



# **Graduaat Orthopedagogische Begeleiding**

## **2025-2026**

### **Graduaatsproef**

**LGBTQ+ en genderdiversiteit in residentiële  
zorg voor personen met een licht  
verstandelijke beperking: op weg naar  
inclusieve begeleiding**

**Kobe Cornelis**

**Eindwerkbegeleider: Elke Van Nooten**

**Groeneweg 151, 3001 Heverlee**

## Abstract

---

Dit eindwerk onderzoekt hoe begeleiders in residentiële zorgsettings omgaan met LGBTQ+ en genderdiversiteit bij cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB), en welke ondersteuning kan bijdragen aan een inclusieve begeleiding. Via een literatuurstudie, analyse van goede praktijkvoorbeelden en koppeling met opleidingsonderdelen worden de kennis en attitudes van begeleiders, de ervaringen van LGBTQ+ personen met een LVB en de bespreekbaarheid van seksuele en genderdiversiteit in kaart gebracht.

Uit het onderzoek blijkt dat begeleiders vaak welwillend staan tegenover LGBTQ+ cliënten, maar dat er een aanzienlijke handelingsverlegenheid bestaat. Seksuele oriëntatie en genderidentiteit worden zelden proactief besproken, en specifieke vorming ontbreekt vaak. LGBTQ+ personen met een LVB ervaren daardoor een dubbele kwetsbaarheid: ze worden geconfronteerd met zowel stigma rond hun beperking als rond hun seksuele of genderidentiteit. Het gebrek aan rolmodellen, toegankelijke informatie en een veilig gespreksklimaat versterkt dit.

Op basis van deze vaststellingen worden vier aanbevelingen geformuleerd: twee op microniveau (gericht op de individuele begeleidingsrelatie) en twee op mesoniveau (gericht op team en organisatie). Deze aanbevelingen zijn onderbouwd met wetenschappelijke literatuur en praktijkgerichte tools, en zijn erop gericht de begeleidingspraktijk inclusiever en affirmatief te maken.

## Dankwoord

---

Dit eindwerk is het resultaat van een intensief maar waardevol proces.

Graag wil ik een aantal mensen bedanken die dit eindwerk mede mogelijk hebben gemaakt.

Mijn dank gaat in de eerste plaats uit naar de collega's van Alvinenberg VZW, en in het bijzonder naar het team van de Dienst Inclusieve Ondersteuning (DIO), die mij tijdens mijn stage warm hebben ontvangen en openheid hebben gegeven over hun begeleidingspraktijk. Hun bereidheid om mee na te denken over een thema dat niet altijd vanzelfsprekend is, was een waardevolle bijdrage aan dit eindwerk.

Mijn dank gaat ook uit naar Peter Verhaegen, coördinator van de Dienst Inclusieve Ondersteuning, voor het vertrouwen om mij binnen DIO stage te laten lopen en voor het meedenken over hoe mijn graduaatsproef een betekenisvolle plaats kon krijgen binnen de werking van de dienst.

Een bijzonder woord van dank gaat uit naar mijn stagementor Joris Deputter, die mij in contact bracht met de cliënte die haar verhaal met mij wilde delen, en die mij tijdens mijn stage oprecht en met aandacht heeft ondersteund in mijn leerproces. Ook mijn co-mentor Sofie Keyser wil ik bedanken voor haar ondersteuning en betrokkenheid doorheen deze stageperiode.

Ik dank ook de cliënte die bereid was haar persoonlijke verhaal met mij te delen tijdens het praktijkgesprek. Haar openheid en vertrouwen hebben dit onderzoek verankerd in een concrete, menselijke ervaring die ik niet uit literatuur alleen had kunnen halen.

Mijn dank gaat eveneens uit naar mijn eindwerkbegeleider Elke Van Nooten voor de gerichte feedback en de constructieve begeleiding doorheen dit proces.

Tot slot wil ik mijn ouders bedanken, die niet alleen dit eindwerk meermaals hebben nagelezen, maar mij ook gedurende mijn volledige opleidingstraject onvoorwaardelijk hebben gesteund.

Kobe Cornelis

Heverlee, mei 2026

# Inhoudsopgave

---

<b>ABSTRACT .....</b>	<b>2</b>
<b>DANKWOORD .....</b>	<b>3</b>
<b>INHOUDSOPGAVE .....</b>	<b>4</b>
<b>1 INLEIDING.....</b>	<b>6</b>
<b>2 ONDERZOEKSVRAAG .....</b>	<b>8</b>
2.1 VAN IDEE TOT ONDERZOEKSVRAAG .....	8
2.2 CONTEXTANALYSE: BESCHRIJVING VAN DE HUIDIGE SITUATIE .....	9
2.3 KERNBEGRIPPEN EN DEELVRAGEN.....	11
<b>3 AANPAK VAN HET ONDERZOEK .....</b>	<b>14</b>
3.1 BRONNEN EN SELECTIE.....	14
3.2 WERKWIJZE .....	15
3.3 METHODOLOGISCHE KANTTEKENINGEN .....	15
<b>4 BRONNENONDERZOEK EN BRONVERWERKING.....</b>	<b>17</b>
4.1 LGBTQ+ EN GENDERDIVERSITEIT: VAN PATHOLOGISERING NAAR AFFIRMATIEVE ZORG .....	17
4.2 MINDERHEIDSTRESS EN SPECIFIEKE KWETSBAARHEDEN BIJ PERSONEN MET EEN LVB .....	19
4.3 KENNIS EN HANDELINGSVERLEGENHEID BIJ BEGELEIDERS IN RESIDENTIËLE ZORG .....	21
4.4 BESPREEKBAARHEID VAN SEKSUELE EN GENDERDIVERSITEIT VANUIT CLIËNTPERSPECTIEF .....	23
4.5 INCLUSIEF BELEID EN GOOD PRACTICES IN ZORGINSTELLINGEN .....	25
<b>5 VASTSTELLINGEN OP BASIS VAN HET ONDERZOEK.....</b>	<b>28</b>
5.1 VASTSTELLING 1: ER BESTAAT EEN AANZIENLIJKE KLOOF TUSSEN DE WELWILLENDHEID VAN BEGELEIDERS EN HUN DAADWERKELIJKE COMPETENTIE OM LGBTQ+-INCLUSIEF TE WERKEN .....	28
5.2 VASTSTELLING 2: LGBTQ+ PERSONEN MET EEN LVB ERVAREN EEN DUBBELE KWETSBAARHEID DIE SPECIFIEKE ONDERSTEUNING VRAAGT.....	29
5.3 VASTSTELLING 3: DE BESPREEKBAARHEID VAN SEKSUELE EN GENDERDIVERSITEIT IS IN RESIDENTIËLE ZORGSETTINGS ONVOLDOENDE GEWAARBORGD .....	29
5.4 VASTSTELLING 4: ER BESTAAN REEDS BRUIKBARE TOOLS EN GOOD PRACTICES, MAAR DEZE ZIJN ONVOLDOENDE BEKEND EN INGEBED .....	30
5.5 VASTSTELLING 5: VORMING EN SENSIBILISATIE ZIJN ESSENTIEEL, MAAR MOETEN STRUCTUREEL EN DOORLOPEND ZIJN .....	30
<b>6 AANBEVELINGEN .....</b>	<b>33</b>

6.1 MICRONIVEAU, AANBEVELING 1: MAAK SEKSUELE EN GENDERDIVERSITEIT ACTIEF BESPREEKBAAR IN DE INDIVIDUELE BEGELEIDING .....	33
6.2 MICRONIVEAU, AANBEVELING 2: ONDERSTEUN DE IDENTITEITSONTWIKKELING VAN LGBTQ+ CLIËNTEN DOOR TOEGANG TOT ROLMODELLEN EN PEERSUPPORT .....	33
6.3 MESONIVEAU, AANBEVELING 1: IMPLEMENTEER STRUCTURELE VORMING EN INTERVISIE ROND LGBTQ+-INCLUSIEVE BEGELEIDING .....	34
6.4 MESONIVEAU, AANBEVELING 2: ONTWIKKEL EN VERANKEER EEN EXPLICIET LGBTQ+-INCLUSIEBELEID BINNEN DE ORGANISATIE.....	35
<b>7 BRONNENLIJST .....</b>	<b>37</b>
7.1 OPLEIDINGSONDERDELEN.....	37
7.2 WETENSCHAPPELIJKE VAKLITERATUUR.....	37
7.3 GOEDE PRAKTIJKVOORBEELDEN .....	37
<b>8 BIJLAGEN .....</b>	<b>39</b>
8.1 BIJLAGE 1: SWOT-ANALYSE.....	39
8.1.1 Strengths (sterktes, intern) .....	39
8.1.2 Weaknesses (zwaktes, intern).....	39
8.1.3 Opportunities (kansen, extern) .....	39
8.1.4 Threats (bedreigingen, extern) .....	39
8.2 BIJLAGE 2: GEBRUIKTE AI-PROMPTS.....	40
8.3 BIJLAGE 3: TRANSCRIPTIE PRAKTIJKGESPREK (GEANONIMISEERD) .....	43

# 1 Inleiding

---

Seksuele oriëntatie en genderidentiteit maken integraal deel uit van wie iemand is. Toch zijn deze thema's in de zorg voor personen met een verstandelijke beperking lang onzichtbaar gebleven. Waar de maatschappelijke erkenning van LGBTQ+ personen de afgelopen decennia sterk is toegenomen, blijft de aandacht binnen residentiële zorgsettings voor seksuele en genderdiversiteit bij cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB) opvallend beperkt.

Vanuit mijn stage-ervaringen in de residentiële zorg (onder meer tijdens mijn eerste stage bij een leefgroep voor volwassenen met een verstandelijke beperking) merkte ik dat thema's rond seksuele oriëntatie en genderidentiteit niet altijd expliciet aan bod komen in de dagelijkse begeleiding. Er leek soms onzekerheid te bestaan bij begeleiders over hoe ze hiermee professioneel konden omgaan. Een aantal uitspraken van begeleiders die ik onderweg opving, deden me bovendien stilstaan bij het belang van correcte kennis en een professionele attitude. Tegelijkertijd zag ik dat cliënten nood hadden aan een veilige ruimte om over hun identiteit te kunnen spreken. Ook in mijn huidige stagecontext word ik geconfronteerd met situaties waarin genderdiversiteit een actief begeleidingsthema is. Deze observaties vormden het vertrekpunt voor dit eindwerk.

Als LGBTQ+ persoon voel ik een sterke persoonlijke betrokkenheid bij dit thema. Ik wil echter benadrukken dat dit onderzoek niet vertrekt vanuit persoonlijke ervaringen, maar vanuit wetenschappelijke literatuur, professionele kaders en goede praktijkvoorbeelden. Mijn persoonlijke affiniteit versterkt mijn motivatie, maar het is de onderbouwing die centraal staat.

Maatschappelijk gezien is dit thema bijzonder actueel. Er is enerzijds meer zichtbaarheid en erkenning van seksuele en genderdiversiteit, maar anderzijds ook een toenemende spanning tussen enerzijds meer erkenning voor LGBTQ+ rechten en anderzijds aanhoudende discriminatie en polarisatie rond gender- en diversiteitsthema's (European Union Agency for Fundamental Rights [FRA], 2024). Binnen de zorgsector groeit de aandacht voor inclusie en mensenrechten, maar kennisniveau en houding van zorgprofessionals blijven sterk uiteenlopen. Onderzoek toont aan dat LGBTQ+ personen vaker psychische kwetsbaarheid ervaren als gevolg van sociale druk, stigma en uitsluiting, en niet door hun oriëntatie op zich (McCann et al., 2016; Stoffelen et al., 2018). Wanneer daar ook nog een licht verstandelijke beperking bijkomt, ontstaat een extra laag van kwetsbaarheid die specifieke aandacht vraagt.

Dit eindwerk situeert zich op het kruispunt van orthopedagogische begeleiding, seksuele en genderdiversiteit, en de rechten van personen met een verstandelijke beperking. Het sluit aan bij de competenties Verbinden met de samenleving en Professionaliseren, die centraal staan in Beroepspraktijk 3. Het thema raakt aan fundamentele vragen over mensenrechten,

kwaliteit van zorg en professionele verantwoordelijkheid. Het VN-verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap (VRPH) benadrukt het recht op volledige inclusie en participatie, inclusief op het vlak van relaties en seksualiteit. Tegelijk stellen verschillende onderzoekers vast dat dit recht in de praktijk lang niet altijd gewaarborgd wordt, zeker niet voor LGBTQ+ personen met een verstandelijke beperking.

Centraal staat de vraag hoe begeleiders in residentiële zorgsettings hiermee omgaan, en welke ondersteuning kan bijdragen aan een inclusiever aanbod. De antwoorden zijn niet altijd eenvoudig, maar de noodzaak ervan staat vast.

## 2 Onderzoeksvraag

---

### 2.1 Van idee tot onderzoeksvraag

Het startidee voor dit eindwerk ontstond vanuit een combinatie van persoonlijke betrokkenheid en professionele observaties. Als LGBTQ+ persoon merk ik al langer dat thema's rond seksuele oriëntatie en genderidentiteit in de zorgsector niet altijd vanzelfsprekend bespreekbaar zijn. Tijdens mijn opleiding Orthopedagogische Begeleiding werd mijn interesse verder aangewakkerd door opleidingsonderdelen als Psychopathologie, waarin de historische pathologisering van homoseksualiteit aan bod kwam, en Sociaalwerktheorie, dat kaders biedt rond empowerment en krachtgericht werken bij kwetsbare groepen.

Op mijn eerste stageplaats, een leefgroep voor volwassenen met een verstandelijke beperking, merkte ik dat seksualiteit en genderdiversiteit zelden proactief besproken werden. Ik hoorde uitspraken van een mentor over 'verwijfde mannen' en dat 'homofielen niet normaal' zouden zijn. Dit deed me stilstaan bij de vraag welke kennis begeleiders eigenlijk hebben over dit thema, en in welke mate zij cliënten hierin kunnen ondersteunen. Via literatuurverkenning ontdekte ik dat er internationaal wel degelijk onderzoek bestaat over LGBTQ+ personen met een verstandelijke beperking, maar dat Vlaamse gegevens nagenoeg ontbreken.

In overleg met mijn eindwerkbegeleider werd de onderzoeksvraag stapsgewijs aangescherpt. Aanvankelijk overwoog ik een e-learningmodule te ontwikkelen, maar dit bleek te ambitieus voor het tijdsbestek van drie maanden. De focus verschoof naar een verkennend literatuuronderzoek dat zowel het perspectief van begeleiders als dat van cliënten belicht, aangevuld met eigen observaties uit de stagecontext.

De centrale onderzoeksvraag van dit eindwerk luidt:

***Hoe gaan begeleiders in residentiële zorgsettings om met LGBTQ+ en genderdiversiteit bij personen met een licht verstandelijke beperking, en welke ondersteuning kan bijdragen aan een inclusieve begeleiding?***

Deze onderzoeksvraag is bewust breed geformuleerd. Het gaat om een relatief onderbelicht thema waarover in de Vlaamse context nog nauwelijks specifiek onderzoek beschikbaar is. Een te smalle afbakening zou het risico inhouden dat ik net die bevindingen mis die pas in de breedte zichtbaar worden, namelijk patronen die over verschillende residentiële zorgsettings heen terugkeren. De vraag richt zich daarom zowel op de huidige situatie (hoe gaan begeleiders er vandaag mee om?) als op de gewenste situatie (welke ondersteuning kan bijdragen aan verbetering?).

Belangrijk is dat dit eindwerk niet vertrekt vanuit één specifieke stageplek, maar zich richt op residentiële zorgsettings voor personen met een licht verstandelijke beperking in de brede

zin, en ook op vergelijkbare zorgcontexten. Mijn eerste stage (een leefgroep voor volwassenen met een verstandelijke beperking) en mijn huidige stage bij de Dienst Inclusieve Ondersteuning (DIO) van Alvinenberg VZW dienen daarbij als concrete referentiepunten en als bron van illustratiemateriaal, niet als exclusief studieobject. Deze keuze verantwoord ik door de bevindingen te toetsen aan zowel brede internationale literatuur (McCann et al., 2016; Stoffelen et al., 2018; De Wit et al., 2022) als aan uiteenlopende praktijkvoorbeelden uit beide stagecontexten, aangevuld met een praktijkgesprek met een cliënte uit de huidige stagecontext. Zo blijft de brede onderzoeksvraag verankerd in herkenbare, concrete situaties.

## 2.2 Contextanalyse: beschrijving van de huidige situatie

Waar een contextanalyse doorgaans vertrekt vanuit de situatie op één concrete stageplek, kies ik hier bewust voor een bredere insteek. Ik beschrijf de huidige situatie in residentiële zorgsettings voor personen met een licht verstandelijke beperking op drie niveaus (micro, meso en macro) en koppel die telkens aan eigen observaties uit mijn stagecontexten. Zo blijft de analyse concreet en herkenbaar, zonder zich te beperken tot één organisatie. De keuze voor deze drie niveaus is niet toevallig: ze laten toe om aan te tonen dat de drempels rond seksuele en genderdiversiteit zich niet op één plaats situeren, maar zowel in de individuele begeleidingsrelatie, in het team- en organisatiebeleid, als in de bredere maatschappelijke context spelen, en elkaar daar onderling versterken.

