordt gehandeld. Restrictie en beheersing zijn immers in eerste instantie de inzet. In veel landen heerst verbod op abortus, verbod op prostitutie, verbod op porno, verbod op homoseksualiteit, zelfs verbod op seksuele vorming op scholen uit angst dat jongeren dan 'te vroeg' seksueel actief zouden worden. Hier is sprake van veel negatief gemotiveerd beleid, dat gepaard gaat met een schending van de seksuele rechten van jongeren en volwassenen, bijvoorbeeld het recht op goede informatie over seksualiteit. Een overheidsbeleid gericht op seksuele gezondheid in de zin van de WHO definitie (overigens vanwege conservatieve invloeden binnen de WHO ook nog niet formeel geratificeerd!), met respect voor seksuele (en dus burger-) rechten van burgers inclusief jongeren, is zeldzaam. Aan de bevordering van seksuele gezondheid willen de meeste overheden hun vingers niet branden.

3. Een historisch perspectief

De ongemakkelijke verhouding tussen politiek en seksualiteit kan worden begrepen vanuit historisch perspectief. Seksualiteit is in de westerse wereld gedurende afgelopen eeuwen, met name vanaf de Victoriaanse tijd, sterk geproblematiseerd en naar het privédoemien verwezen. Van Ussel betoogt in zijn *Geschiedenis van het seksuele probleem* (1968) dat de problematisering van de seksualiteit sinds de 17^e eeuw zijn basis vindt in het gedurende lange tijd opgeld makende asexuele ideaal dat de mens zich dient te ontworstelen aan zijn 'lagere', dierlijke aspecten om een 'beschaafde' mens, een burger, te worden. Burgerlijke waarden vielen hier samen met christelijke waarden, volgens welke alles wat met seksualiteit te maken heeft verdacht is (behalve wat nodig is voor de voortplanting). Het gegeven dat de meerderheid van de mensen er nooit in zal slagen zich aan haar seksualiteit te ontworstelen, maakte de seksualiteit temeer problematisch. Dat laatste werd echter als een individueel probleem gezien. Alles wat met seksualiteit van doen heeft diende in deze opvatting immers volledig te worden geweerd uit het (destijds opkomende) respectabele, burgerlijke, openbare domein. Ondanks het feit dat deze opvatting van seksualiteit als 'laag' heden ten dage aanzienlijk minder populair is, heeft ze tot op heden de houding van overheden ten aanzien van seksualiteit beïnvloed. Seksualiteit wordt nog steeds veelal als een individuele, privéaangelegenheid gezien, niet als een overheidsverantwoordelijkheid.

De terugverwijzing van intimiteit en seksualiteit naar het privédoemien kan dus worden begrepen als voorwaardelijke tegenhanger van de ontwikkeling van een publieke sfeer en de representatie van mensen als burgers, werkers of professionals. De Amerikaanse cultuurwetenschappers Berlant en Warner (1998, 553) suggereren een bijna complotachtige functionaliteit aan de taboeïsering

van intimiteit in het politieke publieke domein: 'Intimate life is the endlessly cited *elsewhere* of political public discourse, a promised haven that distracts citizens from the unequal conditions of their political and economic life'. Daarbij benadrukken zij het onevenredige nadeel voor seksuele minderheden: 'By making sex seem irrelevant or merely personal, heteronormative conventions of intimacy block the building of nonnormative or explicit public sexual cultures' (ibid).

Ik wil daarnaast met name benadrukken dat zowel het dominante vertoog over seksualiteit als de terugverwijzing van de seksualiteit naar het privé-domein historisch gesproken vooral onevenredig in het nadeel van *vrouwen* zijn uitgevallen en samenhangen met hun maatschappelijke positie. Het (medisch) denken over seksualiteit is immers niet zomaar normerend voor de seksualiteit van mensen, maar voor de seksualiteit van vrouwen en mannen. Legio auteurs (in Nederland was Draijer in 1984 één van de eersten) hebben betoogd dat het dominante heteroseksuele vertoog uitgaat van een seksuele drift die in principe (onbeheersbaar en) mannelijk is, waarbij het object van de mannelijke lust (lastig genoeg) in het vrouwelijke lichaam is gesitueerd. Ideologisch worden vrouwen daarmee de dragers, het object, van seksualiteit, terwijl het verlangende, handelende seksuele subject mannelijk is. Maatschappelijke uitwerkingen variëren van een sterke erotisering/seksualisering van het vrouwelijke lichaam ten behoeve van de mannelijke blik (in de huidige westerse wereld veelal het geval) tot een sterke beperking op de zichtbaarheid van het vrouwelijke lichaam voor de mannelijke blik (bijvoorbeeld in de islamitische wereld nog vaak het geval). In het ene geval dient de vermeende vrouwelijke seksuele verleidelijkheid geaccentueerd, in het andere geval verhuld te worden. In beide vormen van normatief verschijnen, hoe ogenschijnlijk tegengesteld ook, verdwijnen vrouwen echter als autonoom seksueel subject. De 'dubbele seksuele moraal', oftewel de strengere restrictie op de seksuele autonomie en activiteit van vrouwen dan van mannen, is, zij het in variërende mate, kenmerkend voor vele samenlevingen (Crawford & Popp 2003). In samenlevingen waar van grotere asymmetrie sprake is in maatschappelijke macht en economische status in het nadeel van vrouwen, is repressie van vrouwelijke seksualiteit, inclusief seksueel geweld als instrument van controle en de nadruk op de reproductieve taak van vrouwen, waarschijnlijk (Wood & Eagly 2002).

Het gaat dit betoog te buiten uitgebreid in te gaan op de complexe wederkerigheid tussen dominante ideologie, geïnstitutionaliseerd (overheids)handelen, dagelijkse interactie en de geleefde realiteit van individuen op het terrein van gender en (hetero)seksualiteit (zie daarvoor bijvoorbeeld Jackson 2006). Ik postuleer echter een even complexe als subtiele maar desondanks massieve wederkerigheid tussen patriarchale verhoudingen, een lage maatschappelijke status en seksualisering van vrouwen, opvattingen over seksualiteit als 'dierlijk' en 'laag', en het beperkte politieke belang dat aan seksuele gezondheid wordt gehecht. Een tekort aan aandacht voor seksuele gezondheid lijkt samen

te hangen met een tekort aan aandacht voor wat voor vrouwen relevant is. Erkenning van de rechten van vrouwen en van het belang van hun maatschappelijke participatie zal hand in hand gaan met erkenning van het belang van een adequate seksuele gezondheidspolitiek.

4. De tijd is rijp voor een seksuele gezondheidspolitiek!

Meer dan ooit lijkt de tijd nu rijp voor veranderingen ten goede op deze vlakken. Daarin zijn meerdere omstandigheden van belang. Om te beginnen is er groeiende politieke erkenning voor het feit dat 'het persoonlijk politiek is', oftewel dat het politieke het persoonlijke beïnvloedt en vice versa, bijvoorbeeld op terreinen als de arbeidsdeling tussen de seksen, (de preventie van) huise-lijk en seksueel geweld en de positie van homoseksuelen. Van een scheiding in strikte zin tussen privé en openbaar, zonder dat sprake zou zijn van causale relaties, is geen sprake, zo weten we inmiddels. Ten tweede is onmiskenbaar sprake van toenemend besef dat vrouwen een cruciale rol kunnen en moeten spelen in mondiale duurzame ontwikkeling. Men begint zich te realiseren dat gelijkheid tussen de seksen en maatschappelijke participatie van vrouwen voorwaardelijk is voor het bereiken van, bijvoorbeeld, de Millennium Development Goals. 'The world is starting to grasp that there is no policy more effective in promoting development, health and education than the empowerment of women and girls', zei Kofi Annan op vrouwendag 8 maart in 2006 (geciteerd in de Independent, 8 maart 2006).

Daarnaast zijn, ten derde, traditionele gewoonten, tradities en opvattingen op het terrein van sekse en seksualiteit in de westerse wereld beslist aan kracht aan het inboeten, hetgeen de noodzaak tot 'social reflexivity' (Giddens 2006) doet toenemen en bevorderlijk is voor de vestiging van nieuwe paradigma's. Dit zou de ruimte kunnen creëren voor nieuwe inzichten op het terrein van de seksuele en reproductieve gezondheid. Van belang daarbij is ook, ten vierde, dat het erop lijkt dat er een nieuw paradigma inzake gezondheid in zijn algemeenheid aan het ontstaan is dat het biomedische model zou kunnen vervangen. Actuele transformaties in het denken over gezondheid omvatten, bijvoorbeeld, verschuivingen van nadruk op ziekte naar nadruk op gezondheid, van aandacht voor acute naar chronische ziekte, van 'cure' naar preventie, van behandeling naar zorg, en van patiënt naar persoon (Nettleton 2006). Hindernis hierbij wat seksuele gezondheid betreft is echter, als vijfde relevante omstandigheid, de groeiende medicalisering van juist de seksualiteit nu de farmaceutische industrie de winstgevende potentie van seksuele 'disfunctie' heeft ontdekt. Ook andere technologische ontwikkelingen en het daaraan gekoppelde 'social technological' (Foucault 1984/1976) handelen van de moderne mens op het terrein van seksualiteit en reproductie, staat in eerste instantie op ge-

spannen voet met het 'nieuwe' gezondheidsparadigma. De medicalisering van seksualiteit voltrekt zich met nieuwe (plastisch) chirurgische en prenataal diagnostische mogelijkheden die leiden tot populariteit van 'designer vaginas', 'designer babies', et cetera. Het is zeer sterk de vraag hoe dergelijke ontwikkelingen zich verhouden tot seksuele gezondheid in de zin van de WHO definitie. Niettemin biedt de opkomst van een gezondheidsparadigma zoals door Nettleton omschreven ruimte voor een conceptualisering van seksuele gezondheid die recht doet aan het veelomvattende, biopsychosociale en complex verweven karakter ervan. Hopelijk kan het voldoende tegenwicht bieden aan de 'verzieking' van seksuele functie en de medicalisering van seksualiteit in bredere zin.

Een laatste en zesde omstandigheid van andere orde die de verdere ontwikkeling van een adequate seksuele gezondheidspolitiek noodzakelijk maakt is de toenemende seksualisering van het openbare. Was het pornografische vertoog eigenlijk altijd al hét vertoog (naast het medische) dat (voor een beperkt publiek) gestalte gaf aan seksualiteit in het publieke domein (Foucault 1984/1976), dit heeft heden ten dage een vlucht genomen die zijn weerga niet kent. Het openbare domein heeft zich in de afgelopen eeuw namelijk uitgebreid met vele actoren en massacommunicatiekanalen zoals de moderne media en het internet, met een massale (want winstgevende) erotisering van de openbare sfeer als gevolg. In de massale erotisering van de openbare sfeer ontstaat een karikuraal beeld van seksualiteit, een 'hyperrealiteit' (Baudrillard 1988), waarin realiteit en beeldvorming op een complexe manier verweven zijn. Het pornografische vertoog informeert ons niet op enigerlei zorgvuldige of correcte (laat staan aansprekende) wijze over de werkelijkheid van seksuele gezondheid en ongezondheid. Het staat een politiek die daarop gericht is wellicht zelfs in de weg omdat het weinig aanknopingspunten biedt voor politiek handelen en de ongemakkelijkheid om seksualiteit te thematiseren zou kunnen doen toenemen. Tegelijkertijd wordt de verantwoordelijkheid van de politiek, alsmede van de wetenschap en de professionals in de gezondheidszorg, om bij te dragen aan de beeldvorming over seksualiteit groter.

De noodzaak van een adequaat tegenvertoog groeit met de dag, zowel in het licht van de groeiende medisch-technologische mogelijkheden als in het licht van de toenemende erotisering van het openbare. Seksualiteit laat zich niet meer terugdringen in de krochten van het onzichtbare of de diepten van het privéleven. De Noorse mediaonderzoeker Wencke Mühleisen (geciteerd in Goth & Nielsen 2004) suggereert dat de seksualisering van de populaire cultuur kan worden geïnterpreteerd als een onbeholpen ('nonarticulated') poging om seksualiteit op de publieke agenda te krijgen. De openbaarheidsgang van het seksuele zoals die zich nu voltrekt is, in mijn ogen, vaak niet alleen onbeholpen maar veelal sterk stereotiep, heteroseksistisch, vrouwonvriendelijk, banaal, vulgair en smakeloos. Een zich ontwikkelend tegenvertoog waarin conservatieve, christelijke familiewaarden worden gepropageerd is minder seksu-

eel expliciet en minder vulgair, maar minstens zo heteroseksistisch en vrouw-onvriendelijk en bovendien restrictief en schadelijk voor de seksuele rechten van jongeren en seksuele minderheden. Het is de uitdaging van onze tijd om het 'juiste', een adequaat tegenvertoog te ontwikkelen, een tegenvertoog dat de seksuele rechten van alle burgers eerbiedigt en bevorderlijk is voor de seksuele gezondheid in al haar aspecten. Als men kijkt naar de omvang van de problematiek en de maatschappelijk kosten van seksuele en reproductieve ongezondheid, dan wel de potentiële economische en sociale winst die uit kan gaan van een adequate, respectvolle seksuele gezondheidspolitiek, dan kan men mijns inziens niet anders dan het daarmee eens zijn.

5. De omvang van seksuele gezondheidsproblematiek

Aangezien seksuele gezondheid een relatief nieuw begrip en bovendien een koepelterm is waar uiteenlopende gezondheidsterreinen mee worden aangeduid, is epidemiologisch inzicht in seksuele (on)gezondheid nog beperkt en op zijn best gefragmenteerd. In Nederland is echter onlangs, door mijzelf en mijn collega's, de epidemiologie van seksuele gezondheid in al haar facetten alsook de omvang van de zorgbehoefte op dit terrein in kaart gebracht met behulp van een bevolkingstudie onder een steekproef van ruim 4000 Nederlanders tussen 19 en 69 jaar, representatief naar belangrijke demografische kenmerken zoals etnische achtergrond en opleidingsniveau. Voor informatie over de gehanteerde onderzoeksmethodologie alsook de vele specifieke resultaten zij verwezen naar *Seksuele gezondheid in Nederland 2006* onder redactie van Bakker & Vanwesenbeeck (2006) of naar Vanwesenbeeck & Bakker (2007). Hieronder volgt een indicatie van de algemene conclusie. Vervolgens wordt deze gecontrasteerd met enkele illustratieve cijfers vanuit internationaal perspectief.