Op microniveau, meer bepaald in de directe begeleidingsrelatie, blijkt uit de wetenschappelijke literatuur (De Wit et al., 2022; McCann et al., 2016) dat begeleiders in de residentiële zorg voor personen met een verstandelijke beperking vaak onzeker zijn over hoe ze moeten omgaan met seksualiteit, en met seksuele en genderdiversiteit in het bijzonder. De Wit et al. (2022) stellen vast dat zowel ondersteunende als restrictieve houdingen bestaan bij begeleiders en familieleden, en dat de aandacht voor LGBTQ+ cliënten opvallend beperkt is. McCann et al. (2016) bevestigen dat begeleiders vaak het vertrouwen missen om het thema bespreekbaar te maken.

Vanuit mijn eigen stage-ervaringen herken ik dit patroon, en wat me daarbij opvalt is dat het zich op elke plek anders, maar telkens herkenbaar voordeed. Op mijn eerste stageplek, een leefgroep voor volwassenen met een verstandelijke beperking, was de toon ronduit negatief: een mentor liet zich herhaaldelijk laatdunkend uit over holebi's en transgender personen. Zo vond zij dat het 'tegenwoordig niet meer normaal lijkt om hetero te zijn', dat haar eigen zoon 'daar niet mee zou moeten thuiskomen', en gaf ze aan niet te weten hoe ze homoseksuele personen anders kon benoemen dan als 'homofielen'. Op mijn tweede stageplek, een residentiële psychiatrische afdeling, had ik een heel positieve stage-ervaring binnen een opvallend divers team. Toch kwam seksuele en genderdiversiteit er nauwelijks

spontaan ter sprake, terwijl me net daar opviel hoeveel mensen zich tot de LGBTQ+-gemeenschap rekenden. Eén collega stond wat terughoudender tegenover transgenderzorg, naar mijn aanvoelen eerder vanuit onbekendheid met het thema dan vanuit onwil; zo had hij het gevoel dat kinderen er tegenwoordig wel erg vroeg mee in aanraking komen. Op die enkele reactie na was het echter vooral het stilzwijgen rond het thema, eerder dan negativiteit, dat me bijbleef. Op mijn derde en huidige stageplek bij de Dienst Inclusieve Ondersteuning (DIO) van Alvinenberg VZW zie ik duidelijk meer openheid: de begeleiding gaat positief en nieuwsgierig om met een transgender cliënt en wil er actief over bijleren. Toch botst die welwillendheid ook hier soms op onwetendheid. Zo vond een collega (zelf lesbisch) ‘het hele LGBTQ+-gedoe’ wat te veel, en stelde een andere collega dat je ‘gewoon als man of vrouw geboren wordt’. Beide opmerkingen waren niet kwaad bedoeld, maar getuigen eerder van een gebrek aan kennis dan van afwijzing.

Dat ik in drie verschillende residentiële contexten telkens dezelfde rode draad aantrof, gaande van openlijke afwijzing, over welwillend stilzwijgen, tot positieve maar nog onwetende betrokkenheid, maar zelden een vlotte, proactieve bespreekbaarheid, sterkt mij in de keuze om dit thema breder te bekijken dan één stageplek. Het gaat duidelijk niet om een geïsoleerd voorval, maar om een terugkerend patroon dat zich over uiteenlopende settings heen aftekent en dat aansluit bij wat de literatuur beschrijft.

Op mesoniveau, het team en de organisatie, ontbreekt in veel zorginstellingen een expliciet beleid rond LGBTQ+-inclusie. Zowel McCann et al. (2016) als De Wit et al. (2022) wijzen op het gebrek aan duidelijke richtlijnen en organisatiebeleid als een belangrijke drempel: begeleiders geven aan dat ze nood hebben aan helder beleid en steun vanuit het management om seksuele en genderdiversiteit bespreekbaar te maken. In dezelfde reviews komt naar voren dat begeleiders kennis en training missen en dat gerichte vorming rond dit thema eerder uitzonderlijk dan standaard is. De beschikbare tools en good practices, zoals de toolkit ‘Op het kruispunt’ van Çavaria en de instrumentenbox ‘Zonder Stempel’, zijn bovendien bij veel begeleiders niet of nauwelijks gekend. Dat laatste stelde ik ook in mijn eigen stagecontext vast (zie Vaststelling 4), en het sluit aan bij de kennislacune bij zorgprofessionals die ook in de literatuur wordt beschreven (McCann et al., 2016; De Wit et al., 2022).

Op macroniveau is er enerzijds een groeiende maatschappelijke en juridische erkenning van LGBTQ+ rechten en diversiteit. Voorbeelden hiervan zijn de wettelijke openstelling van het huwelijk en adoptie voor koppels van gelijk geslacht, de uitbouw van antidiscriminatiewetgeving rond seksuele oriëntatie en genderidentiteit, en de geleidelijke depathologisering van homoseksualiteit en genderdiversiteit in de classificatiesystemen (zie 4.1). Het VN-verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap erkent daarnaast uitdrukkelijk het recht op volledige inclusie, ook op het vlak van relaties en seksualiteit; artikel 25 verplicht zorgprofessionals bovendien om personen met een beperking zorg van

dezelfde kwaliteit te bieden als aan anderen (Stoffelen et al., 2018). Die vooruitgang gaat echter niet zonder spanning: het rapport van het EU-Grondrechtenagentschap toont dat erkenning en aanhoudende discriminatie en polarisatie rond gender- en diversiteitsthema's naast elkaar blijven bestaan (FRA, 2024). Daarbovenop blijft de deseksualisering van personen met een verstandelijke beperking, namelijk het ontkennen of als kinderlijk wegzetten van hun seksualiteit, een hardnekkig gegeven (De Wit et al., 2022). In de Vlaamse context is specifiek onderzoek over LGBTQ+ personen met een verstandelijke beperking nagenoeg onbestaande, wat dit eindwerk des te relevanter maakt.

### 2.3 Kernbegrippen en deelvragen

De kernbegrippen in de onderzoeksvraag zijn: LGBTQ+ en genderdiversiteit, kruispuntdenken, residentiële zorgsettings, verstandelijke beperking, handelingsverlegenheid, bespreekbaarheid, affirmatieve zorgverlening en inclusieve begeleiding. Omdat sommige van deze begrippen in verschillende kennisdomeinen een andere invulling of connotatie kunnen krijgen, licht ik ze hieronder telkens kort toe en kader ik hoe ik ze in dit eindwerk hanteer.

De afkorting LGBTQ+ verwijst naar Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender en Queer/Questioning, met het +-teken als aanduiding voor de bredere waaier aan seksuele oriëntaties en genderidentiteiten die hier niet afzonderlijk worden benoemd.

Genderdiversiteit verwijst naar de verscheidenheid aan manieren waarop mensen hun genderidentiteit en genderexpressie beleven en uitdrukken, los van het bij geboorte toegewezen geslacht. Beide begrippen zijn nauw verbonden maar niet identiek: seksuele oriëntatie gaat over naar wie iemand romantisch of seksueel aangetrokken is, terwijl genderidentiteit verwijst naar hoe iemand zichzelf innerlijk ervaart. Het Genderkoekmodel van Çavaria (z.d.), gebaseerd op het internationale Genderbread Person, visualiseert deze verschillende dimensies overzichtelijk en kan ook ingezet worden met cliënten die een LVB hebben.

Met residentiële zorgsettings bedoel ik woon- en leefvormen waar cliënten langdurig of permanent verblijven en doorlopend ondersteuning krijgen van een begeleidingsteam, zoals leefgroepen en voorzieningen binnen de gehandicaptenzorg. Het is een begrip dat in verschillende domeinen een andere lading krijgt: in de geestelijke gezondheidszorg verwijst het eerder naar een psychiatrische opname-afdeling, terwijl het in de gehandicaptenzorg doorgaans staat voor een meer permanente woonvorm. Omdat dit eindwerk niet vertrekt vanuit één specifieke voorziening, hanteer ik de term bewust breed: het gaat om elke residentiële context waarin volwassenen met een licht verstandelijke beperking langdurig wonen en begeleid worden, ongeacht of die context binnen de gehandicaptenzorg of de (residentiële) psychiatrie valt. Net die settings staan ook centraal in de bestudeerde

literatuur, waarin de verschuiving van grootschalige instellingen naar kleinschaliger, gemeenschapsgerichte woonvormen een belangrijke rol speelt (McCann et al., 2016). Een licht verstandelijke beperking (LVB) verwijst naar de lichtste vorm binnen het spectrum van verstandelijke beperkingen, waarbij zowel het cognitief functioneren als het adaptief gedrag (hoe iemand zich redt in het dagelijks leven) licht beperkt is. Ook hier loont het om het domein onderscheid te maken: in de classificatiesystemen wordt de ernst van een verstandelijke beperking formeel afgebakend (zie het opleidingsonderdeel Psychopathologie; Cockx, 2024), terwijl de term 'LVB' in de Vlaamse en Nederlandse zorgpraktijk vaak ruimer wordt gehanteerd en soms ook mensen omvat met een zwakbegaafd niveau die door bijkomende kwetsbaarheden vergelijkbare ondersteuning nodig hebben. In dit eindwerk gebruik ik LVB in die bredere, praktijkgerichte betekenis, omdat net die groep in de residentiële zorg centraal staat.

De overige begrippen hangen sterk samen met de begeleidingspraktijk zelf. Met handelingsverlegenheid doel ik op de professionele onzekerheid waarbij begeleiders een thema wel willen aanpakken, maar de kennis, de vaardigheden of het zelfvertrouwen missen om dat te doen; in de Engelstalige literatuur wordt dit beschreven als een gebrek aan 'confidence' bij zorgprofessionals (McCann et al., 2016). Bespreekbaarheid verwijst naar de mate waarin een gevoelig thema, zoals seksuele oriëntatie of genderidentiteit, in de begeleidingsrelatie open en zonder drempels ter sprake kan komen; vanuit het cliëntperspectief blijkt dit een kernprobleem te zijn (Stoffelen et al., 2018). Affirmatieve zorgverlening staat voor zorg waarin hulpverleners de seksuele oriëntatie en genderidentiteit van cliënten niet louter tolereren, maar actief erkennen, respecteren en ondersteunen als een normaal onderdeel van menselijke diversiteit (zie ook 4.1). Inclusieve begeleiding bouwt daarop verder: het is begeleiding die elke cliënt, ongeacht seksuele oriëntatie of genderidentiteit, gelijkwaardig en volwaardig laat participeren. Dit begrip sluit rechtstreeks aan bij de UCLL-competentie Verbinden met de samenleving en bij het empowermentdenken uit het opleidingsonderdeel Sociaalwerktheorie (Nivelle et al., 2025). Een ander centraal begrip in dit eindwerk is kruispuntdenken, ook wel intersectionaliteit genoemd. Dit concept, afkomstig uit het opleidingsonderdeel Sociaalwerktheorie (Nivelle et al., 2025), verwijst naar de manier waarop verschillende vormen van ongelijkheid en discriminatie op elkaar inwerken en elkaar versterken. Een lesbische vrouw van kleur ervaart bvb. op meerdere lagen discriminatie tegelijk, namelijk op basis van seksuele oriëntatie, geslacht én etniciteit, waardoor haar positie niet vergelijkbaar is met die van een cisgender blanke gay man. In de context van dit eindwerk betekent dit dat de ervaringen van LGBTQ+ personen met een LVB niet begrepen kunnen worden door enkel naar hun beperking óf enkel naar hun seksuele oriëntatie te kijken: het is precies de combinatie van beide die hun specifieke kwetsbaarheid bepaalt.

Om de brede onderzoeksvraag op een gestructureerde manier te beantwoorden, werden drie deelvragen geformuleerd:

**Deelvraag 1: Over welke kaders, missie/visie en waarden beschikken begeleiders in residentiële zorgsettings voor personen met een LVB rond LGBTQ+ en genderdiversiteit?**

**Deelvraag 2: Hoe ervaren cliënten met een licht verstandelijke beperking de bespreekbaarheid van dit thema binnen hun begeleiding?**

**Deelvraag 3: Welke ondersteuning kan bijdragen aan een meer inclusieve begeleidingspraktijk?**

### 3 Aanpak van het onderzoek

---

Dit eindwerk is opgebouwd als een literatuurstudie, aangevuld met goede praktijkvoorbeelden uit het werkveld en koppeling aan relevante opleidingsonderdelen. Daarnaast werd een verdiepend praktijkgesprek gevoerd met een cliënte uit de stagecontext (Dienst Inclusieve Ondersteuning, Alvinenberg VZW), die zelf een transgenderidentiteit heeft. Dit gesprek werd, met haar geïnformeerde toestemming, opgenomen en verwerkt, en is volledig geanonimiseerd: haar naam en die van betrokken begeleiders en voorzieningen zijn weggelaten of vervangen, en zwaar persoonlijke gegevens die niet relevant zijn voor de onderzoeksvraag werden bewust buiten beschouwing gelaten. Het gesprek dient niet als volwaardig empirisch onderzoek, maar als illustratief praktijkmateriaal dat de literatuur verankert in een concrete, Vlaamse cliëntervaring. De keuze voor deze aanpak sluit aan bij de aard van de onderzoeksvraag: het gaat om een verkennend onderzoek dat inzicht wil bieden in een complex en relatief onderbelicht thema.

#### 3.1 Bronnen en selectie

In totaal werden acht bronnen geselecteerd, conform de vereisten van de graduaatsproef: Drie opleidingsonderdelen uit het eigen opleidingstraject: Psychopathologie, Sociaalwerktheorie en Beroepsethiek. Deze bieden respectievelijk kaders rond de historische pathologisering van homoseksualiteit en de evolutie in classificatiesystemen, empowerment en krachtgericht werken bij kwetsbare groepen, en de deontologische verantwoordelijkheid van begeleiders om respectvol en inclusief te handelen ongeacht seksuele oriëntatie of genderidentiteit.

Drie artikels uit wetenschappelijke vakliteratuur: McCann, Lee en Brown (2016) leverden een systematische review over de ervaringen en ondersteuningsbehoeften van LGBT personen met een verstandelijke beperking, gebaseerd op veertien internationale studies. Stoffelen, Schaafsma, Kok en Curfs (2018) voerden een exploratief onderzoek uit bij tien lesbische en bisexuele vrouwen met een lichte verstandelijke beperking in Nederland, waarbij de nadruk lag op hun persoonlijke ervaringen en ondersteuningsbehoeften. De Wit, Van Oorsouw en Embregts (2022) boden een systematische review van 31 studies over de attitudes van begeleiders en familieleden rond seksualiteit bij personen met een verstandelijke beperking. Twee goede praktijkvoorbeelden uit het werkveld: de toolkit 'Op het kruispunt' van Çavaria en partners (Konekt, GRIP vzw, Transgender Infopunt, Casa Rosa, UniQue, Aut & Out en Intersekse Vlaanderen), specifiek gericht op LGBTI+ personen met een handicap, en de instrumentenbox 'Zonder Stempel' van COC Nederland, LFB en Vilans, gericht op begeleiders van LVB-cliënten met LGBTQ+ gevoelens.

## 3.2 Werkwijze

Het onderzoeksproces verliep in vier fasen. In de eerste fase (oriëntatie en bronverzameling) werden wetenschappelijke artikels gezocht en geselecteerd via academische databanken, met aandacht voor relevantie, actualiteit en betrouwbaarheid. Tegelijk werden de relevante opleidingsonderdelen herbekeken en werd contact gezocht met praktijkgerichte organisaties.

In de tweede fase (bronverwerking) werden de geselecteerde bronnen gelezen, samengevat en verwerkt in het theoretisch kader. In de derde fase (analyse, praktijkgesprek en schrijven) werden de vaststellingen geformuleerd op basis van de verwerkte bronnen. Aanvullend werd een praktijkgesprek gevoerd met een cliënte uit de stagecontext (DIO, Alvinnenberg VZW). Dit gesprek werd met geïnformeerde toestemming opgenomen, geanonimiseerd uitgewerkt en verwerkt in de vaststellingen en aanbevelingen. De volledige geanonimiseerde transcriptie is opgenomen in bijlage 3. Het dient als illustratief praktijkmateriaal ter aanvulling op de literatuurstudie, en niet als volwaardig empirisch onderzoek.

In de vierde fase (afwerking) werd het eindwerk nagelezen, bijgeschaafd en gefinaliseerd volgens het UCLL-sjabloon.