5.1 Seksuele gezondheid in Nederland

Uit genoemd onderzoek wordt geconcludeerd dat seksuele gezondheid in brede zin ook in Nederland beslist niet vanzelfsprekend is. Voor slechts een kleine helft van de volwassenen heeft het seksuele, relationele en reproductieve leven in het afgelopen jaar geen grote problemen of risico's gekend. Bij hen lijkt sprake van de 'pleasurable en safe sex' waar in de WHO definitie van seksuele gezondheid naar wordt verwezen. De andere helft heeft in meer of mindere mate en op één of meerdere terreinen echter wél problemen. Seksueel geweld is, om te beginnen, debet aan veel (seksueel) leed; dit geenszins nieuwe gegeven is in deze studie bevestigd. Bij de vrouwen heeft 40% ervaring met een of andere vorm van seksuele victimisatie (verbaal geweld uitgesloten), bijna de helft daarvan (ook) voor het 16^e jaar. Bij de mannen zijn deze cijfers,

respectievelijk 7% en 4%. Minder voorzien zijn, bijvoorbeeld, de bevindingen rondom de epidemiologie van functieproblematiek (geconstateerd bij een vijfde van de vrouwen en 17% van de mannen), overmatig seksueel verlangen (ruim één op 20 mannen en 1,5% van de vrouwen beantwoordt aan het gestelde klinische criterium), en emotionele last in verband met reproductieve issues zoals abortus (10% van de vrouwen heeft er ervaring mee), miskraam en onvervulde kinderwens. Opvallend is dat anticonceptiegebruik ook in Nederland verre van probleemloos is: één op zes anticonceptiegebruiksters heeft wel eens problemen met het adequaat gebruik; drie van de tien zwangerschappen zijn ongepland. Er worden overtuigende associaties gevonden tussen seksuele of reproductieve problemen en verminderde lichamelijke en psychische gezondheid. Al bij al heeft voor een kwart van de vrouwen en een vijfde van de mannen hun seksuele gezondheid in het afgelopen jaar dusdanig problemen gekend dat zij behoefte hebben gehad aan professionele hulp op een of ander vlak. Relatieproblemen spannen daarbij voor zowel vrouwen als mannen de kroon (zie tabel 1).

Tabel 1. Percentages Nederlandse vrouwen en mannen (19-69 jaar) die desgevraagd zeggen minstens enige behoefte aan professionele zorg te hebben ervaren op verschillende seksuele gezondheidsterreinen gedurende de voorgaande 12 maanden.

	Vrouwen (n = 2075)		Mannen (n = 2072)	
Relatieproblematiek	12,4	▲	9,7	▼
Functieproblematiek	5,0		6,4	
Seksueel geweld	3,9	▲	0,2	▼
Anticonceptiegerelateerde hulpbehoefte	4,5	▲	1,6	▼
SOA/HIV gerelateerde hulpbehoefte	4,5		4,8	
Overmatig seksueel verlangen	0,6	▼	2,3	▲
Hulpbehoefte i.v.m. seksuele identiteit	1,6		2,4	
Parafilie	0,0	▼	0,5	▲
Minstens enige behoefte	24,0	▲	19,4	▼

▼ en ▲: significant lager dan wel hoger dan andere sekse bij $p < 0.01$

Bron: Bakker & Vanwesenbeeck, 2006.

Op basis van beperkt mogelijke vergelijkingen met gegevens uit andere landen wordt geconcludeerd dat de situatie in Nederland wat betreft de seksuele gezondheid op verschillende vlakken gelijkens vertoont met die in de Scandinavische en andere Noord-Europese landen zoals Duitsland. Er zijn aanwijzingen dat de seksuele gezondheid in de Verenigde Staten daarbij op belangrijke aspecten beslist achterblijft. Deze observatie versterkt het vermoeden dat de

openheid en het relatief liberale klimaat in Nederland en de andere Noord-Europese landen bevorderlijk werken voor de seksualiteitsbeleving en de (interactionele) vaardigheden van mensen op het seksuele vlak. Binnen Nederland zelf blijkt dat op verschillende punten de verdeling van seksuele gezondheidsproblematiek onder etnische minderheidsgroepen minder gunstig is dan onder de autochtone bevolking. Ook dit kan wellicht worden gezien in een context van relatief traditionele sekseverhoudingen en masculiene seksualiteitscultuur en bovendien worden gerelateerd aan een relatief zwakke maatschappelijke positie (zie Vennix en Vanwesenbeeck, 2005).

5.2 Seksuele en reproductieve gezondheid in de ontwikkelende wereld

Zoals te verwachten, zijn voor de ontwikkelende wereld nog veel minder epidemiologische gegevens beschikbaar, maar tonen de beschikbare gegevens een vele malen grimmiger beeld. Enkele illustraties kunnen gegeven worden voor ongeplande zwangerschappen en abortus, HIV-infecties en seksueel geweld.

IPPF (2006) heeft het aantal zwangerschappen jaarlijks wereldwijd op 211 miljoen berekend. Ruim 40% daarvan (87 miljoen) is ongepland, ruim de helft daarvan (46 miljoen) eindigt in een abortus en bijna de helft daar weer van (19 miljoen) is een *onveilige* abortus, gepleegd in afwezigheid van de nodige medische deskundigheid en/of omstandigheden. Het aantal landen waar meer dan 90% van de geboorten wordt begeleid door deskundig personeel is weliswaar verdubbeld in de afgelopen decennia, maar dit is in de periode 1999-2005 nog steeds maar in 25 van de 66 door de World Bank in kaart gebrachte landen het geval (World Bank 2007). Is de verhouding tussen de 'developing' en de 'developed world' voor abortus al ongeveer 3:1, voor onveilige abortus is die zelfs 24:1. In Afrika wordt één op vier onveilige abortussen voltrokken bij een tienermeisje (Glasier e.a. 2007). Van de 19 miljoen vrouwen die jaarlijks geen andere keus hebben dan een onveilige abortus te laten plegen, sterven er 70.000 en nog eens honderdduizenden houden er, vaak levenslang, kwalen aan over. Onveilige abortus veroorzaakt 13% van alle moedersterfte wereldwijd, in sommige delen van Afrika of Zuidoost Azië wel 50%. Moedersterfte vormt één van de grootste en onrechtvaardigste 'health gaps' tussen de ontwikkelde en de ontwikkelende landen. Vrouwen in delen van Afrika hebben een 200 keer zo grote kans aan zwangerschap of bevalling te sterven dan West-Europese vrouwen. Ook de 'under-five mortality' is in de lage inkomenslanden 15 keer zo hoog als in de hoge inkomenslanden (World Bank 2007).

Ook de 'health gap' op het vlak van HIV-infecties en gerelateerde sterfte is, zoals bekend, groot. In 2006 zijn er wereldwijd 39,5 miljoen mensen die met HIV leven en zijn er 2,9 miljoen aan overleden. Voor West-Europa en Noord-Amerika tezamen zijn die cijfers respectievelijk 2,1 miljoen en 30.000

(UNAIDS 2006), hoge cijfers, maar in verhouding tot de omvang elders relatief laag. Terwijl HIV in de westerse wereld met de beschikbare therapieën eerder een chronische dan een dodelijke ziekte is geworden, ontvangen in de ontwikkelende landen slechts kleine minderheden van de mensen die moeten worden behandeld de medicijnen die ze nodig hebben om te voorkomen dat ze dood gaan (of HIV op hun baby overdragen). Ook andere SOA dan HIV zijn in veel (ontwikkende) landen een groot probleem.

De cijfers aangaande seksueel geweld in ontwikkelende landen zijn schrijnend. Er zijn aanwijzingen dat wereldwijd één op de vijf meisjes seksueel wordt misbruikt in de jeugd en dat in sommige landen wel driekwart van de vrouwen gevictimiseerd is door een partner (Garcia-Moreno e.a. 2005). Er zou een veelheid aan specifiekere prevalentie- en incidentiecijfers kunnen worden geciteerd, maar gezien grote verschillen in onderzoeksmethodologie, registratiekwaliteit en rapportagebereidheid zijn internationale vergelijkingen eigenlijk onbegonnen werk. De hoge incidentie staat buiten kijf, evenals de veelzijdigheid van seksueel geweld. Seksueel geweld is vaak 'gender-based' (in het Nederlandse aangeduid met de ongelukkige term 'huiselijk geweld') en 'gender-based' geweld is een vorm van seksueel geweld, maar het is niet noodzakelijk seksueel van aard. 'Gender-based' geweld omvat alle gedrag dat de integriteit van vrouwen schendt, zoals meisjes- en vrouwenbesnijdenis of verplicht maagdelijkheidsonderzoek. Ook gedwongen prostitutie en mensenhandel met als doel seksuele exploitatie, zijn vormen van seksueel geweld, evenals sekselectieve abortus, de verwaarlozing van of moord op meisjes binnen families en traditionele schadelijke praktijken zoals de overerving van weduwen en bruidschat- of eergerelateerd geweld.

Het mag duidelijk zijn dat vrouwen wereldwijd vele malen vaker dan mannen slachtoffer zijn van uiteenlopende vormen van seksueel geweld. Het misbruik en de seksuele exploitatie van jongens mag daarbij echter niet uit het oog worden verloren. Aangezien ook hier echter de daders c.q. de 'afnemers' veelal mannen zijn, kan dit evenals de seksuele exploitatie van meisjes en vrouwen voor een belangrijk deel worden teruggevoerd op voorstellingen van de mannelijke seksuele drift als 'natuurlijk' en onbeheersbaar en het daarmee verbonden seksuele recht, bijna het seksuele mandaat, dat ideologisch gesproken aan mannen wereldwijd wordt gegeven. Daarnaast kunnen vormen van seksualiteit die van het standaard heteroseksuele script afwijken, rekenen op veroordeling en stigma. Degenen die 'afwijkende' seksualiteit bezigen (of daarvan verdacht worden) kunnen te maken krijgen met uiteenlopende vormen van sociale en wettelijke discriminatie en lopen meer risico op (seksueel) geweld en agressie. Dit treft, bijvoorbeeld, seksuele minderheden zoals homoseksuelen, biseksuelen en transgenders maar ook seksueel actieve vrouwen zoals sekswerkers. De meest wrange vorm van seksueel geweld zijn wellicht de stigmatisering en negatieve sociale reacties jegens slachtoffers van seksueel geweld, de zogenaamde secundaire victimisatie.

5.3 De 'bijdrage' van de internationale ontwikkelingspolitiek

Internationaal bezien is de gebrekkige, vaak zeer sterk tekortschietende, toegang tot seksuele educatie en seksuele en reproductieve zorgsystemen (inclusief de beschikbaarheid van anticonceptiva) dé veelomvattende factor bij uitstek die de seksuele gezondheid van grote bevolkingsgroepen ondermijnt. Een conservatieve (ontwikkelings)politiek is daar aantoonbaar debet aan. Ultiem voorbeeld in deze context is de introductie van de zogenaamde 'Global Gag Rule' door president Bush op de eerste dag na zijn inauguratie in januari 2001, verwijzend naar een 'gag' omdat het de vrije meningsuiting muilkorft en het publieke debat over abortusgerelateerde onderwerpen verstikt. The Global Gag Rule bepaalt dat er geen US ontwikkelingsgelden toegekend worden aan NGO's, in het bijzonder 'family planning' organisaties, die abortus uitvoeren, aan abortuscounseling of -verwijzing doen en/of lobbyen voor de legalisering en beschikbaarheid van abortus, of ze deze activiteiten nu met geld van USAID of uit andere bron financieren. De Gag Rule heeft ontwikkelingsorganisaties voor de wrede keuze gesteld alle (verwijzingen naar) abortusgerelateerde werkzaamheden te staken of vitale financiële ondersteuning voor al hun werkzaamheden mis te lopen. Gaandeweg is in de afgelopen jaren duidelijk geworden dat deze maatregel een desastreuze uitwerking heeft gehad en nog zal hebben op de toch al zo kwetsbare seksuele en reproductieve zorg in vele ontwikkelingslanden (zie bijvoorbeeld www.globalgagrule.org), terwijl alle evidentie ontbreekt dat er ook maar één abortus minder om wordt gepleegd. Integendeel, de maatregel ondergraaft de opbouw en ontwikkeling van juist die infrastructuur en diensten op het terrein van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg die nodig zijn om ongeplande zwangerschappen juist beter te voorkómen. De Gag Rule heeft bijvoorbeeld moeizaam verworven basisvoorzieningen als moeder- en kindzorg, kraamhulp en voorlichtingsprogramma's over seksualiteit, SOA en HIV en geboorteregeling de das omgedaan. Klinieken en kantoren zijn gesloten, personeel is gedwongen tot andere nering, deskundigheid is vervlogen. De Gag Rule heeft al duizenden levens gekost en betekent een verslechtering van de mondiale seksuele gezondheid die zijn weerga niet kent. Bush' religieuze overtuiging onthoudt miljoenen vrouwen (en mannen) het recht op seksuele zelfbeschikking. Hij staat hierin uiteraard niet alleen. De conservatieve beweging in de VS is booming. Daarnaast doen in internationale beslisorganen ook andere religieusconservatieve landen een duit in het zakje. Zo wilden bijvoorbeeld tijdens de UN General Assembly special session on children in 2002 niet alleen de VS, maar ook landen zoals Iran, Irak, Libie, Sudan en, niet in laatste instantie, het Vaticaan, dat een herziene definitie van reproductieve gezondheid geen legale abortus zou omvatten, dat 'familie' alleen zou verwijzen naar de huwelijkse band tussen man en vrouw en dat weliswaar het recht op informatie over geboorteregeling erkend werd (voor gehuwde paren), maar niet het recht op toegang tot anticonceptiemiddelen (Glasier e.a. 2007).