## 3.3 Methodologische kanttekeningen

Dit eindwerk is in de eerste plaats opgebouwd als een literatuurstudie, aangevuld met eigen observaties uit de stagecontext en een praktijkgesprek met een cliënte bij de Dienst Inclusieve Ondersteuning (DIO) van Alvinnenberg VZW. De bevindingen zijn gebaseerd op bestaande wetenschappelijke publicaties en praktijkgerichte tools, maar worden waar mogelijk gekoppeld aan eigen waarnemingen vanuit de dagelijkse begeleidingspraktijk en aan dit gesprek. Bij de verwerking van het praktijkgesprek heb ik de deontologie voorop gesteld: het gesprek werd gevoerd met geïnformeerde toestemming, volledig geanonimiseerd, en ik heb enkel die fragmenten gebruikt die rechtstreeks relevant zijn voor de onderzoeksvraag. Tegelijk past hier een belangrijke kanttekening: het gaat om de getuigenis van één cliënte, wat betekent dat haar ervaringen illustratief maar niet veralgemeenbaar zijn. Ze bevestigen of verfijnen patronen uit de literatuur, maar vervangen die niet. Waar mogelijk is daarnaast gekozen voor recente en Nederlandstalige of Europese bronnen, om de aansluiting bij de Vlaamse zorgcontext te versterken.

Een bijkomende kanttekening betreft de beperkte beschikbaarheid van Vlaamse of Belgische onderzoeksgegevens over LGBTQ+ personen met een verstandelijke beperking. De meeste gebruikte bronnen zijn afkomstig uit een internationale context (voornamelijk Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Ierland). Hoewel de zorgcontexten in deze landen vergelijkbaar zijn met de Vlaamse situatie, is enige voorzichtigheid geboden bij het rechtstreeks vertalen van bevindingen naar de lokale praktijk. Verschillen situeren zich bvb. in de organisatie en

financiering van de gehandicaptenzorg (in Vlaanderen sterk bepaald door de persoonsvolgende financiering), in het juridische kader rond gelijke rechten, en in de mate waarin holebi- en transthema's maatschappelijk bespreekbaar zijn. Ook cultureel-religieuze achtergronden en het bestaande vormingsaanbod voor begeleiders kunnen per land verschillen, waardoor bevindingen uit bvb. het Verenigd Koninkrijk niet zonder meer op de Vlaamse context toepasbaar zijn.

## 4 Bronnenonderzoek en bronverwerking

---

In dit hoofdstuk worden de geselecteerde bronnen thematisch verwerkt. De structuur volgt vijf deelthema's die samen een breed beeld schetsen van de huidige kennis over LGBTQ+ en genderdiversiteit binnen de residentiële zorg voor personen met een licht verstandelijke beperking.

### 4.1 LGBTQ+ en genderdiversiteit: van pathologisering naar affirmatieve zorg

Om het huidige kennisniveau en de heersende attitudes rond LGBTQ+ in de zorgsector te begrijpen, is het essentieel om stil te staan bij de historische context. De manier waarop samenlevingen en wetenschappelijke instellingen naar seksuele oriëntatie en genderidentiteit kijken, is de afgelopen decennia ingrijpend veranderd (De Wit et al., 2022). Deze verschuiving heeft directe gevolgen voor hoe begeleiders vandaag met LGBTQ+ cliënten omgaan.

Zoals ook aan bod komt binnen het opleidingsonderdeel Psychopathologie (Cockx, 2024), werd homoseksualiteit tot 1973 als psychiatrische stoornis opgenomen in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) van de American Psychiatric Association. Dit betekende dat homoseksuele personen per definitie als psychisch ziek werden beschouwd, met ingrijpende gevolgen voor hun behandeling en maatschappelijke positie: zo werden in het verleden onder de noemer van 'genezing' behandelingen toegepast zoals aversietherapie, opname in psychiatrische instellingen of hormonale ingrepen, en bleef homoseksualiteit lange tijd strafbaar of sociaal onaanvaardbaar. Pas in 1990 schrapte de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) homoseksualiteit uit de International Classification of Diseases (ICD). Genderdysforie<sup>1</sup> wordt in de huidige DSM-5 niet langer als stoornis op zich beschouwd, maar als een conditie die behandeling kan vragen wanneer er sprake is van lijdensdruk<sup>2</sup> (American Psychiatric Association, 2013).

Deze verschuiving van pathologisering naar normalisering en uiteindelijk naar affirmatieve zorg is van groot belang voor de orthopedagogische praktijk. Affirmatieve zorgverlening houdt in dat hulpverleners de seksuele oriëntatie en genderidentiteit van cliënten eerst herkennen, met andere woorden er oog voor hebben en ze niet over het hoofd zien, en ze vervolgens erkennen, respecteren en actief ondersteunen als een normaal onderdeel van

---

<sup>1</sup> Genderdysforie verwijst naar het aanhoudende gevoel van onbehagen of spanning dat kan ontstaan wanneer de genderidentiteit van een persoon niet overeenstemt met het bij de geboorte toegewezen geslacht (American Psychiatric Association, 2013).

<sup>2</sup> Met lijdensdruk wordt de klinisch betekenisvolle psychische last bedoeld die een persoon ervaart; pas wanneer die last aanwezig is, kan binnen de DSM-5 sprake zijn van een diagnose die behandeling kan vragen (American Psychiatric Association, 2013).

menselijke diversiteit (De Wit et al., 2022). Dat herkennen is geen vanzelfsprekende eerste stap: net door heteronormatieve aannames en de deseksualisering van personen met een LVB blijven hun seksuele oriëntatie en genderidentiteit vaak onzichtbaar, waardoor er niets is om te erkennen of te ondersteunen. Het gaat niet om 'tolerantie' in de zin van 'we accepteren het wel', maar om actieve erkenning en het creëren van ruimte voor identiteitsbeleving. Concreet wordt die verschuiving van pathologie naar affirmatie zichtbaar in de dagelijkse praktijk: waar een coming-out vroeger kon leiden tot doorverwijzing of 'behandeling', betekent affirmatieve zorg vandaag dat een begeleider de identiteit van een cliënt bevestigt, diens gekozen naam en voornaamwoorden hanteert, ruimte maakt voor een relatie of voor zichtbaarheid in de leefgroep, en het thema spontaan en zonder oordeel bespreekbaar maakt. Het verschil zit dus niet in het louter 'toelaten', maar in het actief mee vormgeven van een omgeving waarin de cliënt zichzelf mag zijn.

Dat de gevolgen van die pathologiserende blik tot op vandaag voelbaar zijn, werd me duidelijk in een kort, informeel gesprek met een oudere homoseksuele cliënt in mijn huidige stagecontext. Hij vertelde me, op eigen initiatief, dat begeleiders in een vroegere voorziening erg negatief reageerden op zijn geaardheid, en dat sommigen zelfs vonden dat hij 'naar de psychiater' moest omwille van het feit dat hij homo is. Sinds zijn verblijf bij zijn huidige voorziening ervaart hij de begeleiding daarentegen als open en niet-oordelend. Deze observatie noteerde ik niet als formeel interview maar als mondelinge praktijkobservatie; ze is daarom illustratief en niet veralgemeenbaar. Toch is ze veelzeggend: ze toont hoe het idee dat homoseksualiteit een te 'behandelen' afwijking zou zijn, ondanks de formele depathologisering in DSM en ICD, in de leefwereld van een cliënt kan blijven doorwerken, en hoe sterk het verschil voelbaar is wanneer een omgeving wél affirmatief is.

Binnen het opleidingsonderdeel Psychopathologie wordt aandacht besteed aan classificatiesystemen en hun evolutie. Dit biedt een waardevol kader om te begrijpen hoe wetenschappelijke opvattingen over seksuele oriëntatie zijn veranderd, en waarom bepaalde verouderde ideeën nog steeds kunnen doorsijpelen in de praktijk van begeleiders. Wanneer begeleiders in hun opleiding of ervaring nog geconfronteerd werden met oudere modellen die homoseksualiteit als afwijking benaderen, kan dit, bewust of onbewust, hun professioneel handelen beïnvloeden. De Wit et al. (2022) tonen aan dat dergelijke restrictieve attitudes bij begeleiders de vrije seksuele expressie van cliënten daadwerkelijk kunnen beperken, wat deze inschatting ondersteunt.

Een bruikbaar educatief hulpmiddel in dit verband is het Genderkoekmodel, ontwikkeld door Çavaria op basis van het internationale Genderbread Person (Çavaria, z.d.). Dit model brengt de verschillende dimensies van identiteit namelijk genderidentiteit, genderexpressie, seksuele oriëntatie, romantische aantrekking en biologische seksekenmerken, visueel en apart van elkaar in kaart. Het maakt abstracte begrippen toegankelijk, ook voor personen met een verstandelijke beperking, en kan ingezet worden in vormingen en

begeleidingsgesprekken. Het model toont onder meer dat genderidentiteit (hoe iemand zich van binnen voelt) losstaat van genderexpressie (hoe iemand zich naar buiten presenteert), en dat seksuele oriëntatie weer een andere dimensie is dan romantische aantrekking. Door deze dimensies visueel te scheiden, wordt duidelijk dat er niet zoiets bestaat als 'één manier om man of vrouw te zijn', wat bijzonder bevrijdend kan werken voor cliënten die worstelen met hun identiteit. Dit sluit aan bij Stoffelen et al. (2018), die wijzen op het belang van toegankelijke informatie en positieve rolmodellen voor de ontwikkeling van een positief zelfbeeld bij personen met een LVB.

## 4.2 Minderheidsstress en specifieke kwetsbaarheden bij personen met een LVB

Het concept minderheidsstress verwijst naar de chronische psychosociale stress die mensen uit gemarginaliseerde groepen ervaren als gevolg van hun minderheidspositie (McCann et al., 2016). Voor LGBTQ+ personen omvat dit onder meer ervaringen met discriminatie, verwachting van afwijzing, het verbergen van de eigen identiteit en geïnternaliseerde homonegativiteit. McCann et al. (2016) verwijzen in hun review expliciet naar dit gegeven en koppelen het aan de verhoogde psychische kwetsbaarheid die bij LGBTQ+ personen wordt vastgesteld, niet als gevolg van hun oriëntatie op zich, maar van de aanhoudende sociale druk en uitsluiting die ermee gepaard gaan.

Voor personen met een licht verstandelijke beperking die ook LGBTQ+ zijn, is deze problematiek bijzonder complex. McCann et al. (2016) spreken in hun systematische review van een 'layered stigma', een gelaagd stigma waarbij de stigmatisering als persoon met een beperking en als LGBTQ+ persoon op elkaar gestapeld worden. Dat gelaagde karakter is meer dan een optelsom: de twee stigma's versterken elkaar en werken op elkaar in. Zo kan de aanname dat personen met een LVB 'aseksueel' of als een kind zouden zijn (deseksualisering) ertoe leiden dat hun seksuele oriëntatie of genderidentiteit niet eens serieus genomen of herkend wordt, terwijl de heteronormatieve omgeving tegelijk veronderstelt dat zij sowieso heteroseksueel zijn. Daardoor wordt hun LGBTQ+-identiteit langs twee kanten onzichtbaar gemaakt.

Dit leidt tot wat in de wetenschappelijke literatuur beschreven wordt als dubbele of meervoudige kwetsbaarheid. Wat deze specifieke combinatie van LVB en LGBTQ+ kenmerkt en onderscheidt van andere vormen van meervoudige kwetsbaarheid, is de samenloop van drie elementen. Ten eerste maakt de cognitieve beperking het moeilijker om de eigen gevoelens te benoemen, informatie op te zoeken en grenzen aan te geven, net op een domein dat al complex en taboegevoelig is. Ten tweede zijn deze personen voor informatie, sociale contacten en de toegang tot de LGBTQ+-gemeenschap in sterke mate afhankelijk van dezelfde begeleiders en familieleden die het thema vaak net niet bespreekbaar maken. Ten

derde ontbreken herkenbare rolmodellen vrijwel volledig, waardoor er nauwelijks een referentiekader is om de eigen identiteit aan te spiegelen. Waar bvb. een holebipersoon zonder beperking doorgaans zelfstandig informatie en lotgenoten kan vinden, en een heteroseksuele persoon met een LVB kan terugvallen op zichtbare voorbeelden in de omgeving, vallen voor LGBTQ+ personen met een LVB beide vangnetten tegelijk weg. Stoffelen et al. (2018) illustreren dit concreet in hun exploratief onderzoek bij tien lesbische en biseksuele vrouwen met een lichte verstandelijke beperking in Nederland. De deelnemers rapporteerden gevoelens van eenzaamheid, depressie en angst. Verschillende vrouwen gaven aan zich 'anders' te voelen dan anderen in hun leefomgeving, zonder dit goed te kunnen verwoorden of bespreken met hun omgeving. Eén deelnemer beschreef hoe ze jarenlang het gevoel had dat er 'iets mis' was met haar, omdat ze nergens bevestiging vond voor haar gevoelens. Het gebrek aan rolmodellen, met name andere LGBTQ+ personen met een LVB die zichtbaar en openlijk leven, versterkte hun isolement. Waar heteroseksuele personen met een LVB in hun directe omgeving doorgaans wel voorbeelden van relaties en partnerschap zien, blijken zulke zichtbare voorbeelden voor LGBTQ+ personen met een LVB veel schaarser of zelfs afwezig. Het gaat hier niet om een absolute wetmatigheid, maar om een tendens die in het onderzoek van Stoffelen et al. (2018) naar voren komt: de deelnemers gaven aan nauwelijks andere lesbische of biseksuele vrouwen te kennen en weinig herkenning te vinden in hun omgeving. Dat een individuele cliënt wél een rolmodel heeft, is uiteraard mogelijk; het punt is dat dit voor deze groep veel minder vanzelfsprekend is dan voor heteroseksuele leeftijdsgenoten. Stoffelen et al. (2018) stellen daarnaast vast dat deze vrouwen doorgaans over een beperkt sociaal netwerk beschikken en voor sociale contacten en informatie sterk aangewezen zijn op hun begeleiders, wat hun afhankelijkheid en daarmee hun kwetsbaarheid vergroot. Vanuit het opleidingsonderdeel Sociaalwerktheorie (Nivelle et al., 2025) is het concept empowerment hier bijzonder relevant. Empowerment vertrekt vanuit de kracht van de persoon en streeft ernaar om cliënten in staat te stellen om zelf controle te krijgen over hun leven en keuzes. Voor LGBTQ+ personen met een LVB betekent dit concreet: toegang tot begrijpelijke informatie over seksuele oriëntatie en genderidentiteit, mogelijkheden om gelijkgestemden te ontmoeten, en een omgeving die hen hierin actief ondersteunt. Die ondersteunende omgeving reikt verder dan de begeleiders alleen: ook het gezin, de familie en de bredere kring rond de cliënt spelen een belangrijke rol, zeker omdat net die naasten mee bepalen of een identiteit thuis en in de directe omgeving bespreekbaar is. Stoffelen et al. (2018) en De Wit et al. (2022) wijzen er trouwens op dat ook familieleden vaak onzeker of terughoudend zijn, waardoor zij even goed nood hebben aan informatie en ondersteuning. In dit eindwerk leg ik de focus echter bewust op de begeleiders in residentiële zorgsettings, omdat zij in de dagelijkse leefcontext het dichtst bij de cliënt staan, omdat de begeleidingsrelatie het concrete vertrekpunt van mijn onderzoeksvraag vormt, en omdat de

cliënten in deze context voor een groot deel van hun sociale leven net op die begeleiders aangewezen zijn. De rol van het netwerk wordt daarbij niet ontkend, maar valt grotendeels buiten de afbakening van dit praktijkgerichte onderzoek.

Het is hierbij belangrijk om stil te staan bij wat McCann et al. (2016) beschrijven als intersectionaliteit: de manier waarop verschillende vormen van ongelijkheid en discriminatie op elkaar inwerken en elkaar versterken. Voor LGBTQ+ personen met een verstandelijke beperking betekent dit dat hun ervaringen niet begrepen kunnen worden door enkel naar hun beperking óf enkel naar hun seksuele oriëntatie te kijken. Het is precies de combinatie van beide die het 'layered stigma' creëert dat de onderzoekers beschrijven: een gelaagd stigma waarbij de stigmatisering als persoon met een beperking en als LGBTQ+ persoon op elkaar gestapeld worden. Begeleiders die vanuit dit perspectief werken, houden rekening met deze gelaagdheid en benaderen de cliënt als een geheel persoon, niet als een optelsom van afzonderlijke kenmerken.

#### 4.3 Kennis en handelingsverlegenheid bij begeleiders in residentiële zorg

Een rode draad doorheen de bestudeerde literatuur is de vaststelling dat begeleiders in de zorg voor personen met een verstandelijke beperking vaak onzeker zijn over hoe ze moeten omgaan met seksualiteit in het algemeen, en met seksuele en genderdiversiteit in het bijzonder (McCann et al., 2016; De Wit et al., 2022). Deze onzekerheid wordt in de literatuur omschreven als 'handelingsverlegenheid': zorgprofessionals willen het thema wel bespreken, maar missen de kennis, het vertrouwen of de handvatten om dit adequaat te doen.