6. De kosten van seksuele ongezondheid

De kosten van (deelaspecten van) seksuele en reproductieve ongezondheid zijn medisch, sociaal en/of financieel-economisch van aard. Medische kosten worden traditioneel uitgedrukt in termen van ziektebelasting ('burden of disease'), gemeten in Disability Adjusted Life Years (DALY's), het aantal gezonde levensjaren dat een populatie verliest door ziekte. Ook de kosten van gerelateerde gezondheidszorg en, indien van toepassing, van politieel en justitieel apparaat worden vaak als maat gebruikt. De financiële kosten van seksuele ongezondheid omvatten echter meer dan dat. Soms zijn ze indirect, bijvoorbeeld bij vermindering van individuele productiviteit en maatschappelijke participatie.

6.1 Medische kosten: SRG-gerelateerde ziektebelasting

Tabel 2. Relatieve bijdrage van verschillende categorieën gezondheidsproblemen aan de 'global burden of disease' in verlies van DALY's (Disability Adjusted Life Years) in 2001.

	Gehele populatie	Vrouwen 15-44 jaar
Seksuele en reproductieve problemen	17,8%	31,8%
Respiratoire problemen	10,7%	4,1%
Cardiovasculaire problemen	9,8%	4,3%
Neuropsychiatrische problemen	13,0%	25,4%
Verwondingen	12,2%	12,4%
Andere overdraagbare aandoeningen	19,6%	8,8%
Andere niet-overdraagbare aandoeningen	16,8%	13,2%
Totaal	100%	100%

Bron: Singh e.a. (2003).

Volgens berekeningen van de WHO vormen seksuele en reproductieve problemen een substantieel deel van de totale 'global burden of disease', uitgedrukt in DALY's, te weten 17,8% daarvan voor de totale populatie en zelfs 31,8% als het gaat om de vrouwelijke populatie tussen de 15 en 44 jaar (Singh e.a. 2003, zie tabel 2). Zwangerschapsgerelateerde morbiditeit en seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA), zelfs als HIV/AIDS wordt uitgesloten, zijn mondiaal gezien de nummer één en twee onder de redenen voor gezondheidsverlies bij vrouwen, niet in laatste instantie jonge vrouwen (Glasier e.a. 2007). Beide zijn bij adolescente meisjes vaak geassocieerd met seksuele dwang en geweld. Onveilige seks wordt in de top 10 van belangrijkste ziektefactoren in de armste landen alleen voorafgegaan door ondergewicht (Ezzati e.a. 2002). Ondergewicht wordt echter tevens bepaald door ongunstige situaties op het terrein van de seksuele en reproductieve gezondheid in bredere zin, bijvoorbeeld omdat in

grote arme gezinnen vele monden nu eenmaal moeilijker te voeden zijn. In de ontwikkelde wereld staat onveilige seks op de 9de plaats staat bij de 10 belangrijkste risicofactoren voor morbiditeit en mortaliteit (Ezzati e.a. 2002). Roken, hoge bloeddruk en alcoholgebruik vormen de top drie.

In Nederland wordt de top drie van de ziektelast gevormd door hart- en vaatziekten, kanker en psychische problematiek (RIVM 2007). Alhoewel seksuele gezondheid daarin niet direct zichtbaar is, kunnen indirecte verbanden wel worden verondersteld. Er is groeiende evidentie dat gezonde seksualiteit gerelateerd is aan betere gezondheid op uiteenlopende andere vlakken en daarom wel 'de hoeksteen van de kwaliteit van leven' kan worden genoemd. In een recent overzicht van de 'health benefits of sexual expression' bespreken Whipple e.a. (2007) en Gianotten e.a. (2007) onderzoek dat verbanden vindt tussen positieve seksuele expressie en gezondheidswinst in termen van levensduur, hartziekten, borstkanker, immuniteit, gezonde slaap, jeugdigheid en fit-zijn, endometriose en andere menstruatieklachten, rug- en hoofdpijnen, algemene kwaliteit van leven, depressie en suïcidaliteit, stress, eigenwaarde, sociaal functioneren en spiritualiteit. Veel van dit onderzoek is correlatief van aard en de causaliteit daarmee ongewis, maar een wederzijds effect is waarschijnlijk. Met name het verband tussen seksuele en psychische problematiek is sterk. In *Seksuele gezondheid in Nederland 2006* kan ruim een kwart van de ernst van de psychische klachten bij zowel vrouwen als mannen door de bestudeerde seksuele gezondheidsproblemen worden verklaard.

Seksueel geweld draagt in het bijzonder substantieel bij aan de totale ziektelast. In de (internationale) literatuur zijn de negatieve effecten van seksueel misbruik en geweld op de (lichamelijke en) psychische gezondheid ruim gedocumenteerd (zie voor een overzicht van Berlo, Engen & Mooren 2004). De WHO (2002) rapporteert dat verkrachting en huiselijk geweld naar schatting 5% tot 16% van de totale ziektelast voor vrouwen in de reproductieve leeftijd veroorzaken. Via de associaties met roken, drank en druggebruik, eetproblematiek en seksueel risicogedrag, is seksueel geweld indirect bovendien verbonden aan andere problemen met hoge ziektelast, zoals HIV/AIDS, kanker en cardiovasculaire ziekten. Seksueel misbruik in de jeugd alleen draagt tussen 7% en 8% bij aan de ziektelast van depressie en alcohol- en druggebruik bij vrouwen (4%-5% bij mannen). Deze bijdrage is hoger voor angststoornissen (13% bij vrouwen en 7% bij mannen) en nog hoger voor PTSD (respectievelijk 33% en 21%). Voor zelfmoordpogingen is respectievelijk 11% en 6% gevonden (Andrews e.a. 2004).

6.2 Financieel-economische kosten

Financiële kosten zijn vooral voor seksueel geweld berekend. Uitkomsten van de berekeningen variëren sterk, afhankelijk van de gehanteerde prevalentiecijfers en geïncorporeerde kostenposten. De meeste schattingen zijn in de VS gedaan.

Waters e.a. (2004) citeren bijvoorbeeld een berekening die uitkomt op een totaal van 94 miljard dollar jaarlijks aan kosten voor de Amerikaanse economie als gevolg van seksueel misbruik in de jeugd alleen al, zijnde 1% van het bruto nationaal product. In dit getal zijn directe medische kosten, kosten voor politieel en justitieel apparaat en indirecte kosten in verband met productiviteitsverlies, psychologische schade en toekomstige criminaliteit verdisconteerd.

Schattingen voor de kosten van vrouwenmishandeling c.q. huiselijk geweld lopen (ook) sterk uiteen. Korf e.a. schatten ze in 1997 voor Nederland op 332,6 miljoen gulden per jaar (dik 150 miljoen euro), een bedrag dat schril afsteekt bij de miljarden dollars die in andere studies voor andere landen worden gevonden (zie Waters e.a. 2004). Dit heeft er wellicht mee te maken dat deze studie zich uitsluitend baseerde op de directe kosten van (zeer) ernstig geweld jegens vrouwelijke slachtoffers die bekend waren bij de hulpverlening en de vrouwenopvang. UNFPA (2005) schat de kosten in de VS op 12,6 miljard dollar per jaar, een bedrag dat, rekening houdend met het 20 maal hogere inwonertal en zelfs met de huidige (2008) koers van de dollar ten opzichte van de euro, al bijna drie maal hoger ligt dan genoemde schatting voor Nederland. Verder zijn er aanwijzingen uit verschillende Amerikaanse studies dat met (de behandeling van) elke c.q. de gemiddelde verkrachting een bedrag van zo'n 100.000 dollar is gemoeid (Waters e.a. 2004). Ook voor seksuele intimidatie op de werkplek is bekeken wat het kost. Hier zijn de kosten gerelateerd aan verminderde productiviteit, verhoogd ziekteverzuim, verminderde gezondheid van de slachtoffers en gekoppelde zorgkosten en administratieve kosten van klachtenprocedures, ontslag, genoegdoening, outplacement en vervanging, om nog maar te zwijgen van de nadelige effecten op het moreel van het personeel en de negatieve publiciteit voor organisaties. Bij (tijdelijke) arbeidsongeschiktheid van de slachtoffers drukken de gevolgen bovendien op het systeem van sociale zekerheid. Voor het Amerikaanse leger alleen al, zijn de jaarlijkse kosten op 250 miljoen dollar geschat (Faley e.a. 1999).

Om de relevantie van seksuele gezondheid te benadrukken vanuit het oogpunt van kosten voor de gezondheidszorg, kunnen verschillende redenties worden gevolgd. In landen waar seksuele gezondheidszorg beduidend minder adequaat is, is het vooral relevant te documenteren welke andere (maatschappelijke, sociale, economische) kosten zouden kunnen worden bespaard met investering in betere voorzieningen. Dit wordt in paragraaf 6.4 gedaan. Daar waar seksuele gezondheidszorg in principe beschikbaar is, kan worden gedocumenteerd wat de omvang van de gerelateerde kosten is. Die lijken in een land als Nederland op zijn minst substantieel. In *Seksuele gezondheid in Nederland 2006* is gevonden dat ongeveer de helft van de mannen met behoefte aan zorg in verband met seksuele gezondheidsproblematiek op jaarbasis ook daadwerkelijk contact met de zorg heeft gehad; bij vrouwen geldt dat zelfs voor ongeveer drie op de vijf. Het gaat hierbij in totaal om ruim meer dan een miljoen, misschien wel anderhalf miljoen van de ruim 10 miljoen volwassenen in de bestudeerde leef-

tijdscategorieën per jaar. In de GGZ zijn niet in laatste instantie slachtoffers van seksueel geweld sterk gerepresenteerd. In Nederland heeft 19 tot 31% van alle cliënten in de eerste- en tweedelijns GGZ enige vorm van seksueel en/of huishoudelijk geweld meegemaakt (Höing e.a. 2003). Onder uitsluitend de vrouwelijke cliëntenpopulatie zal dit percentage nog beduidend hoger liggen.

Met groeiende aandacht voor seksuele gezondheid én groei van de medisch-technische mogelijkheden op het terrein kunnen we naar waarschijnlijkheid een flinke stijging van de gezondheidszorgconsumptie verwachten. Anderzijds zijn er aanwijzingen uit de seksuologische praktijk dat een gebrek aan adequate, bijvoorbeeld eerstelijns, voorzieningen, relatief veel en onnodig gebruik van relatief dure tweedelijns zorg met zich meebrengt. Eveneens is verondersteld dat een gebrek aan aandacht voor seksuele gezondheid bij groepen chronisch zieken en gehandicapten, een overconsumptie van afgeleide zorg en daarmee van een grote extra (en inefficiënte) belasting van de gezondheidszorgsystemen met zich mee brengt (Kedde, Bender & Vanwesenbeeck 2007). Een investering in de seksuele gezondheidszorg voor, bijvoorbeeld, deze groep zou de effectiviteit van de zorg kunnen bevorderen en de kostenbalans wellicht uiteindelijk naar de positieve kant kunnen doen uitvallen. Belangrijker is echter dat zo'n investering de seksuele gezondheid en daarmee het welzijn en de kwaliteit van leven beter dient.

Politieke keuzes kunnen kostenposten met zich meebrengen waarvan de effectiviteit in termen van bevordering van de seksuele gezondheid op zijn zachtst gezegd dubieus is. Ultiem illustratief in dit licht, zij het inmiddels enigszins gedateerd en betrekking hebbend op een situatie buiten Nederland, blijft de bevinding dat de helft van de Amerikaanse staten in de tachtiger jaren meer geld uitgaf aan prostitutiebestrijding dan aan onderwijs en welzijn; vijf staten gaven er meer aan uit dan aan gezondheidszorg (Weitzer 1987). Een illustratie van ineffektieve investering in de VS van recenter datum is de jaarlijkse 177 miljoen dollar die wordt besteed aan 'abstinence-only-until marriage' voorlichtingsprogramma's. Meerdere studies, waaronder een recente door het congres gemandateerde (Trenholm e.a. 2007), laten zien dat ze geen positieve uitwerking hebben op het seksuele gedrag van jongeren. In genoemde studie bleken zij die abstinence-only voorlichting hadden gekregen seks niet langer uit te stellen dan anderen, noch zich tot minder partners te beperken of vaker condooms en andere vormen van anticonceptie te gebruiken. Op vaardigheden gerichte, zogenaamde 'comprehensive' voorlichting blijkt wél te werken (Kirby 2001), maar daarvoor is momenteel in de VS geen federal funding beschikbaar.

6.3 Verminderde maatschappelijke participatie van vrouwen

Een belangrijke indicator voor de kosten van seksuele ongezondheid is, tot slot, de maatschappelijke positie van vrouwen, in het bijzonder hun maat-

schappelijke participatie. Langs verschillende wegen zijn negatieve effecten in deze zichtbaar gemaakt. Deze zijn ten eerste vaak betoogd in het kader van tienerzwangerschappen. Tienerzwangerschappen zijn een bron van zorg in westerse landen vanwege de associatie met alleenstaand moederschap, schoolverlaten, sociaal isolement en herhaald ongeplande zwangerschappen (Kane & Wellings 1999). In een recente Nieuw Zeelandse studie, bijvoorbeeld, lieten vrouwen tussen 21 en 25 jaar die als tiener zwanger waren geworden, temeer als ze het kind gehouden hadden en niet hadden laten aborteren, opnieuw significant minder gunstige scores zien op verschillende maten gerelateerd aan opleidingsniveau, carrière en inkomen dan vrouwen die niet zwanger waren geworden, ook bij controle voor relevante achtergrondvariabelen (Fergusson, Boden & Horwood 2007). Ten tweede is seksueel geweld tegen vrouwen schadelijk voor hun economische productiviteit. UNFPA (2005) rapporteert, bijvoorbeeld, over een Canadese studie waarin bleek, dat 50% van de slachtoffers van partnergeweld ziekteverlof op had genomen naar aanleiding daarvan, over een studie in India die laat zien dat vrouwen gemiddeld zeven werkdagen verloren per gewelddadige gebeurtenis en over een survey in Nicaragua waar gevonden werd dat mishandelde vrouwen gemiddeld 46 cent minder per uur verdienen dan vrouwen die niet mishandeld zijn, zelfs als gecontroleerd werd voor andere factoren die de verdiensten beïnvloeden.