De Wit et al. (2022) bieden in hun systematische review van 31 studies een genuanceerd beeld van de attitudes van begeleiders en familieleden. Ze stellen vast dat er zowel ondersteunende als restrictieve houdingen bestaan. Ondersteunende houdingen uiten zich bvb. in het erkennen van het recht op seksualiteit en relaties, het bespreekbaar maken van het thema, het bieden van ruimte en privacy, en het actief ondersteunen van de identiteitsbeleving van de cliënt. Restrictieve houdingen zijn daarentegen attitudes die de seksuele expressie of identiteitsontwikkeling van cliënten beperken, bvb. door het thema consequent te vermijden, door afwijzende reacties op een coming-out, of door seksuele oriëntatie als niet-relevant te beschouwen in de begeleiding.

Belangrijk is dat het hier niet om een scherpe tweedeling gaat waarbij een begeleider ofwel volledig ondersteunend ofwel volledig restrictief is. De Wit et al. (2022) tonen net aan dat attitudes op een spectrum liggen en sterk afhangen van het concrete onderwerp. Eenzelfde begeleider kan zich op het abstracte niveau heel positief uitspreken ('iedereen heeft recht op seksualiteit'), maar terughoudender of restrictiever reageren zodra het over concrete situaties gaat, zoals een effectieve relatie, geslachtsgemeenschap of een gelijkgeslachtelijke

relatie. Naarmate de vorm van seksuele expressie specifieker wordt, worden attitudes dus voorzichtiger; voor homoseksualiteit en andere vormen van diversiteit ligt die drempel doorgaans nog wat hoger. Het gaat met andere woorden zelden om uitgesproken onwil, maar veeleer om een glijdende schaal waarop dezelfde persoon afhankelijk van de situatie ondersteunend of net behoedzaam reageert.

De onderzoekers benadrukken bovendien dat de seksuele behoeften van bepaalde subgroepen, waaronder LGBTQ+ personen met een LVB, opvallend weinig aandacht krijgen in zowel beleid als dagelijkse praktijk. Dit uit zich bvb. doordat het thema zelden in begeleidingsplannen of organisatiebeleid wordt opgenomen, doordat seksueel of intiem gedrag bij deze groep eerder als 'vriendschap' of zelfexploratie wordt geduid dan als een uiting van een seksuele behoefte, en doordat de aanname leeft dat mensen met een (ernstigere) beperking sowieso weinig seksuele behoeften zouden hebben. Daardoor blijven net die behoeften die extra ondersteuning vragen, grotendeels onzichtbaar.

McCann et al. (2016) bevestigen dit en voegen eraan toe dat begeleiders vaak het vertrouwen missen om seksualiteit te bespreken met hun cliënten. Ze noemen dit een gebrek aan 'confidence' dat deels voortkomt uit onvoldoende vorming, maar ook uit persoonlijke onzekerheid over het thema. In hun review van veertien studies komt naar voren dat discriminerende attitudes bij sommige medewerkers het welzijn van LGBTQ+ cliënten rechtstreeks ondermijnen. Tegelijk benadrukken ze dat veel begeleiders wél bereid zijn om inclusief te werken, maar simpelweg niet weten hoe.

Deze handelingsverlegenheid heeft concrete gevolgen voor cliënten. Wanneer begeleiders het thema vermijden, krijgen cliënten impliciet de boodschap dat hun seksuele oriëntatie of genderidentiteit niet bespreekbaar is. Dit kan gevoelens van schaamte, isolement en geïnternaliseerd stigma versterken. Het creëert een vicieuze cirkel: cliënten durven het thema niet aankaarten omdat ze geen signalen krijgen dat het welkom is, en begeleiders bespreken het niet omdat cliënten er 'toch niet over beginnen'. Deze dynamiek sluit aan bij wat in de literatuur wordt beschreven als de 'onzichtbaarheid' van LGBTQ+ personen met een LVB en bij de gevoelens van isolement en het geïnternaliseerde stigma die daaruit voortvloeien (McCann et al., 2016; Stoffelen et al., 2018).

Vanuit het opleidingsonderdeel Beroepsethiek (Vissers, 2025) is hier de deontologische verantwoordelijkheid van begeleiders aan de orde. Orthopedagogisch handelen vertrekt vanuit respect voor de autonomie en identiteit van de cliënt. Het recht op identiteitsbeleving, waaronder seksuele oriëntatie en genderidentiteit, is een fundamenteel mensenrecht. Het niet-bespreken van seksuele of genderdiversiteit kan, hoe goedbedoeld ook, een vorm van uitsluiting zijn. Beroepsethisch gezien hebben begeleiders de plicht om een veilige ruimte te creëren waarin cliënten hun volledige identiteit kunnen beleven en bespreken, ook wanneer dit thema buiten hun eigen comfortzone valt (Vissers, 2025).

Dit roept meteen een belangrijk struikelblok op: hoe kan een begeleider een thema bespreekbaar maken waarmee hij of zij zelf worstelt? Vorming en kennis zijn hierin een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde. Heldere informatie over seksuele en genderdiversiteit verlaagt de handelingsverlegenheid en geeft begeleiders handvatten, maar attitudes, eigen waarden, schaamte en onzekerheid laten zich niet louter door kennis wegnemen. De literatuur wijst er bovendien op dat individuele bereidheid weinig oplevert zonder ondersteunend organisatiebeleid, duidelijke richtlijnen en steun vanuit het management (De Wit et al., 2022; McCann et al., 2016). Een realistische aanpak combineert dan ook drie sporen: kennis (vorming), houding (reflectie op de eigen attitudes en grenzen) en structuur (beleid, intervisie en de mogelijkheid om te kunnen terugvallen op collega's of externe expertise). Een begeleider hoeft met andere woorden niet zelf alle antwoorden te hebben, maar moet wel in staat zijn om het gesprek te openen, het thema niet te vermijden, en waar nodig door te verwijzen.

#### 4.4 Bespreekbaarheid van seksuele en genderdiversiteit vanuit cliëntperspectief

De stem van LGBTQ+ personen met een verstandelijke beperking zelf is in het onderzoek lange tijd onderbelicht gebleven. De beschikbare studies tonen echter een consistent en duidelijk beeld: bespreekbaarheid is een kernprobleem.

Stoffelen et al. (2018) beschrijven hoe de deelnemers aan hun onderzoek aangaven dat het moeilijk was om met begeleiders te praten over hun seksuele oriëntatie. Verschillende vrouwen hadden het gevoel dat het onderwerp niet welkom was, of dat hun begeleiders er niet comfortabel bij waren. Sommigen hadden negatieve reacties meegemaakt bij een coming-out, wat hen weerhield om er opnieuw over te beginnen. De onderzoekers stelden ook vast dat de vrouwen weinig toegang hadden tot informatie over lesbische of biseksuele identiteit in een voor hen begrijpelijke vorm. Bestaand voorlichtingsmateriaal was vaak te abstract, te talig of niet gericht op hun specifieke situatie.

Dit beeld uit de literatuur sluit nauw aan bij wat naar voren kwam in het praktijkgesprek dat ik voerde met een transgender cliënte uit mijn stagecontext (hierna 'Lena', een pseudoniem). Lena vertelde dat haar genderidentiteit in eerdere residentiële begeleidingstrajecten nooit ter sprake kwam: de begeleiding was er sterk gericht op andere kaders, en het thema bleef jarenlang 'achtergebleven', zoals ze het zelf verwoordde. Ze functioneerde lange tijd vanuit wat ze omschreef als een 'masker', omdat er noch de ruimte, noch het kader was om bij haar genderbeleving stil te staan. Dat sluit rechtstreeks aan bij de vaststelling van Stoffelen et al. (2018) dat het thema voor cliënten vaak niet als welkom aanvoelt. Daarnaast bevestigde Lena het belang van toegankelijke kennis: ze merkte op dat veel mensen bij autisme wél een beeld hebben, maar bij een transgenderidentiteit niet, en

dat er in de zorg te weinig basiskennis aanwezig is. Tegelijk nuanceerde ze dit zelf, en die nuance is waardevol: ze pleitte niet voor diepgaande expertise bij elke begeleider, maar voor een evenwicht, namelijk genoeg basiskennis om het thema te kunnen benoemen en kaderen, maar niet zo veel dat begeleiders verstrikt raken in foutieve aannames. Volgens haar zou 'een sessie of twee' om basistermen zoals homo, trans en non-binair te leren benoemen al een groot verschil maken.

Het gebrek aan rolmodellen is een terugkerend thema in de literatuur. Wanneer cliënten geen andere LGBTQ+ personen kennen, niet in hun directe omgeving en niet via media of voorlichtingsmateriaal, wordt het moeilijker om een positief zelfbeeld te ontwikkelen rond hun seksuele oriëntatie of genderidentiteit. McCann et al. (2016) pleiten daarom voor peer support groepen: veilige ruimtes waar LGBTQ+ personen met een LVB elkaar kunnen ontmoeten en ervaringen kunnen delen. Dergelijke initiatieven worden in de internationale literatuur beschreven (McCann et al., 2016), maar zijn in de Vlaamse context naar mijn vaststelling nog schaars; specifiek Vlaams aanbod voor net deze doelgroep is nauwelijks terug te vinden.

Een structureel mechanisme dat de bespreekbaarheid bemoeilijkt, is heteronormativiteit: de impliciete aanname dat iedereen heteroseksueel en cisgender is, tenzij het tegendeel blijkt. McCann et al. (2016) wijzen erop dat heteronormatieve aannames in de zorg de zichtbaarheid van LGBTQ+ personen met een verstandelijke beperking verder verkleinen en hun marginalisering versterken. In de praktijk uit dit zich vaak in ogenschijnlijk neutrale routines: gesprekken die standaard uitgaan van een partner van het andere geslacht, intakeformulieren die enkel ruimte laten voor een man-vrouwrelatie, of een leefomgeving zonder enig zichtbaar signaal van openheid. Voor cliënten die toch al kwetsbaar en afhankelijk zijn van hun begeleiders, werkt die stilzwijgende norm als een extra drempel om hun identiteit ter sprake te brengen.

De rol van de begeleider is hierin cruciaal. Een begeleider die het thema actief en respectvol aankaart, bijvoorbeeld door in een begeleidingsgesprek ruimte te maken voor vragen over relaties en identiteit, signaleert daarmee dat het oké is om erover te praten. Dit vraagt niet per se uitgebreide kennis, maar wel een open houding, basiskennis over seksuele en genderdiversiteit en de bereidheid om door te verwijzen wanneer eigen kennis tekortschiet. Het gaat om het signaal dat de persoon als geheel gezien wordt, inclusief seksuele oriëntatie en genderidentiteit.

Een bijkomend aandachtspunt dat uit de literatuur naar voren komt, is het belang van taal en communicatie. Cliënten met een licht verstandelijke beperking hebben vaak een beperktere woordenschat om gevoelens rond seksualiteit en identiteit te verwoorden; Stoffelen et al. (2018) beschrijven hoe hun deelnemers het moeilijk vonden om zich verbaal uit te drukken en zich 'anders' voelden zonder dit goed te kunnen benoemen. Concreet kan dit betekenen dat een cliënt wel aanvoelt verliefd te zijn op iemand van

hetzelfde geslacht, maar niet over de woorden beschikt om dit een naam te geven of het verschil tussen vriendschap en verliefdheid te verwoorden. Bestaande voorlichtingsmaterialen zijn bovendien vaak te complex of te abstract. Stoffelen et al. (2018) benadrukken dat er nood is aan materiaal in eenvoudige en visuele taal, afgestemd op het begripsniveau van de doelgroep. De toolkit Op het kruispunt van Çavaria speelt hierop in met een transgendergids in toegankelijke taal, maar voor het bredere LGBTQ+-spectrum blijft het aanbod beperkt.

#### 4.5 Inclusief beleid en good practices in zorginstellingen

Naast wetenschappelijke literatuur bieden concrete tools en good practices uit het werkveld waardevolle aanknopingspunten voor een inclusievere begeleidingspraktijk. In dit deelhoofdstuk worden twee praktijkvoorbeelden besproken die specifiek gericht zijn op het kruispunt van LGBTQ+ zijn en een verstandelijke beperking hebben.

De toolkit 'Op het kruispunt', ontwikkeld door Çavaria in samenwerking met onder meer Konekt, GRIP vzw, Transgender Infopunt en Casa Rosa, richt zich specifiek op het kruispunt van LGBTI+ zijn en een handicap hebben. De toolkit bevat een inclusiescan waarmee organisaties kunnen nagaan in welke mate hun beleid, communicatie en dagelijkse werking LGBTQ+-inclusief zijn. Concrete vragen in deze scan gaan bvb. over of intakeformulieren ruimte bieden voor diverse gezinsvormen, of er in de huisregels rekening gehouden wordt met genderidentiteit, en of medewerkers vorming krijgen rond seksuele en genderdiversiteit. Daarnaast bevat de toolkit een transgendergids in toegankelijke taal, specifiek ontwikkeld voor mensen met een verstandelijke beperking.

Net rond zo'n transgendergids duiken belangrijke ethische vragen op. Het is daarbij essentieel om een onderscheid te maken: de gids is bedoeld om gendervragen bespreekbaar en begrijpelijk te maken en om een cliënt te helpen zijn of haar gevoelens te verwoorden. Het gaat dus om informatie, erkenning en gesprek, en niet om het aansturen op een medische transitie. Dat onderscheid is belangrijk, omdat het de inzet verschuift van een onomkeerbare beslissing naar het ondersteunen van identiteitsbeleving.

Tegelijk mag de spanning rond autonomie en wilsbekwaamheid niet terzijde geschoven worden. Vanuit het opleidingsonderdeel Beroepsethiek (Vissers, 2025) staat het respect voor de autonomie van de cliënt centraal: een persoon met een LVB heeft, net als ieder ander, recht op zelfbeschikking over de eigen identiteit. Tegelijk vraagt diezelfde beroepsethiek om zorgvuldigheid wanneer iemand de gevolgen van ingrijpende keuzes mogelijk moeilijker kan overzien. De kernvraag is dan niet of de cliënt 'mag' beslissen, maar hoe je hem of haar zo goed mogelijk ondersteunt om tot een weloverwogen, eigen keuze te komen, op een tempo en in een taal die bij de persoon passen. Ondersteunde

besluitvorming, waarbij de begeleider niet beslist vóór maar mee náást de cliënt, is hierin een belangrijk uitgangspunt.

Daarbij komt de vraag naar voldoende expertise: gendervragen bij personen met een LVB vormen een nichedomein waarin de combinatie van transzorg en verstandelijke beperking specifieke kennis vereist, die niet bij elke begeleider of organisatie aanwezig is. Het is dan ook aangewezen om samen te werken met gespecialiseerde partners, zoals het Transgender Infopunt, dat mee aan de basis van de toolkit lag. Ten slotte speelt ook het bredere netwerk een rol. Bij een jongere of een cliënt met een LVB kunnen ouders of familie sterk betrokken zijn en soms bezorgd of terughoudend reageren, bvb. uit angst dat hun kind een beslissing neemt die het niet overziet. De Wit et al. (2022) wijzen erop dat familieleden vaak onzeker zijn rond seksualiteit en gender. Een zorgvuldige aanpak houdt daarom rekening met die bezorgdheden en betreft het netwerk waar mogelijk, zonder daarbij de autonomie en de stem van de cliënt zelf uit het oog te verliezen. Dat de afweging tussen autonomie, bescherming en de rol van het netwerk niet eenduidig is, maakt net duidelijk waarom dit thema vraagt om zorgvuldige begeleiding en niet om eenvoudige antwoorden.

De instrumentenbox 'Zonder Stempel' (Begeleiding zonder stempel), oorspronkelijk ontwikkeld in 2016 en herzien in 2020, is een samenwerking tussen COC Nederland, LFB (belangenorganisatie van mensen met een LVB) en Vilans. Deze toolbox is specifiek gericht op begeleiders van cliënten met een licht verstandelijke beperking die LGBTQ+ gevoelens hebben of hierover vragen stellen. De box bevat zelfreflectie-instrumenten voor begeleiders (bvb. 'Wat zijn mijn eigen aannames over seksualiteit?'), gesprekshulpmiddelen om het thema laagdrempelig bespreekbaar te maken, werkvormen voor teamoverleg en ervaringsverhalen van LGBTQ+ personen met een LVB. Belangrijk is dat de instrumenten zijn ontwikkeld in samenwerking met ervaringsdeskundigen, wat de bruikbaarheid en herkenbaarheid vergroot.

Beide praktijkvoorbeelden illustreren dat er reeds concrete en bruikbare hulpmiddelen bestaan om de inclusiviteit van begeleiding te versterken. De uitdaging ligt vaak niet in het ontbreken van tools, maar in het onvoldoende bekend zijn ervan bij begeleiders en organisaties, en in het structureel inbedden van inclusie in het beleid en de werking van zorginstellingen. Dit sluit aan bij de literatuur, die het gebrek aan kennis, vorming en ondersteunend organisatiebeleid als centrale drempels aanwijst (De Wit et al., 2022; McCann et al., 2016). Dit is een verantwoordelijkheid die niet bij individuele begeleiders kan worden gelegd, maar die een organisatiebreed engagement vereist.