Ten derde is er evidentie dat de (toenemende) seksualisering van meisjes en de zelfobjectivering die daar het gevolg van kan zijn, nadelige gevolgen kan hebben voor hun zelffaching, hun seksuele autonomie, hun emotionele welzijn en geestelijke gezondheid, hun cognitieve vermogens, hun sport-, school- en beroepsprestaties en hun professionele ambities (zie bijvoorbeeld APA 2007). Het leeuwendeel van dit onderzoek heeft plaatsgevonden in de VS. Voor Nederland is nog weinig bekend over de (relevante processen en factoren in de) relatie tussen seksualisering, zelfobjectivering, de gezondheid en het presenteren van meisjes. Gezien de vermoedelijk negatieve gevolgen voor meisjes zelf én de sociale kosten die daarmee gepaard gaan, zijn gedegen onderzoek en gerichte preventieve actie sterk gewenst.

6.4 De mogelijke winst van verbeterde seksuele en reproductieve gezondheidszorg

Preventie kost in het algemeen minder dan behandeling. Dat geldt voor alle aandoeningen, niet in laatste instantie bij seksuele gezondheidsproblematiek. Het is, bijvoorbeeld, evident dat de preventie van HIV-infecties vele malen goedkoper is dan behandeling ervan. De preventie van onbedoelde zwangerschap spant in deze de kroon. Als alle onbedoelde zwangerschappen, in het bijzonder in ontwikkelingslanden, zouden kunnen worden afgewend door beschikbaarheid en adequaat gebruik van anticonceptiemiddelen, zou dat enorme

bezuinigingen op overheidsfondsen kunnen betekenen, zowel voor het onderwijs als de gezondheidszorg. Berekend is dat de kosten voor anticonceptie in de ontwikkelende wereld, zelfs al zijn die relatief hoog vanwege de nog gebrekkige reproductieve gezondheidszorginfrastructuur, altijd nog lager uitvallen dan de kosten van een ongepland geboren kind. Singh e.a. (2003) becijferen dat, als de 500 miljoen vrouwen in ontwikkelingslanden die niet zwanger willen worden nu toegang tot anticonceptiva zouden krijgen, jaarlijks 187 miljoen ongeplande zwangerschappen, 60 miljoen ongeplande geboortes, 105 miljoen abortussen, 22 miljoen miskramen, 2,7 miljoen gevallen van kindersterfte, 215.000 zwangerschapsgerelateerde sterfgevallen en verlies van hun moeder bij 685.000 kinderen zouden kunnen worden voorkómen. De winst zou met name kunnen worden behaald waar het gebrek aan seksuele en reproductieve zorg het grootst is, in Sub-Sahara en Noord-Afrika en West- en Zuid-Azië.

Behalve van medische aard bestaat de sociale en economische winst van adequate zorg wereldwijd uit nog vele aanvullende voordelen, om te beginnen voor individuen, in het bijzonder vrouwen, zoals verhoogde controle, betere kwaliteit van leven, minder abortus-, geweld- en/of HIV-gerelateerd stigma, betere opleidings- en professionele kansen, meer maatschappelijke participatie, verbeterde economische positie en verbeterde sociale status. Ook voor paren en gezinnen zijn er vele additionele voordelen, zoals stabielere en gelijkwaardiger relaties, verbeterde opvoedingsprocessen, een hoger gezinsinkomen, verbeterde leef- en woonomstandigheden en minder gebroken en ouderloze gezinnen. Samenlevingen, tot slot, hebben aanvullend winst van verhoogde productiviteit, minder 'onnodige' kosten voor gezondheidszorg en de sociale zorg voor verweesde kinderen en te grote gezinnen die het zelfstandig niet redden, meer sekselijkheid en een beter opleidingsniveau van de gehele populatie.

Internationaal en mondiaal gezien is er een belangrijke relatie tussen goede seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRGR) en de ontwikkelingsdoelstellingen voor het nieuwe millennium, zoals het terugdringen van armoede, gelijkheid tussen mannen en vrouwen, het terugdringen van kindersterfte, het verbeteren van de gezondheid van moeders, bestrijding van HIV/AIDS. Ook de (economische) dreiging die van overbevolking uitgaat in bepaalde delen van de wereld en de (daaraan gekoppelde) bedreiging van het milieu kunnen niet worden afgewend zonder een structurele, wereldwijde verbetering van de seksuele en reproductieve gezondheid.

7. Tot slot

De maatschappelijke relevantie van seksuele gezondheid is betoogd in termen van de ernst (en veelzijdigheid) van de problematiek en de daarmee gepaard gaande economische en sociale kosten. Tevens is geïllustreerd dat een gerichte

investering in seksuele en reproductieve gezondheidszorg mondiaal gesproken omvangrijke economische en sociale winst oplevert. Daarvoor is politieke wil nodig. Gezien de positie van de (republikeinse) Amerikaanse regering in deze, is de hoop vooral gevestigd op Europa. Momenteel wordt, door het Nederlandse Ministerie van Buitenlandse Zaken, een discussie over Europese ontwikkelingshulp in relatie tot seksuele en reproductieve gezondheid geïnitieerd, een veelbelovende ontwikkeling. Ook *binnen* een groeiend en diversifiërend Europa zullen er echter op het vlak van de seksuele gezondheid ook nog de nodige noten moeten worden gekraakt nu er steeds meer landen toetreden met een sterk conservatiefchristelijke signatuur. Ook binnen Europa kunnen er nog vele slagen worden geslagen in de ontwikkeling van een adequate seksuele gezondheidspolitiek.

Zowel de Europese als internationale politieke agenda's zullen sterk gebaat zijn bij bijdragen uit sociaalwetenschappelijke hoek. Er is immers grote behoefte aan wetenschappelijke evidentie op het vlak van epidemiologie, economische en sociale kostbaarheid van seksuele ongezondheid en effectiviteit in curatieve en preventieve gezondheidszorg. Daarbij is het, onder andere, van belang te documenteren hoe veelzijdig seksuele gezondheidsproblematiek is en hoe noodzakelijk veelzijdig adequaat beleid dus moet zijn. Glasier e.a. (2007) geven als een van de redenen dat seksuele gezondheid door de politiek nog niet genoeg wordt opgepakt, de verwarring die er bestaat over wat er precies onder valt, omdat het bij seksuele en reproductieve gezondheid niet alleen om ziekte gaat, maar ook om uiteenlopende thema's op terreinen zoals welzijn, kwaliteit van leven en mensenrechten. Het zou onverteenbaar zijn als de politieke agendering van een onderwerp van dusdanig grote relevantie achterwege blijft vanwege misverstanden over de betekenis ervan. Een wetenschappelijke benadering van het onderwerp zou tevens het ongemak dat mensen voelen bij seksualiteit als thema kunnen verminderen en daarmee de bereidheid seksuele gezondheid politiek te agenderen doen toenemen. De wereld vraagt er om.