Vanuit mijn huidige stagecontext bij de Dienst Inclusieve Ondersteuning (DIO) van Alvinenberg VZW stel ik vast dat deze tools ook daar nog grotendeels onbekend zijn bij begeleiders, hoewel er wel individuele openheid bestaat voor het thema. De inclusiescan uit 'Op het kruispunt' zou bvb. concreet kunnen ingezet worden om na te gaan in welke mate de dagelijkse werking, communicatie en intakeprocedures van DIO LGBTQ+-inclusief zijn. De

zelfreflectie-instrumenten uit 'Zonder Stempel' bieden een laagdrempelig vertrekpunt voor teamoverleg, bvb. via de vraag 'Wat zijn mijn eigen aannames over seksualiteit bij cliënten?' als opening voor een teamgesprek. Dit sluit aan bij wat ik in mijn stageperiode observeerde: er is bereidheid, maar er ontbreekt een concreet kader om mee aan de slag te gaan. De tools zijn beschikbaar; het gaat erom ze ook effectief in te zetten.

## 5 Vaststellingen op basis van het onderzoek

---

Op basis van het bronnenonderzoek en de bronverwerking kunnen de volgende vaststellingen worden geformuleerd. Deze vaststellingen vormen de brug tussen het theoretisch kader en de aanbevelingen, en geven een samenvatting van de belangrijkste bevindingen uit de bestudeerde literatuur en praktijkvoorbeelden. Ze zijn gestructureerd rond vijf kernthema's die samen een beeld schetsen van de huidige stand van zaken en de uitdagingen die er nog liggen.

Samen vormen de vaststellingen een antwoord op de centrale onderzoeksvraag, namelijk hoe begeleiders in residentiële zorgsettings omgaan met LGBTQ+ en genderdiversiteit bij cliënten met een LVB, en welke ondersteuning kan bijdragen aan inclusieve begeleiding, en op de drie deelvragen. Vaststelling 1 en 3 beantwoorden vooral de vraag hoe begeleiders vandaag met het thema omgaan (de huidige situatie en de bespreekbaarheid ervan).

Vaststelling 2 verheldert waarom deze groep specifieke ondersteuning nodig heeft.

Vaststelling 4 en 5 richten zich op de vraag welke ondersteuning, tools en vorming kunnen bijdragen aan verbetering (de gewenste situatie). Op die manier lopen de vaststellingen rechtstreeks vooruit op de aanbevelingen.

### 5.1 Vaststelling 1: Er bestaat een aanzienlijke kloof tussen de welwillendheid van begeleiders en hun daadwerkelijke competentie om LGBTQ+-inclusief te werken

De bestudeerde literatuur toont consistent aan dat begeleiders in de residentiële zorg over het algemeen positief staan tegenover de seksuele rechten van cliënten met een verstandelijke beperking (De Wit et al., 2022). Dit komt overeen met mijn eigen praktijkbevindingen: in geen van mijn stagecontexten stuitte ik op een uitgesproken vijandige houding, en op mijn huidige stageplek bij DIO Alvinenberg gaan begeleiders zelfs positief en nieuwsgierig om met een transgender cliënt. Tegelijk blijkt, zowel uit de literatuur als uit die praktijk, dat deze welwillendheid niet automatisch leidt tot concreet inclusief handelen. Begeleiders missen vaak de kennis, het vertrouwen en de handvatten om seksuele en genderdiversiteit actief bespreekbaar te maken, en het thema komt zelden proactief aan bod (De Wit et al., 2022; McCann et al., 2016). Deze kloof tussen attitude en actie is een van de meest opvallende bevindingen in dit onderzoek. Het is dus doorgaans niet de onwil, maar veeleer een handelingsverlegenheid, met name een gebrek aan kennis en zekerheid, die de grootste barrière vormt. Dat geldt uiteraard niet voor elke situatie of elke begeleider in dezelfde mate, maar het vormt wel een herkenbaar en terugkerend patroon.

## 5.2 Vaststelling 2: LGBTQ+ personen met een LVB ervaren een dubbele kwetsbaarheid die specifieke ondersteuning vraagt

De combinatie van een verstandelijke beperking en een LGBTQ+ identiteit creëert een unieke positie van meervoudige kwetsbaarheid. McCann et al. (2016) beschrijven dit als 'layered stigma', waarbij stigmatisering op meerdere assen samenvloeit. Stoffelen et al. (2018) tonen aan dat dit zich vertaalt in concrete ervaringen van eenzaamheid, isolement, depressie en angst. De psychische impact van minderheidsstress wordt bij deze doelgroep versterkt door een samenloop van factoren die in de bronverwerking (zie 4.2) verder werden uitgediept: de cognitieve beperking maakt het moeilijker om gevoelens rond identiteit te benoemen en informatie zelfstandig op te zoeken, het sociale netwerk is doorgaans beperkter, en er is een grotere afhankelijkheid van begeleiders voor sociale contacten en informatievoorziening (Stoffelen et al., 2018). Net die combinatie maakt de kwetsbaarheid gelaagd en onderscheidt ze van andere vormen van meervoudige kwetsbaarheid. Vanuit kruispuntdenken is het essentieel dat begeleiders beide dimensies erkennen: niet enkel de beperking, maar ook de seksuele of genderidentiteit van de cliënt. Gebeurt dit niet, dan dreigt de cliënt op beide fronten onzichtbaar te blijven, wat de kwetsbaarheid enkel versterkt.

## 5.3 Vaststelling 3: De bespreekbaarheid van seksuele en genderdiversiteit is in residentiële zorgsettings onvoldoende gewaarborgd

Uit zowel het cliëntperspectief (Stoffelen et al., 2018) als het begeleidersperspectief (De Wit et al., 2022; McCann et al., 2016) blijkt dat seksuele oriëntatie en genderidentiteit zelden proactief besproken worden in de dagelijkse begeleiding. Het thema wordt eerder vermeden dan opgezocht, waardoor cliënten de impliciete boodschap krijgen dat hun identiteit niet welkom is. Het gebrek aan rolmodellen, toegankelijke informatie en een expliciet veilig gespreksklimaat versterkt dit probleem. Er ontbreekt in veel organisaties een structureel kader dat begeleiders ondersteunt om het thema aan te kaarten.

Dit probleem wordt versterkt door wat in de literatuur beschreven wordt als heteronormativiteit (zie 4.4; McCann et al., 2016): de impliciete aanname dat iedereen heteroseksueel en cisgender is, tenzij het tegendeel blijkt. In residentiële zorgsettings kan deze heteronormativiteit zich manifesteren in intakeformulieren die enkel ruimte bieden voor mannelijke of vrouwelijke partners, in gesprekken die standaard uitgaan van heteroseksuele relaties, of in het ontbreken van zichtbare signalen van LGBTQ+-inclusie in de leefomgeving. Voor cliënten die al kwetsbaar zijn en afhankelijk van hun begeleiders, vormt deze stilzwijgende norm een extra drempel om hun identiteit bespreekbaar te maken.

Het praktijkgesprek met Lena illustreert deze vaststelling treffend, en wel langs twee kanten. Enerzijds beschreef zij hoe haar genderidentiteit in eerdere trajecten nooit bespreekbaar werd gemaakt en jarenlang onbenoemd bleef. Anderzijds gaf ze aan dat het net twee begeleiders in haar huidige context waren die haar de ruimte gaven om die stap wél te zetten. Wat dat verschil maakte, was volgens haar geen uitgebreide kennis, maar een houding: begeleiders die rust uitstraalden, die naar ‘de persoon achter het masker’ keken in plaats van naar wat iemand zich voordoet, en die nieuwsgierig en zonder oordeel reageerden. Tegelijk vertelde ze dat ze vroeger heel bewust selecteerde met wie ze haar verhaal deelde: bij begeleiders waarvan ze het gevoel had dat ze er niet terecht kon, liet ze het thema gewoon niet aan bod komen. Dat bevestigt hoe sterk bespreekbaarheid afhangt van het signaal dat een begeleider, bewust of onbewust, uitzendt, en hoezeer cliënten zich daarop afstemmen.

#### 5.4 Vaststelling 4: Er bestaan reeds bruikbare tools en good practices, maar deze zijn onvoldoende bekend en ingebed

Zowel de toolkit ‘Op het kruispunt’ (Çavaria) als de instrumentenbox ‘Zonder Stempel’ (COC Nederland, LFB, Vilans) bieden concrete en direct toepasbare hulpmiddelen voor begeleiders en organisaties. Toch blijkt uit de literatuur en de praktijkervaring dat deze tools vaak niet gekend zijn bij individuele begeleiders, en dat organisaties niet altijd structureel investeren in LGBTQ+-inclusief beleid. Waar er wel aandacht voor is, blijkt die vaak eerder ad hoc en persoonsafhankelijk dan structureel verankerd: het hangt dan af van de gedrevenheid van een individuele begeleider of van een concrete aanleiding, zoals een cliënt die zich outt, eerder dan van een vast beleidskader of terugkerende vorming. Bij DIO Alvinenberg merkte ik bvb. dat de openheid tegenover een transgender cliënt vooral voortkwam uit de persoonlijke betrokkenheid van enkele begeleiders, en niet uit een organisatiebreed, op voorhand uitgewerkt beleid rond seksuele en genderdiversiteit.

De uitdaging is niet zozeer het ontwikkelen van nieuwe tools, maar het bekendmaken, implementeren en structureel inbedden van bestaande hulpmiddelen in de dagelijkse werking. De kloof tussen wat beschikbaar is en wat daadwerkelijk gebruikt wordt, is een belangrijk aandachtspunt voor zowel opleidingen als zorginstellingen. Dit stelde ik ook vast bij DIO Alvinenberg: geen van de begeleiders waarmee ik in contact kwam, kende de instrumentenbox ‘Zonder Stempel’ of de toolkit ‘Op het kruispunt’.

#### 5.5 Vaststelling 5: Vorming en sensibilisatie zijn essentieel, maar moeten structureel en doorlopend zijn

McCann et al. (2016) pleiten in hun review nadrukkelijk voor gestructureerde vormingstrajecten voor begeleiders, gericht op het vergroten van kennis en vertrouwen in

het omgaan met LGBTQ+ cliënten. Eenmalige vormingen zijn onvoldoende; het gaat om een continu proces van bewustwording, reflectie en deskundigheidsbevordering. De Wit et al. (2022) ondersteunen dit en benadrukken dat ook persoonlijke waarden en overtuigingen van begeleiders een rol spelen in hun houding, wat vraagt om ruimte voor zelfreflectie naast kennisoverdracht. Dit raakt een belangrijke beroepsethische component (Vissers, 2025): begeleiders hebben recht op hun eigen overtuigingen, maar de professionele context vraagt dat zij het recht van de cliënt op identiteitsbeleving niet laten overstemmen door die persoonlijke opvattingen. De grens ligt met andere woorden bij het professioneel handelen, niet bij het privé-denken.

Vorming moet dan ook niet enkel gericht zijn op het bijbrengen van feiten, maar ook op het ontwikkelen van een professionele attitude die ruimte laat voor diversiteit. Daarbij rijst de vraag wie die attitude vormgeeft en hoe ver ze van begeleiders gevraagd mag worden. Realistisch gezien is dit een gedeelde verantwoordelijkheid: de opleiding legt de basis, de overkoepelende beroepsethische kaders en de sectorbrede richtlijnen geven richting, en de individuele organisatie vertaalt dit naar concrete verwachtingen en ondersteuning. Wat redelijkerwijs van begeleiders gevraagd kan worden, is geen verandering van hun persoonlijke waarden, maar wel een professionele basishouding van respect, het bespreekbaar houden van het thema, en de bereidheid om door te verwijzen of bij te leren waar de eigen kennis tekortschiet. Zo blijft de lat haalbaar en wordt niemand verplicht zijn of haar overtuigingen op te geven, terwijl de cliënt toch op een veilige en respectvolle begeleiding kan rekenen.

Wat deze vaststelling bijzonder maakt, is dat ze niet alleen vanuit de literatuur maar ook vanuit het cliëntperspectief zelf wordt onderschreven. In het praktijkgesprek bracht Lena spontaan een pleidooi voor net zo'n basisvorming. Volgens haar zou 'een sessie of twee' al volstaan om begeleiders de kernbegrippen rond seksuele en genderdiversiteit te leren benoemen en kaderen, zonder dat een volledige cursus nodig is. Ze koppelde daar meteen een belangrijke voorwaarde aan, die helemaal aansluit bij het onderscheid tussen kennis en houding dat hierboven werd gemaakt: het allerbelangrijkste is volgens haar niet dat een begeleider begrijpt hoe het is om transgender te zijn, maar dat hij of zij respect kan opbrengen voor de mens achter elke identiteit. Ze verwoordde het als het kijken 'achter het masker', waar telkens een mens zit. Daarmee legt ze, vanuit haar eigen ervaring, exact dezelfde grens als de beroepsethiek: begrip is mooi maar niet vereist, een respectvolle professionele basishouding is dat wél. Dat een cliënte uit de doelgroep zelf tot diezelfde conclusie komt, versterkt de onderbouwing van deze vaststelling.

Concreet voor DIO Alvinenberg betekent dit dat vorming niet als eenmalig afvinkpunt kan worden beschouwd, maar als een doorlopend onderdeel van de teamcultuur, bvb. via terugkerende reflectiemomenten in teamvergaderingen of via de zelfreflectie-instrumenten uit de instrumentenbox 'Zonder Stempel'. Gezien ik bij DIO vaststelde dat de openheid

vooral persoonsafhankelijk is, zou net zo'n structurele inbedding helpen om de huidige, individueel gedragen welwillendheid om te zetten in een gedeeld teamengagement. Concrete eerste stappen die haalbaar zijn binnen deze context, zijn bvb. het thema een vaste plaats geven op de teamagenda, de bestaande tools samen verkennen tijdens een teammoment, en afspraken maken over hoe het team omgaat met vragen rond gender en seksuele oriëntatie, zodat individuele begeleiders er niet alleen voor staan.

## 6 Aanbevelingen

---

Op basis van de vaststellingen en de SWOT-analyse (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats; zie bijlagen) worden hieronder vier aanbevelingen geformuleerd: twee op microniveau (gericht op de individuele begeleidingsrelatie) en twee op mesoniveau (gericht op team en organisatie). Elke aanbeveling is onderbouwd met het theoretisch kader en biedt concrete handvatten voor implementatie. De aanbevelingen zijn zo geformuleerd dat ze aansluiten bij de dagelijkse praktijk van begeleiders en bij het bestaande aanbod aan tools en good practices. In lijn met de brede insteek van dit eindwerk zijn ze op maat geformuleerd van residentiële zorgsettings voor personen met een licht verstandelijke beperking en van soortgelijke zorgcontexten, met de Dienst Inclusieve Ondersteuning (DIO) van Alvinenberg VZW telkens als concreet toepassingsvoorbeeld.

### 6.1 Microniveau, aanbeveling 1: Maak seksuele en genderdiversiteit actief bespreekbaar in de individuele begeleiding

De eerste aanbeveling op microniveau is dat begeleiders seksuele oriëntatie en genderidentiteit actief en proactief bespreekbaar maken in hun begeleidingsrelatie met cliënten. Dit betekent niet dat het thema geforceerd aan bod moet komen, maar wel dat begeleiders signaleren dat het oké is om erover te praten. Een concrete manier om dit te doen is door bij intake- of kennismakingsgesprekken standaard ruimte te voorzien voor vragen over relaties, identiteit en seksualiteit, op een manier die aansluit bij het begripsniveau van de cliënt. Bij DIO Alvinenberg zou dit bvb. kunnen betekenen dat in het begeleidingsplan een standaard aandachtspunt rond identiteit en relaties wordt opgenomen, en dat begeleiders bij het opstarten van een nieuw begeleidingstraject dit thema actief uitnodigen, en niet als aparte sessie, maar als onderdeel van het gewone kennismakingsgesprek.

Stoffelen et al. (2018) tonen aan dat cliënten met een LVB moeite hebben om zelf het initiatief te nemen om over hun seksuele oriëntatie te praten. Wanneer de begeleider het thema normaliseert door het zelf aan te kaarten, verlaagt dit de drempel aanzienlijk. Het Genderkoekmodel van Çavaria (z.d.) kan hierbij als visueel hulpmiddel dienen: het maakt abstracte begrippen concreet en toegankelijk, ook voor cliënten met een beperking. Deze aanbeveling is onderbouwd vanuit het beroepsethisch kader: begeleiders hebben de professionele verantwoordelijkheid om een veilige ruimte te creëren waarin cliënten hun volledige identiteit kunnen beleven.

### 6.2 Microniveau, aanbeveling 2: Ondersteun de identiteitsontwikkeling van LGBTQ+ cliënten door toegang tot rolmodellen en peersupport

De tweede aanbeveling op microniveau is dat begeleiders actief bijdragen aan de identiteitsontwikkeling van LGBTQ+ cliënten door hen in contact te brengen met rolmodellen en mogelijkheden voor peersupport. McCann et al. (2016) pleiten expliciet voor peer support groepen: veilige ruimtes waar LGBTQ+ personen met een LVB elkaar kunnen ontmoeten.

Concreet kan dit betekenen: het aanbieden van toegankelijk voorlichtingsmateriaal over seksuele en genderdiversiteit in eenvoudige taal, het faciliteren van contact met LGBTQ+-organisaties zoals Çavaria of UniQue, of het ondersteunen van deelname aan activiteiten waar de cliënt gelijkgestemden kan ontmoeten. De ervaringsverhalen uit de instrumentenbox 'Zonder Stempel' kunnen hierbij als herkenbaar materiaal ingezet worden in individuele gesprekken.

Vanuit het empowermentdenken (Nivelle et al., 2025) is het essentieel dat cliënten niet enkel 'begeleid' worden, maar ook zelf de regie krijgen over hun identiteitsontwikkeling. De begeleider faciliteert, de cliënt bepaalt het tempo en de richting. Dit vraagt een verschuiving van 'zorgen voor' naar 'ondersteunen bij', geheel in lijn met het empowermentdenken dat eerder in de bronverwerking werd gekaderd (zie 4.2; Nivelle et al., 2025): de cliënt versterken in zijn eigen kracht en regie, in plaats van keuzes over te nemen.

### 6.3 Mesoniveau, aanbeveling 1: Implementeer structurele vorming en intervisie rond LGBTQ+-inclusieve begeleiding

De eerste aanbeveling op mesoniveau is dat zorginstellingen structureel investeren in vorming en intervisie rond seksuele en genderdiversiteit voor alle medewerkers. De Wit et al. (2022) en McCann et al. (2016) benadrukken beiden dat eenmalige vormingen onvoldoende zijn. Begeleiders hebben nood aan doorlopende ondersteuning die zowel kennisgericht als reflectief is.

Concreet kan dit vormgegeven worden door: jaarlijkse vormingsmomenten rond LGBTQ+-inclusie op te nemen in het opleidingsplan van de organisatie; intervisie- of casebesprekingsmomenten te organiseren waarin concrete situaties rond seksuele en genderdiversiteit besproken worden; en de zelfreflectie-instrumenten uit de instrumentenbox 'Zonder Stempel' structureel in te zetten bij teamoverleg.

Hierbij kan, scherp gesteld, het tegenargument klinken: moet een organisatie al die inspanning leveren voor de één of twee cliënten die het misschien nodig hebben? Dat argument verdient een eerlijk antwoord. Ten eerste is het uitgangspunt er een van rechten, niet van aantallen: het recht op een veilige identiteitsbeleving geldt evenzeer voor één cliënt als voor een hele groep, en zorg op maat van het individu is net de kern van orthopedagogisch handelen (Vissers, 2025). Ten tweede gaat de aanname dat het om 'slechts één of twee' personen zou gaan vaak voorbij aan de onzichtbaarheid van de

doelgroep: net door heteronormativiteit en deseksualisering blijven veel cliënten ongezien, waardoor het werkelijke aantal structureel onderschat wordt (McCann et al., 2016). Ten derde is de investering breder inzetbaar dan ze lijkt: een team dat leert om gevoelige thema's bespreekbaar te maken, respectvol om te gaan met diversiteit en op maat te werken, versterkt daarmee zijn algemene begeleidingskwaliteit, wat ook andere cliënten ten goede komt. Een eenmalige, beperkte inspanning levert met andere woorden een rendement op dat veel verder reikt dan die ene situatie. Het doel is niet om van elke begeleider een expert te maken, maar om een basisniveau van kennis en vertrouwen te garanderen waarmee het thema professioneel benaderd kan worden. Concreet houdt zo'n professionele basishouding in dat een begeleider beschikt over correcte basiskennis van de kernbegrippen rond seksuele en genderdiversiteit (en dus geen verouderde of stigmatiserende terminologie hanteert), het thema niet vermijdt maar zelf bespreekbaar durft te maken, een respectvolle en niet-oordelende houding aanneemt, en de eigen grenzen kent, dat wil zeggen: weet wanneer en naar wie er doorverwezen moet worden voor meer gespecialiseerde ondersteuning. De voorwaarden om dit waar te maken liggen deels bij de begeleider zelf (bereidheid tot bijleren en zelfreflectie) en deels bij de organisatie, die hiervoor de nodige vorming, tijd, duidelijke afspraken en ondersteuning vanuit het management moet voorzien (De Wit et al., 2022). Zo wordt een professionele attitude niet iets wat van de individuele begeleider alleen afhangt, maar een gedeelde verantwoordelijkheid van begeleider en organisatie samen.

Deze aanbeveling sluit aan bij de competentie Professionaliseren uit het UCLL-opleidingsprofiel: begeleiders moeten zich blijvend ontwikkelen en hun professioneel handelen kritisch bevragen. Vorming rond LGBTQ+-inclusie is geen extra maar een essentieel onderdeel van kwalitatieve, hedendaagse zorg.

#### 6.4 Mesoniveau, aanbeveling 2: Ontwikkel en veranker een expliciet LGBTQ+-inclusiebeleid binnen de organisatie

De tweede aanbeveling op mesoniveau is dat zorginstellingen een expliciet beleid formuleren rond LGBTQ+-inclusie, en dit beleid verankeren in hun missie, visie en dagelijkse werking. De inclusiescan uit de toolkit 'Op het kruispunt' (Çavaria, z.d.) biedt hiervoor een concreet en laagdrempelig startpunt: organisaties kunnen hiermee nagaan in welke mate hun communicatie, huisregels, intake-procedures en teamafspraken LGBTQ+-inclusief zijn. Een inclusief beleid gaat verder dan een waardeverklaring op papier. Het betekent concreet: LGBTQ+-vriendelijke communicatie in brochures en op de website, intakeformulieren die ruimte bieden voor diverse gezinsvormen en genderidentiteiten, aandacht voor diversiteit in het aannamebeleid, zichtbare signalen van openheid (bvb. regenboogsymbolen in

gemeenschappelijke ruimtes) en een duidelijk aanspreekpunt binnen het team voor vragen rond seksuele en genderdiversiteit.

Deze aanbeveling is onderbouwd vanuit het besef dat individuele inspanningen van begeleiders niet volstaan als het organisatiekader ontbreekt. Wanneer inclusie enkel afhangt van individuele goodwill, is de continuïteit niet gegarandeerd en varieert de kwaliteit van begeleiding sterk naargelang de begeleider. Structureel beleid biedt een kader waarbinnen begeleiders hun inclusieve handelen kunnen verankeren. Concreet voor DIO Alvinnenberg: een eerste stap kan zijn om de inclusiescan van 'Op het kruispunt' te doorlopen als team, de uitkomsten te bespreken in een teamvergadering, en op basis daarvan twee of drie concrete verbeterpunten te formuleren in het kwaliteitsplan van de organisatie. Dat is behapbaar, meetbaar en direct verbonden aan de dagelijkse werking.

Als concrete bijdrage vanuit dit eindwerk ontwikkel ik daarnaast zelf een website die tools, methodieken en beleidsinformatie rond LGBTQ+ en verstandelijke beperking bundelt en toegankelijk maakt voor begeleiders. Deze website speelt rechtstreeks in op Vaststelling 4: het probleem is immers niet zozeer dat er geen tools bestaan, maar dat ze versnipperd en onvoldoende gekend zijn. Door bestaande instrumenten zoals 'Op het kruispunt' en 'Zonder Stempel' samen met relevante beleidsinformatie op één laagdrempelige plek te verzamelen, wil ik die drempel verlagen. De website wordt verder uitgewerkt tot aan de mondelinge presentatie en zal daar worden voorgesteld.

## 7 Bronnenlijst

---

### 7.1 Opleidingsonderdelen

- Vissers, K. (2025–2026). *Beroepsethiek* [Cursusmateriaal]. UCLL, Graduaat Orthopedagogische Begeleiding, Campus Sociale School Heverlee.
- Cockx, L. (2024–2025). *Psychopathologie* [Cursusmateriaal]. UCLL, Graduaat Orthopedagogische Begeleiding, Campus Sociale School Heverlee.
- Nivelle, D., Lanoye, S., Vissers, K., & Derwael, D. (2025–2026). *Sociaalwerktheorie* [Cursusmateriaal]. UCLL, Graduaat Orthopedagogische Begeleiding, Campus Sociale School Heverlee.

### 7.2 Wetenschappelijke vakliteratuur

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e ed.). American Psychiatric Publishing.
- De Wit, W., Van Oorsouw, W. M. W. J., & Embregts, P. J. C. M. (2022). Sexuality, education and support for people with intellectual disabilities: A systematic review of the attitudes of support staff and relatives. *Sexuality and Disability, 40*, 315–346. <https://doi.org/10.1007/s11195-021-09724-w>
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2024). *LGBTIQ equality at a crossroads: Progress and challenges*. Publications Office of the European Union. <https://fra.europa.eu/en/publication/2024/lgbtiq-equality-crossroads-progress-and-challenges>
- McCann, E., Lee, R., & Brown, M. (2016). The experiences and support needs of people with intellectual disabilities who identify as LGBT: A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities, 57*, 39–53. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.06.013>
- Stoffelen, J. M. T., Schaafsma, D., Kok, G., & Curfs, L. M. G. (2018). Women who love: An explorative study on experiences of lesbian and bisexual women with a mild intellectual disability in the Netherlands. *Sexuality and Disability, 36*(3), 249–264. <https://doi.org/10.1007/s11195-018-9519-y>

### 7.3 Goede praktijkvoorbeelden

- Çavaria, Konekt, Inter, GRIP vzw, Transgender Infopunt, Casa Rosa, UniQue, Aut & Out, & Intersekse Vlaanderen. (z.d.). *Op het kruispunt: Tools voor LGBTI+ personen met een handicap*. Çavaria. <https://cavaria.be/tools-lgbti-handicap>

Zonder Stempel / COC Nederland, LFB & Vilans. (2016, herzien 2020). *Instrumentenbox Begeleiding zonder stempel: Digitale instrumentenbox seksuele diversiteit* [Toolbox]. Kennisplein Gehandicaptensector.  
<https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/seksualiteit/seksuele-diversiteit-digitale-instrumentenbox>

## 8 Bijlagen

---

### 8.1 Bijlage 1: SWOT-analyse

#### 8.1.1 Strengths (sterktes, intern)

Er bestaat bij veel begeleiders een basisbereidheid om respectvol om te gaan met LGBTQ+ cliënten. De meeste zorgprofessionals erkennen de seksuele rechten van personen met een verstandelijke beperking (De Wit et al., 2022).

#### 8.1.2 Weaknesses (zwaktes, intern)

Begeleiders missen vaak specifieke kennis en vertrouwen om seksuele en genderdiversiteit bespreekbaar te maken (McCann et al., 2016; De Wit et al., 2022). Er is sprake van handelingsverlegenheid. Structurele vorming rond LGBTQ+-inclusie ontbreekt in veel zorginstellingen. De beschikbare tools en good practices zijn onvoldoende bekend bij individuele begeleiders.

#### 8.1.3 Opportunities (kansen, extern)

Er is een groeiende maatschappelijke aandacht voor LGBTQ+-inclusie en diversiteitsbeleid in de zorgsector. Organisaties als Çavaria, Sensoa en het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen bieden ondersteuning en vormingsmateriaal. Er zijn bovendien reeds concrete en bruikbare tools beschikbaar, zoals de instrumentenbox Zonder Stempel en de toolkit Op het kruispunt. De verschuiving van pathologisering naar affirmatieve zorg biedt een stevig wetenschappelijk en ethisch kader voor verandering.

#### 8.1.4 Threats (bedreigingen, extern)

Maatschappelijke polarisatie rond gender- en diversiteitsthema's kan weerstand oproepen. Beperkte budgetten en personeelstekorten in de zorgsector beperken de ruimte voor extra vorming. De deseksualisering van personen met een verstandelijke beperking blijft hardnekkig. Het gebrek aan Vlaamse onderzoeksgegevens over LGBTQ+ personen met een LVB bemoeilijkt evidence-based beleidsvorming.

## 8.2 Bijlage 2: Gebruikte AI-prompts

Tijdens het schrijven van dit eindwerk werd gebruik gemaakt van Claude (Anthropic) als AI-tool, conform de UCLL-richtlijnen. De AI werd ingezet als inspirator voor het structureren van gedachten, voor het nalezen van taalgebruik, en als ondersteuning. Alle inhoudelijke keuzes, analyses en aanbevelingen zijn door de student zelf gemaakt en onderbouwd.

De prompts die gebruikt werden tijdens het schrijfproces worden hieronder opgesteld:

<b>Nr.</b>	<b>Gebruikte prompt</b>
1	Hoe kan ik mijn onderzoeksvraag iets concreter formuleren?
2	Welke zoektermen kan ik gebruiken om wetenschappelijke artikels te vinden over LGBTQ+ en verstandelijke beperking?
3	Kan je via de research tool relevante academische bronnen zoeken rond LGBTQ+ en verstandelijke beperking binnen residentiële zorg?
4	Is mijn graduaatsproef volledig in orde volgens de richtlijnen van de UCLL-handleiding?
5	Welke databanken zijn geschikt voor praktijkgericht onderzoek binnen orthopedagogie?
6	Hoe maak ik een inhoudsopgave in Word die automatisch wordt bijgewerkt?
7	Welke APA-regels moet ik volgen voor een bron met meerdere auteurs?
8	Hoe kan ik mijn inleiding sterker structureren zodat de opbouw logischer aanvoelt?
9	Welke kernbegrippen zijn belangrijk om te definiëren binnen mijn onderwerp?
10	Hoe kan ik mijn overgang tussen twee alinea's vlotter maken?
11	Geef voorbeelden van neutrale academische formuleringen rond genderdiversiteit.
12	Hoe kan ik een wetenschappelijke bron kritisch verwerken in plaats van alleen samen te vatten?
13	Welke elementen horen zeker thuis in een contextanalyse?
14	Hoe kan ik mijn tekst formeler laten klinken zonder te stijf te schrijven?
15	Kan je een voorbeeld geven van een sterke verbindingszin tussen theorie en praktijk?
16	Hoe kan ik een SWOT-analyse overzichtelijk structureren in een eindwerk?
17	Welke aandachtspunten zijn belangrijk bij het formuleren van aanbevelingen?
18	Hoe zorg ik ervoor dat mijn aanbevelingen realistisch en toepasbaar blijven?
19	Welke academische alternatieven bestaan er voor woorden zoals 'moeilijk' of 'groot probleem'?

Nr.	Gebruikte prompt
20	Hoe kan ik herhaling vermijden wanneer meerdere bronnen vaak hetzelfde zeggen?
21	Welke lay-out tips maken een eindwerk overzichtelijker en professioneler?
22	Hoe kan ik mijn besluit concreet houden zonder belangrijke inzichten te verliezen?
23	Welke formulering klinkt sterker in deze zin: 'begeleiders hebben weinig kennis' of 'begeleiders ervaren handelingsverlegenheid'?
24	Hoe kan ik duidelijker aantonen waarom mijn onderwerp maatschappelijk relevant is?
25	Wat zijn goede voorbeelden van microniveau en mesoniveau aanbevelingen?
26	Hoe kan ik een academische tekst vlot leesbaar houden?
27	Hoe kan ik mijn titel iets academischer formuleren?
28	Welke woorden vermijd ik best in een academische tekst?
29	Hoe maak ik mijn alinea-opbouw overzichtelijker?
30	Hoe kan ik bronnen logisch groeperen binnen mijn theoretisch kader?
31	Wat is een goede structuur voor een abstract?
32	Hoe lang mag een conclusie gemiddeld zijn in een graduaatsproef?
33	Hoe kan ik een wetenschappelijke bron correct parafraseren?
34	Welke formulering klinkt professioneler in deze zin?
35	Hoe kan ik mijn aanbevelingen sterker koppelen aan mijn vaststellingen?
36	Hoe zorg ik voor meer samenhang tussen mijn hoofdstukken?
37	Welke tussenkopjes zouden logisch zijn binnen mijn theoretisch kader?
38	Hoe kan ik mijn academische schrijfstijl verbeteren?
39	Wat is het verschil tussen beschrijven, analyseren en concluderen?
40	Welke elementen maken een aanbeveling concreet en bruikbaar?
41	Hoe kan ik jargon vermijden zonder te informeel te schrijven?
42	Welke termen gebruik ik best rond seksuele oriëntatie en genderidentiteit?
43	Hoe kan ik mijn bronnenlijst overzichtelijk opmaken volgens APA?
44	Hoe kan ik deze alinea sterker afsluiten?
45	Hoe kan ik de rode draad in mijn tekst beter behouden?
46	Welke formuleringen maken mijn tekst genuanceerder?
47	Hoe kan ik een praktijkvoorbeeld professioneel verwerken in mijn tekst?
48	Wat zijn goede signaalwoorden voor academisch schrijven?
49	Hoe kan ik mijn onderzoeksvraag beter laten aansluiten bij mijn aanbevelingen?
50	Hoe vermijd ik te lange zinnen in academisch schrijven?