BIBLIOGRAFIE

- American Psychological Association, Task Force on the Sexualization of Girls. (2007), *Report of the APA Task Force on the Sexualization of Girls*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Andrews, G., Corry, J., Slade, T., Issakidis, C. & Swanston, H. (2004), Child sexual abuse, pp. 1851-1941 in: M. Ezzati, A.D. Lopez, A. Rodgers & C.J.L. Murray (eds.). *Comparative Quantification of Health Risks. Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*. Geneva: World Health Organisation.
- Bakker, F. & Vanwesenbeeck, I. (Red.) (2006), *Seksuele gezondheid in Nederland 2006*. Delft: Eburon.
- Baudrillard, J. (1988), *Selected Writings*. Cambridge: Polity.

- Berlant, L. & Warner, M. (1998), Sex in Public, *Critical Inquiry*, 24, 547-566.
- Berlo, W. van, Engen, A. van & Mooren, T. (2004), Behandeling van slachtoffers van seksueel geweld, pp. 461-480 in L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck & Ph. Weijenborg (red.). *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Crawford, M. & Popp, D. (2003), Sexual double standards: A review and methodological critique of two decades of research, *The Journal of Sex Research*, 40(1), 13-26.
- Draijer, N. (1984), *Seksuueel geweld en heteroseksualiteit: Ontwikkelingen in onderzoek vanaf 1968*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Ezzati, M., Lopez, A.D., Rodgers, A., Vander Hoorn, S., Murray, C.J.L. and the Comparative Risk Assessment Collaborating Group (2002), Selected major risk factors and global and regional burden of disease, *The Lancet*, 360, 1347-1360.
- Faley, R.H., Knapp, D.E., Kustis, G.A. & Dubois, C.L.Z. (1999), Estimating the Organizational Costs of Sexual Harassment: The case of the U.S. Army, *Journal of Business and Psychology*, 13(4), 461-484.
- Fergusson, D.M., Boden, J.M. & Horwood, L.J. (2007), Abortion among Young Women and Subsequent Life Outcomes, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39(1), 6-12.
- Foucault, M. (1984 [1976]), *De wil tot weten. Geschiedenis van de seksualiteit 1*. Nijmegen: SUN. [*Histoire de la sexualité 1. La volonté de savoir*. Parijs: Gallimard.]
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H.A.F.M., Ellsberg, M., Heise, L. & Watts, C. (2005), *WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: World Health Organisation.
- Gianotten, W.L., Whipple, B., Owens, A.F. & Knowles, J. (2007), Sexual activity is a cornerstone of quality of life: Update of 'The health benefits of sexual expression', pp. 28-42 in: M.S. Tepper & A.F. Owens (eds.). *Sex, love and psychology: Sexual health. Vol. 1. Psychological Foundations*. Westport: Praeger.
- Glasier, A., Gülmözoglu, M., Schmid, G.P., Garcia Moreno, C. & Van Look, P.F.A. (2007), Sexual and reproductive health: a matter of life and death, *The Lancet*, 369 (9560), 457-470.
- Goth, A.F. & Nielsen, A. (2004), Sexuality in the media means trouble, *Webmagazine FORUM KVINFO* (<http://www.kvinfo.dk/side/563/article/298>).
- Giddens, A. (1993), *The Transformation of Intimacy: Love, Sexuality and Eroticism in Modern Societies*. Cambridge: Polity.
- Giddens, A. (2006), *Sociology* (5th edition). Cambridge: Polity.
- IPPF (2006), *Death and Denial. Unsafe Abortion and poverty*. London: International Planned Parenthood Federation.
- Jackson, S. (2006), Gender, sexuality and heterosexuality: The complexity (and limits) of heteronormativity, *Feminist Theory*, 7(1), 105-121.
- Kane, R. & Wellings, K. (1999), *Reducing the rate of teenage conception. An international review of the evidence: data from Europe*. London: Health Education Authority.
- Kedde, H., Bender, J. & Vanwesenbeeck, I. (2007), *Seksuologische gezondheidszorg voor mensen met chronische ziekten en lichamelijke beperkingen*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Kirby, D. (2001), *Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Korf, D.J., Mot, E., Meulenbeek, H. & van den Brandt, T. (1997), *Economische kosten van thuisgeweld tegen vrouwen*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Moynihan, R. (2003), The making of a disease: female sexual dysfunction, *British Medical Journal*, 326, 45-47.
- Nettleton, S. (2006), *The Sociology of Health and Illness* (2nd edition). Cambridge: Polity.

- Singh, S., Darroch, J.E., Vlassoff, M., & Nadeau, J. (2003), *Adding it up. The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*. New York/Washington: The Alan Guttmacher Institute/United Nations Population Fund (UNFPA),
- Trenholm, Ch., Devaney, B., Fortson, K., Quay, L., Wheeler, W., & Clark, M. (2007), *Impacts of Four Title V, Section 510 Abstinence Education Programs*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research, Inc.
- Ussel, J.M.W. van (1968), *Geschiedenis van het seksuele probleem*. Meppel: J.A. Boom en zn.
- UNAIDS (2006), *2006 Report on the Global AIDS Epidemic*.
- UNFPA (2005), Gender-Based Violence: A Price Too High, chapter 7 in UNFPA. *State of World Population 2005* (www.unfpa.org/swp/2005/).
- Vanwesenbeeck, I. & Bakker, F. (2007), Seksuele gezondheid bij volwassen Nederlanders. De belangrijkste resultaten van een nieuwe populatiestudie, *Tijdschrift voor Seksuologie*, 31, 166-177.
- Vennix, P. & Vanwesenbeeck, I. (2005), *Seksualiteit en relaties van Turkse en Marokkaanse Nederlanders*. Delft: Eburon.
- Waters, H., Hyder, A., Rajkotia, Y., Basu, S., Rehwinkel, J.A., & Butchart, A. (2004), *The economic dimensions of interpersonal violence*. Geneva: Department of Injuries and Violence Prevention, World Health Organisation.
- Whipple, B., Knowles, J., & Davis, J. (2007), The health benefits of sexual expression, pp. 1-28 in M.S. Tepper & A.F. Owens (eds.). *Sex, love and psychology: Sexual health. Vol. 1. Psychological Foundations*. Westport: Praeger.
- Wood, W. & Eagly, A.H. (2002), A cross-cultural analysis of the behaviour of women and men: Implications for the origins of sex differences, *Psychological Bulletin*, 128, 699-727.
- World Bank (2007), *World Development Indicators 2007* (<http://go.worldbank.org/3JU2HA60D0>).
- World Health Organisation (WHO) (2002), *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organisation.