Nr.	Gebruikte prompt
51	Hoe kan ik deze feedback van mijn begeleider verwerken zonder mijn standpunt te verliezen?
52	Welke opmaakfouten komen vaak voor in eindwerken?
53	Hoe kan ik academische bronnen sneller screenen op relevantie?
54	Welke zoekfilters gebruik ik best in Google Scholar?
55	Hoe kan ik mijn theoretisch kader overzichtelijk opbouwen?
56	Welke formulering klinkt neutraler in een academische context?
57	Hoe kan ik mijn aanbevelingen realistischer formuleren voor de praktijk?
58	Hoe zorg ik ervoor dat mijn tekst niet te beschrijvend wordt?
59	Welke onderdelen moet ik zeker opnemen in mijn besluit?
60	Hoe kan ik mijn literatuurstudie beter structureren?
61	Welke academische signaalwoorden kan ik gebruiken om verbanden aan te tonen?
62	Hoe kan ik mijn tekst professioneler laten ogen qua lay-out?
63	Welke elementen controleren docenten vaak bij een eindwerkjury?
64	Gebruik Deep Research om relevante bronnen te vinden voor mijn onderzoek.
65	Kan je eens checken of mijn bronvermeldingen nu echt helemaal volgens APA normen zijn?
66	Doe eens een grondige check van heel mijn graduaatsproef qua spelling, lay-out en dat alles op de juiste plek staat. Flag dingen die ik best eens nakijk.
67	Heb ik nog veel herhalende stukken in mijn tekst?
68	Welke delen uit mijn bronnen zijn het meest relevant om te gebruiken of te verwerken in mijn onderzoek?

### 8.3 Bijlage 3: Transcriptie praktijkgesprek (geanonimiseerd)

Onderstaande transcriptie geeft het volledige praktijkgesprek weer dat werd gevoerd in het kader van dit eindwerk. Het gesprek vond plaats op 6 mei 2026 bij Dienst Inclusieve Ondersteuning (DIO) van Alvinenberg VZW. De geïnterviewde wordt aangeduid met het pseudoniem “Lena”; alle persoonlijke en herleidbare gegevens werden geanonimiseerd. Het gesprek werd opgenomen met geïnformeerde toestemming en uitgewerkt als illustratief praktijkmateriaal ter aanvulling op de literatuurstudie.

**[00:00:00] Kobe:** Oké, dan beginnen we. Vraag één: hoe omschrijf je jouw eigen genderidentiteit? Welke termen zou je zelf gebruiken?

**[00:00:11] Lena:** Zij/haar. Redelijk voor de hand liggend voor mij, ja.

**[00:00:20] Lena:** Ik heb mij altijd al als vrouw gevoeld. Ik heb er gewoon nooit echt naar gehandeld in het begin van mijn leven. Maar ik heb eigenlijk altijd meer binding gevonden met vrouwen – als vrouw beschouwd worden in plaats van als man.

**[00:00:39] Kobe:** Hoe en wanneer werd je je daar bewust van? Wat was de eerste leeftijd waarop je dat beseftte?

**[00:00:47] Lena:** Dat was best wel jong, hoor. Om daar echt één leeftijd op te plakken, dat vind ik moeilijker. Maar ik denk dat ik van zo jong als 10 of 11 jaar toch al die bevinding had – alleen had ik gewoon nooit de ruimte of het kader om daar meer bij stil te staan.

**[00:01:15] Lena:** Gewoon zoiets van: hé, ik ben precies wel meer voor dat. Maar het was heel veel tegelijk in mijn hoofd. Ik werd ook getest voor autisme en andere zaken, waardoor het eigenlijk heel moeilijk was om te prioriteren.

**[00:01:35] Lena:** Mijn thuissituatie was ook niet ideaal. Er was bij ons thuis altijd wel iets aan de gang, dus ik had ook psychiatrische opvolging en andere kaders rondom mij. Dat was allemaal heel doelgericht naar mijn autisme en mijn ADHD. Er was eigenlijk weinig ruimte voor mij om die vrijheid te voelen van: ja, ik kan zeggen dat dit meer juist aanvoelt dan wat ik eigenlijk mee geboren ben.

**[00:02:13] Lena:** Gewoon de denkruimte hebben om daar ook verder bij stil te staan – die had ik niet. Dus van zo vroeg als ik mij kan herinneren, maar ik kan er moeilijk een concrete leeftijd op plakken.

**[00:02:30] Kobe:** Ja, ik snap dat wel. Was er iemand in jouw leven aan wie je dat het eerst kon vertellen, en hoe oud was je dan?

**[00:02:42] Lena:** Ik heb het eigenlijk nooit gezegd tegen mijn moeder – of zij had er wel al een beetje een voeling van. Maar ik heb het pas voor de allereerste keer uitgesproken en verteld aan mensen toen ik 30 of 31 was.

**[00:03:05] Kobe:** En hoe waren de eerste reacties dan, bij de mensen die het als eerste hoorden?

**[00:03:09] Lena:** Ik ben begonnen bij mijn moeder. Dat is eigenlijk heel vlot gegaan. Die viel een beetje uit de lucht, maar langs de andere kant was het ook weer niet zo'n grote schok. Ik denk dat ze meer verrast was door het feit dát er iets was waar ze eigenlijk nooit echt bij had stilgestaan. Maar als je dan gaat kijken naar hoe het altijd al een beetje geweest is – haar attitude, haar mentaliteit tegenover bepaalde dingen – dan was het voor mijn moeder eigenlijk best wel duidelijk.

**[00:03:45] Lena:** Ik kon altijd beter overweg met vrouwen dan met mannen. Niet dat dat op zichzelf iets zegt, maar het gaf wel een indicatie dat ik gemakkelijker een klik vond met de vrouwen in mijn leven dan met de jongens of de mannen.

**[00:04:01] Lena:** Naar buiten toe ben ik ook altijd heel zorgend, heel affectief en heel empathisch geweest. Ook al was dat voor mijn autisme in het begin van mijn leven moeilijk om te uiten, omdat ik veel struikelde over andere kwesties, zoals communicatie en inlevingsvermogen. Maar mijn moeder had er alleszins al een gevoel voor.

**[00:04:21] Lena:** Voor mijn zussen was het wel volledig uit de lucht gevallen. Ik heb het verteld aan mijn jongste zus in privé, en ook aan mijn oudste. Van beide kanten was de enige opmerking – als ik het zo mag zeggen – eigenlijk gewoon bezorgdheid. Van: het is toch wel ingrijpend tegenover hoe je leven nu is, ben je zeker dat dit het pad is dat je wil bewandelen? Maar daarbuiten stonden zij er eigenlijk best wel open tegenover.

**[00:05:07] Lena:** Meer bezorgd inderdaad. En ik zeg het, ik heb een psychiatrisch verleden, dus voor hen was het zo iets van: ik hoop gewoon dat ze niet iets zoekt als een fix voor haar problemen, en dat ze achteraf nog dieper in de put raakt. Begrijpelijke sentimenten ook. Maar vanaf het moment dat ik besloot, voor mezelf, van: ik wilt daar iets mee doen – wist ik eigenlijk ook al wel dat het de juiste keuze voor mezelf was.

**[00:05:42] Lena:** Mijn vader is de enige van mijn naaste familie die niet per se negatief gereageerd heeft, maar ook niet op de gewenste manier. Hij weigert nog altijd mijn naam te gebruiken – niet omdat hij de andere naam nog zegt, maar gewoon vanuit: ik ben er niet mee bezig, ik ga geen naam zeggen. Meer vanuit zijn egocentrische kant van: ik heb hier een probleem mee, jij moet daar maar rekening mee houden. Mijn vader was ook tijdens mijn jeugd en opgroeien redelijk narcistisch. Dus ik had eigenlijk op niks beters gehoopt of gerekend.

**[00:06:50] Lena:** Het is niet zozeer dat het voor hem niet bestaat. Het is meer dat hij zich daar liever niet mee bezighoudt. Als ik hem erover aanspreek, reageert hij wel een beetje, maar je merkt heel snel dat hij van onderwerp wil veranderen.

**[00:07:16] Lena:** Qua uitgebreide familie heb ik eigenlijk niemand gehad die daar negatief op gereageerd heeft. Mijn uitgebreide familie is eigenlijk de familie langs mijn moeders kant – langs mijn vaders kant heb ik nooit een goede band mee gehad. Maar mijn moeders kant, dat is de grootste kant, en iedereen daar heeft het heel goed ontvangen. Ik heb het eerst verteld aan een paar nichten, en die waren heel begripvol, heel goed aan het luisteren, en

heel correct gereageerd. Gewoon zoiets van: als dat jou gelukkig maakt, dan willen wij ook echt dat je daarvoor gaat, en dan doen wij ons best om daarin mee te gaan.

**[00:08:11] Lena:** En de rest van de familie volgde daar automatisch in. Het is toch een redelijk progressieve familie. Er zijn hier en daar standpunten waar ik niet per se mee akkoord ga, maar als het gaat over wat ieder persoon doet – seksualiteit, hoe je jezelf identificeert – zolang je het mogelijk maakt voor henzelf, gaan ze mee.

**[00:08:49] Lena:** Mocht ik er dieper op in willen gaan, dan stellen ze vragen. Ze zijn altijd heel nieuwsgierig. Ik ben zelf ook altijd blij om extra informatie te geven en uit te leggen hoe dat voor mij gaat. Op zich heb ik eigenlijk geen enkele negatieve reactie gehad, nee.

**[00:09:24] Kobe:** En je autismediagnose – heeft dat ook een rol gespeeld in hoe je jezelf beter bent gaan begrijpen op vlak van gender, of gewoon als persoon in het algemeen?

**[00:09:36] Lena:** Als persoon in het algemeen zou ik zeggen: ja. Ik heb 8 jaar in psychiatrie gezeten – en dan bedoel ik echt instellingen, hospitalisatie, opgenomen zijn. Dat heeft heel veel gedaan voor mezelf om uit te zoeken wie ik ben en wat ik graag heb. Ik ben nog altijd niet tot het punt gekomen waarop ik echt weet wat ik wil doen met de rest van mijn leven. Ik ben eigenlijk nog een beetje aan het zoeken op dat vlak.

**[00:10:14] Lena:** Maar qua wie ik ben als persoon heb ik wel een heel goed zicht. Qua gender specifiek zou ik niet per se zeggen dat de diagnose veel impact heeft gehad. Wat ik meer nodig had, was de vrijheid – echt alleen leven, geen partner, geen dokters aan wie ik verantwoording moest afleggen, geen familie die constant zei hoe ik het moest doen. Zo'n twee à drie jaar geleden had ik voor het eerst echt de ruimte om naar mezelf te kijken en te zeggen: wat is er nu eigenlijk belangrijk voor mij?

**[00:11:06] Lena:** Ik had ook een psychologe, en zij was eigenlijk de eerste persoon tegen wie ik heb gezegd dat ik daar eigenlijk al heel lang mee zit. Het is ook dankzij haar dat ik daar uiteindelijk iets mee gedaan heb. Ze heeft de juiste vraag gesteld op het juiste moment, waardoor ik het eindelijk heb uitgesproken – dat ik daar eigenlijk al mijn hele leven mee zit. En ik had ook eindelijk zoiets van: ik heb nu de ruimte en de tijd, ik ga er gewoon iets mee doen.

**[00:11:44] Kobe:** Dan ga ik nu wat meer over de begeleidingservaring bij de huidige organisatie vragen. Ik denk dat je hier en daar al begeleiding hebt gehad in verschillende vormen. Welke vormen van zorg of begeleiding heb je allemaal gehad?

**[00:12:10] Lena:** Voornamelijk in residentiële settings. De begeleiding bestond daar voornamelijk uit psychologen – zowel intern als extern – en psychiaters, bij de opnames die ik gedaan heb doorheen mijn leven. Ik heb ook in leefgroepen gezeten, waar er natuurlijk ook altijd begeleiding of verpleegkundigen aanwezig zijn. In een eerdere residentiële setting zat ik op een MFC, en daar was het voornamelijk semi-verpleegkundig of zorgpersoneel. Ik denk dat ik eigenlijk alle vormen van zorg ooit wel eens heb ervaren.

**[00:13:10] Kobe:** En in die eerdere begeleidingssituaties – kon je daar ook over jouw genderidentiteit praten? Bijvoorbeeld in die leefgroepen?

**[00:13:23] Lena:** Nee. Dat was heel doelgericht naar andere dingen. Ik ben ook pas twee jaar geleden zover gekomen om het met mezelf echt te benoemen. Voordien was dat eigenlijk echt achtergebleven – het was iets wat ik wel in mijn hoofd had, maar dat geen concrete vorm had. Dus heel die tijd heb ik gefunctioneerd vanuit: ik ben geboren als man, dus ik zal mij daarnaar gedragen. Het masker, zeg maar.

**[00:14:13] Kobe:** Je had gewoon te veel andere dingen op dat moment aan je hoofd om er prioriteit aan te geven?

**[00:14:22] Lena:** Ja. Hindsight is twenty-twenty. Moest ik nu kunnen teruggaan naar die tijd, dan zou ik daar wel groter van gemaakt hebben – zodat ik voor mijn twintigste misschien al op hormoonremmers had kunnen zitten. Maar ja, al wat je kunt doen is werken met de realiteit die je hebt. En ik ben blij met hoe het nu is. Maar het is inderdaad spijtig dat het geen groot ding heeft kunnen zijn tijdens mijn opgroeien.

**[00:14:51] Kobe:** En bij de huidige organisatie zelf?

**[00:14:56] Lena:** Wel een beetje dubbel. Want ook in het begin bij deze organisatie was ik nog altijd heel hard het masker aan het verderzetten. Maar twee specifieke begeleiders zijn degenen die mij die stap hebben laten zetten en daarin hebben willen begeleiden. Mijn ervaring met hen op dat vlak was – ik had het niet beter kunnen hebben.

**[00:15:27] Kobe:** Had je het gevoel dat er ooit begeleiders zijn geweest – binnen of buiten deze organisatie, je hoeft geen namen te noemen – die dat thema bewust of onbewust vermeden?

**[00:15:46] Lena:** Er zijn er sommige, voornamelijk buiten deze organisatie, waarvan ik meer het gevoel had van: ik denk niet dat ik naar u zou kunnen komen met dit thema. Ik heb het nooit geprobeerd, dus ik kan het niet met 100% zekerheid bevestigen. Maar er waren zeker begeleiders die een beetje meer de homofobische kant uitgingen, en sommigen die meer de transfobische kant uitgingen. Over het algemeen heb ik eigenlijk alleen maar vermoedens – ik heb dat nooit kunnen aanbrengen bij hen.

**[00:16:32] Lena:** Qua deze organisatie zelf heb ik nooit die indruk gehad. Daar heb ik altijd het gevoel gehad alsof het niet per se uitmaakt wat je bent – het is de persoon achter het masker die ze proberen te helpen.

**[00:16:51] Kobe:** Dat is mooi. Maar wat maakt dan precies dat je je veilig voelt bij die bepaalde begeleider, rond dat thema?

**[00:17:09] Lena:** In het geval van die twee begeleiders – maar ik wil verduidelijken dat ik dit eigenlijk van alle begeleiders bij deze organisatie zou zeggen die ik tot nu toe gehad heb. Bij andere plaatsen waren er ook zeker een paar. Maar het belangrijkste is gewoon dat ze een soort rust uitstralen waardoor ik mij op mijn gemak voel om te delen wat ik wil. Wat ik zo apprecieer aan de begeleiders hier is dat er gekeken wordt naar de persoon achter, in plaats

van naar wat je je voordoet. Een van hen was bijvoorbeeld heel goed in zoiets als: oké, dat is wel groot nieuws wat je me meedeelt, maar als dat je gelukkig maakt, dan doen wij ons best om je daarin te steunen en mee te helpen zoeken naar middelen en manieren om daarmee verder te gaan.

**[00:18:22] Lena:** Hetzelfde geldt voor die andere begeleider, al is het op een iets minder uitgesproken maar niet minder waardevolle manier. Het was meer gewoon zo van: wat kan ik hier doen op dit moment? Een afwasje? Oké. Je voelt je meer als vrouw? Top. Geen uitleg nodig, geen oordeel. Hij vroeg gewoon: hoe lang voel je dat al? En wat wil je daarmee doen? Heel nieuwsgierig, op de beste manier.

**[00:19:13] Kobe:** Heb je ooit in je leven ervaringen gehad met een begeleider die echt kwetsend of negatief waren?

**[00:19:20] Lena:** Ja. Meerdere keren. We gaan daarvoor wel al wat verder terug in de tijd, en ik herinner mij niet altijd even goed de exacte details – herinneringen vervormen zichzelf nu eenmaal. Maar ik wil er wel bij zeggen dat ik nooit het gevoel gehad heb dat het zwaar of gemeen bedoeld was puur en alleen omdat ik transgender ben. Het leken mij eigenlijk gewoon ongelukkige mensen in een job die ze misschien ooit graag gedaan hebben, maar die op dat moment mentaal niet meer goed zaten, of gewoon zoveel problemen hadden. Ik heb in mijn leven goed leren relativeren: achter elk kwetsend persoon zit een gekwetst persoon.

**[00:20:30] Lena:** Over het algemeen was het ook niet zo zwaarwegend. Het was gewoon meer van: oké, die begeleider past niet bij mij, dus daar ga ik niet naartoe met mijn verhaal. Die past beter, dus daar ga ik wel naartoe. De rest liet ik niet aan bod komen.

**[00:20:59] Kobe:** Wat waren dan de concrete dingen die je als negatief ervoer, ook al hoef je niet in detail te gaan?

**[00:21:08] Lena:** Ik zou het eerlijk gezegd zelfs niet zo goed meer kunnen benoemen. Specifieke details vervagen na al die jaren. Maar ik heb zeker begeleiding gehad die de aanpak had van: als je het niet wilt leren, dan zul je het wel voelen – tegenover begeleiding die heel doelgericht werkte naar: wat kunnen we doen zodat dit niet meer voorvalt, of hoe kunnen we ervoor zorgen dat jij je veilig genoeg voelt om niet meer in zo een situatie terecht te komen. Het verschil in benadering was heel duidelijk.

**[00:22:21] Kobe:** Heeft dat een impact op je gehad?

**[00:22:25] Lena:** Tuurlijk. Maar ik ben daar eigenlijk redelijk goed mee omgegaan, vind ik van mezelf – achteraf gezien. Dat was gewoon de realiteit op dat moment, dus ik kon er weinig aan doen. Het probleem dat ik het meest kan meegeven vanuit mijn ervaring in de psychiatrie is dat de kwaliteit van begeleiding heel erg afhangt van hoe professioneel iemand kan omgaan met zijn eigen dag, zijn eigen ervaring. De beste context had ik met mensen die hun eigen problemen konden distantiëren. In de slechtere gevallen had ik mensen die dat niet konden.

**[00:23:38] Kobe:** Dat is soms wel het belangrijkste als je in de zorg wilt werken.

**[00:23:41] Lena:** Ja, ik vind dat wel. Dat was spijtig genoeg hetgeen wat een goede begeleiding definieert. En ik heb over het algemeen meer goede begeleiding gehad dan slechte – maar ik denk dat dat ook veel te maken heeft met mijn eigen ingesteldheid tegenover begeleiding. Ik heb in de residentiële zorg kinderen gezien die compleet weerbarstig waren. Dat lijkt soms de schuld van dat kind, maar dat is de leefomgeving, de mentaliteit waarin ze zijn opgevoed. Die gingen volledig in verzet, en dan was het duidelijk dat de begeleiding daar ook hardleers mee omging. Ik had zelf ook mijn onstuimige momenten, laat dat duidelijk zijn, maar ik heb nooit die begeleiding als vijand gezien.

**[00:24:59] Lena:** Ik denk dat ik daarin geluk had dankzij mijn moeder. Die was zelf ook begeleidster geweest in de jeugdzorg. Ik heb daar eigenlijk heel veel van opgestoken.

**[00:25:29] Kobe:** Had je het gevoel dat begeleiders wisten wat een transgenderidentiteit inhield? Of had je vaak het gevoel dat je heel veel moest uitleggen?

**[00:25:45] Lena:** Ik kan alleen spreken over mijn eigen ervaring, voornamelijk bij de huidige organisatie. Maar ik denk sowieso dat het voor veel mensen een onbekend terrein is. Het is zeker niet zo courant dat iedereen er automatisch een beeld van heeft. Bij autisme heeft iedereen een concept – goed of slecht. Hetzelfde kan je niet zeggen van transgender zijn. Het is meer van: we weten niet zo goed wat we hiermee moeten doen, leg eens uit hoe dat voor jou gaat. Er is weinig basiskennis van aanwezig, en ik vind persoonlijk dat daar meer kennis van zou moeten zijn.

**[00:26:49] Lena:** Langs de ene kant is meer kennis goed – je kunt cliënten beter helpen. Maar langs de andere kant: hoe minder voorkennis, hoe minder vooroordelen ook. Ik denk dat de ideale lijn ergens in het midden zit: een beetje basiskennis van transgender zijn, maar niet zo diep dat je verloren kunt geraken in foutieve aannames.

**[00:27:24] Kobe:** Zoiets als één standaardvorming voor begeleiders – gewoon zodat je weet dat dit bestaat?

**[00:27:31] Lena:** Zoiets meer, ja. Er is ook een groot verschil tussen: ik val op hetzelfde gender, en: ik voel mij niet het gender waarmee ik geboren ben. Het ene is makkelijker te begrijpen dan het andere. Ik heb ook vrienden die gewoon eerlijk zeggen: ik doe wat jij graag wilt, ik gebruik je naam en je voornaamwoorden, maar ik denk niet dat ik ooit zal kunnen begrijpen hoe dat voor jou voelt. En dat is ook normaal. Dat is een logische en nuchtere ingesteldheid.

**[00:28:19] Lena:** Ik verwacht dat ook niet meer van niemand. En ik denk dat dat het belang is: het belangrijkste wat ik mee kan geven aan begeleiders die er ooit mee geconfronteerd worden, is: ik verwacht niet dat je begrijpt waarom dit zo is. Ik verwacht gewoon dat je respect kunt opbrengen.

**[00:28:46] Kobe:** Ja, ja. Die vorming zou dan gaan over het hele spectrum – homo, trans, non-binair – en het verschil daartussen. Concreet. Maar je hebt al echt heel goed

geantwoord. Zijn er soms dingen die je mist in de ondersteuning, of waarvan je denkt: dat had beter gekund?

**[00:29:20] Lena:** Qua mijn transidentiteit: ik had graag vroeger kunnen beginnen, maar spijtig genoeg zijn er lange wachttijden voor. Dat ligt echter niet aan de begeleiding, dat is meer het systeem.

**[00:29:37] Kobe:** Of als er misschien al vroeger een begeleider was geweest die dat thema meer bespreekbaar had gemaakt, zodat je er misschien al eerder aan had kunnen werken?

**[00:29:54] Lena:** Dat zou ik wel leuk gevonden hebben, maar ik begrijp ook waarom het er niet is. Ik vind mezelf een redelijk nuchter persoon. We moeten niet ver terug in de tijd gaan om te beseffen hoe sensitief dit topic is – en hoe groot de gevolgen konden zijn van gewoon toegeven dat je homo of transgender bent: verstoten worden, ontferd, et cetera.

**[00:30:52] Lena:** Ik zou ook niet willen dat een begeleider per se naar mij was gekomen met de aanpak van: hé, het hoeft niet zo te zijn, maar stel dat je ooit met zoiets zou zitten, ik ben hier. Zou ik dat leuk gevonden hebben? Honderd procent. Maar ik ben ook nuchter genoeg om te kunnen inzien dat niet elke familie of ouder dat leuk zou vinden als je dat tegen een kind gaat zeggen.

**[00:31:15] Kobe:** Dat is ook iets om rekening mee te houden. Maar langs de andere kant: zou het misschien wel helpen als het gewoon meer genormaliseerd is, dat het bespreekbaar is?

**[00:31:32] Lena:** In een ideale wereld: ja. Maar het is ook gewoon zoveel sociale normen en basiswaarden waarop op dit moment zoveel gebouwd wordt. Kijk naar Amerika – ik wil dat niet als ideaal nemen, maar het is wel een beeld van hoe het in het ergste geval kan uitdraaien: het idee van transgenders aan kinderen voorstellen wordt er bestraft met wettelijke praktijken, zoals mishandelingsprocedures. Ik wil er niet op baseren, maar ik wil er wel rekening mee houden. Het laatste wat je wilt is ervoor zorgen dat het kind dat je probeert te begeleiden in conflict moet gaan met zijn ouders.

**[00:33:06] Kobe:** Je zou de ouders dan ook mee moeten betrekken. Het netwerk is een belangrijk onderdeel van begeleiding. Misschien helpt psycho-educatie ook met het netwerk, zodat ook de ouders wat meer openheid kunnen vinden.

**[00:33:44] Lena:** Honderd procent akkoord. In een ideale wereld zou ik willen dat iedereen de ruimte heeft om te luisteren en alleszins respect te kunnen tonen. Maar helaas is dat de realiteit nog lang niet.

**[00:34:31] Kobe:** Dan wil ik nog een paar reflectievragen vanuit jouw perspectief stellen. Als jij een begeleider bent die nog nooit met een transgender cliënt of LGBTQ+-persoon heeft gewerkt, en je mag één ding meegeven – wat zou dat dan zijn?

**[00:34:58] Lena:** Dan zou het vrij eenvoudig zijn. In de wereld waarin we op dit moment leven, zou ik een groot punt willen maken van: kijk achter alles wat die persoon zegt, voelt of denkt – daarin zit een mens. Ik denk dat het belangrijk is om dat te onthouden.

**[00:35:20] Lena:** De rest maakt op zich niet uit, zolang je respect kunt blijven opbrengen voor de mens die daarin zit. Je moet het niet eens zijn met een ideologie, je hoeft niet te begrijpen hoe het voelt. Maar respect is iets wat je wel zult moeten opbrengen als je als begeleider wilt kunnen zorgen voor je cliënt. En ik denk dat dat het belangrijkste is.

**[00:35:56] Lena:** In een ideale wereld zou het er zelfs niet van gemaakt moeten worden. Je bent het niet eens met een ideologie – dat kan. Maar dan zeg je: die persoon is desondanks waardig. Dat onderscheid moet er gewoon zijn. In de huidige wereld gaat het helaas nog te vaak van: ik ben het niet eens met die ideologie, dus die persoon is minderwaardig. En dat is precies wat er niet zou mogen zijn.

**[00:37:08] Kobe:** Heb je ook het gevoel dat je ervaringen als cliënt hier bij deze organisatie meegenomen worden in hoe jouw zorg verder vormgegeven wordt?

**[00:37:20] Lena:** Zeker. Veel van wat mijn transidentiteit betreft doe ik zelfstandig – daar heb ik niet per se hulp bij nodig. Maar dat wil niet zeggen dat mijn begeleiding dat niet meedraagt. Het meeste van hun begeleiding is eigenlijk gewoon een goed gesprek, of een beetje hulp in het huishouden, of 's avonds even naar de winkel – logistiek. Maar er zijn ook momenten waarop er gepraat wordt over: hoe gaat het hiermee? Hoe gaat het met de volgende afspraak bij de endocrinoloog? Dat wordt zeker megedragen.

**[00:38:32] Kobe:** Is er nog iets specifiek voor begeleiders die in opleiding zijn – zoals ik – dat je zeker zou willen meegeven over dit thema?

**[00:38:54] Lena:** Eigenlijk het punt dat ik al eerder aangebracht heb: achter elke problematiek, achter elk masker – of dat nu door autisme is, ADHD, transgenderidentiteit of andere dingen die een impact hebben op je leven – zitten mensen. Dat is het belangrijkste om te onthouden.

**[00:39:47] Lena:** Ik wil er ook aan toevoegen dat ik nooit gevoeld heb alsof mijn genderidentiteit een keuze was. En ik denk dat het belangrijk is om te weten: niemand is homo of transgender omdat hij dat leuk vindt. Niemand kiest voor sociale tegenwind. Die mensen zijn wie ze zijn.

**[00:40:21] Kobe:** Als het een keuze was, dan had iedereen wel de makkelijke keuze gemaakt, denk ik. En een kort theoretisch kader daarbij kan helpen, ofzo? Want nu – bij mijn opleiding – krijgen wij daar eigenlijk niets over te zien.

**[00:40:52] Lena:** Ik denk dat je dat inderdaad nodig hebt. Want er zijn zoveel dingen die een impact hebben op iemands leven en waar basiskennis van gewoon nuttig is. Neem nu zelfs een meer extreem geval: iemand die niet valt op levende personen maar op objecten – het is nuttig dat je weet dat dat bestaat, dat die persoon er niets aan kan doen, en dat je vanuit dat standpunt kunt proberen te begrijpen hoe dat impact heeft op zijn leven. Volgens dezelfde logica zou ik zeggen: niet per se een volledige cursus, maar een sessie of twee om basistermen te kunnen benoemen – homo, trans, non-binair – en dat te kunnen kaderen, zal al heel veel doen.

**[00:42:00] Kobe:** Dit bestaat en dit is normaal.

**[00:42:03] Lena:** Precies. En dat is zeker in de zorg serieus nodig. Niet alleen om je cliënt goed te begrijpen en te behandelen, maar ook voor andere dingen: geweld kunnen herkennen, de juiste zorgverlener kunnen zijn voor iemand die het probeert te verbergen. Neem hiv als voorbeeld in een medisch gesprek – dan moet je alle relevante contexten aanhalen, niet alleen de heteroseksuele norm. Dat wordt nog te vaak over het hoofd gezien, omdat men er niet over durft te praten.

**[00:43:38] Lena:** Ik vind dat er toch alleszins een keer iets over gezegd moet worden in een opleiding – zonder er te diep op in te moeten gaan. Geef het mee als kennismaking, laat de ruimte aan studenten om zelf verder te gaan als ze dat willen. Het is een deel van inclusiviteit, en het kan een groot stuk van iemands identiteit vormen.

**[00:44:11] Lena:** Sommige mensen kijken naar seksualiteit of genderidentiteit als: ja oké, dat is het. Maar andere mensen baseren een groot stuk van hun eigenheid daarop. Genderidentiteit en genderexpressie zijn niet iets wat je zomaar voor jezelf houdt – als het je niets zou uitmaken, zou je dat nooit aan je kringen en je omgeving proberen mee te delen. Het heeft zeker belang.

**[00:44:51] Kobe:** Een heel klein kader zou ik al fijn vinden. Dat was het eigenlijk van mijn hele vragenlijst. Je hebt echt alles heel sterk beantwoord. Puur als afsluiter: zijn er dingen die nog wringen bij jou op vlak van genderidentiteit?

**[00:46:06] Lena:** Nee, niet echt. Het gaat veel beter.

**[00:46:15] Lena:** Nu dat ik op hormonen zit en mijn fysieke zijn zie veranderen – voor hormonen was ik eigenlijk heel ongelukkig in mijn lichaam en in mijn wereld, en was ik heel suïcidaal. Tegenover nu: nu heb ik redenen om verder te gaan. Vroeger was ik op zoek naar elke manier om er niet meer te zijn.

**[00:46:49] Kobe:** En nu heb je het gevoel dat je jezelf wat meer gevonden hebt?

**[00:46:57] Lena:** Ja. Authentiek. Het meeste impact voor mij – persoonlijk – is gewoon geluk kunnen voelen en kunnen meemaken. Dat heb ik altijd gedacht dat ik nooit zou kennen, zeker vanaf mijn 11 of 12 jaar. Ik kom niet uit het makkelijkste gezin. Er was altijd wel iets aan de gang – mijn zus is misbruikt geweest door een pedofiel een straat verder, mijn vader was narcistisch, er waren altijd crisissen. Vanuit die sfeer en setting was het heel begrijpelijk dat ik zo suïcidaal was.

**[00:48:02] Lena:** Als ik mezelf nu vergelijk met hoe ik vroeger was – ik heb het relativiseringsvermogen om te begrijpen waar dat vandaan komt. Maar langs de andere kant zit ik ook zo van: dit is hoe het anders kon zijn. Voordien had ik alleen maar een vaag idee van hoe alles aanvoelde. Nu weet ik hoe het eigenlijk kan zijn.

**[00:48:28] Kobe:** Had je vroeger ook het gevoel dat er iets mis was met jou?

**[00:48:39] Lena:** Ja, heel erg. Want mijn moeder deed altijd haar best – met de beste intenties van de wereld. Van: ik hou van jou, ik wou dat je kon zien hoe ik jou zie. Maar dat

dringt niet door als je naar buiten gaat en door de rest van de wereld gepest wordt. Ik had ook 8 jaar psychiatrie en geen keuzes – je luistert naar de dokter, of je gaat niet naar huis. En heel veel medicatie, waarvan de meeste ook niet echt goed hebben gewerkt.

**[00:49:52] Kobe:** Maar dan toch: het is fijn dat je zo toch echt gegroeid bent. Als je kijkt van welk punt je gekomen bent...

**[00:50:03] Lena:** Ik denk dat het ding waar ik het meest blij mee ben, is de manier waarop ik mezelf heb kunnen vinden doorheen al die moeilijkheden. Als ik een paar andere wegen had gevolgd, had ik heel anders kunnen eindigen – ik ga nu heel drastisch zijn, maar ik had bijna in een soort destructief patroon kunnen belanden tegenover mijn moeders weg volgen en zien dat empathie veel meer oplevert. Dat is wat ik wil meedragen, in plaats van vastblijven zitten in alles wat ik niet heb.