

Een wereld van verschil

Seksuele gezondheid van LHBT's in Nederland 2013



onder redactie van:

Hanneke de Graaf,
Bouko H. W. Bakker
en Ciel Wijsen

RutgersWPF

EEN WERELD VAN VERSCHIL

Onder redactie van
Hanneke de Graaf, Bouko H.W. Bakker en Ciel Wijsen

ISBN 978-90-77289-07-5

Uitgeverij Eburon: info@eburon.nl/www.eburon.nl

Omslagontwerp: www.ontwerpaandewinkel.nl

© 2014 Rutgers WPF. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de rechthebbende.

EEN WERELD VAN VERSCHIL

De seksuele gezondheid van LHBT's in Nederland 2013

Onder redactie van
Hanneke de Graaf, Bouko H.W. Bakker en Ciel Wijsen

OVER DE AUTEURS

De drie redactieleden en de auteurs van dit boek zijn allen werkzaam bij Rutgers WPF, het landelijk kenniscentrum seksualiteit.

De redactie is gevoerd door mevrouw dr. Hanneke de Graaf, senior onderzoeker, mevrouw dr. Ciel Wijsen, manager nationaal onderzoek en de heer drs. Bouko H.W. Bakker, coördinator LHBT-programma.

Mevrouw drs. Tamar Doorduyn, mevrouw drs. Maaïke Goeneë, mevrouw dr. Stans de Haas en de heer drs. Charles Picavet zijn aan de organisatie verbonden als onderzoekers.

RutgersWPF

Dit onderzoek is gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

VOORWOORD

Met heel veel genoegen presenteert Rutgers WPF dit eerste Nederlandse onderzoek naar de seksuele gezondheid van lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuele mannen en vrouwen en transgenders (LHBT). Onder bijna 5000 LHBT's zijn gegevens verzameld over seksuele aantrekkings, seksueel gedrag, zelfbenoeming, het risico op hiv en soa, seksuele beleving, seksuele problemen en seksueel geweld. Dit levert inzicht in een breed scala van aspecten van de seksuele gezondheid en de variatie die daarin voor kan komen. Dit is een waardevolle toevoeging aan wat er tot nu toe in Nederland bekend was.

Met het onderzoek Een wereld van verschil is een uniek beeld verkregen van de seksuele gezondheid van LHBT en factoren die hiermee samenhangen. Als één ding duidelijk is geworden dan is het dat 'de LHBT' niet bestaat. Seksuele en genderdiversiteit blijkt nog gevarieerder dan we al dachten. Bemoedigend is dat het met de seksuele gezondheid van LHBT's op een aantal gebieden goed gesteld is. Structurele aandacht is echter nodig voor ervaringen met geweld en grensoverschrijding bij alle groepen, de preventie van hiv en soa bij homo- en biseksuele mannen, en de seksuele beleving en problemen van transgenders en lesbische en biseksuele vrouwen.

Een dankwoord is op zijn plaats. Natuurlijk op de eerste plaats aan alle LHBT's die bereid zijn geweest hun ervaringen, meningen en gevoelens aan ons toe te vertrouwen. Wij zijn hen zeer erkentelijk. Dankzij hen was het mogelijk zo'n unieke inkijk te krijgen in seksualiteit van LHBT's in Nederland. Ook willen we de organisaties bedanken die bezig geweest zijn met de werving van de respondenten. Zij vormden een onmisbare schakel tussen het onderzoeksteam en de doelgroep. Vervolgens zijn wij dank verschuldigd aan de leden van de klankbordgroep. Die is van grote betekenis geweest voor dit project. Niet alleen heeft de klankbordgroep door ons te informeren en hier en daar bij te sturen bijgedragen aan de relevantie en kwaliteit van de resultaten van dit onderzoek, maar zij vormde tegelijk ook de basis van een goed en deskundig netwerk om LHBT-kennis te delen en thema's te agenderen. De deelnemers aan de klankbordgroep vindt u in bijlage 4. Tot slot een dankwoord voor de

‘meelezers’: de experts die in de eindfase elk hoofdstuk in dit boek van deskundig commentaar hebben voorzien. Dit zijn Janhuib Blans, Hanna Bos, Pieter Brokx, Ellen Laan, Joz Motmans, Peter Smit, Koenraad Vermeij en Paul Zantkuijl.

Dit rapport bevat de eerste rapportage van de resultaten en een beschrijving van de onderzoeksmethodiek. Het beoogt een brede presentatie te geven van het onderzoeksmateriaal. Er liggen nog veel mogelijkheden voor verdere analyses, vervolgonderzoek, en vooral, vertaling naar beleid en praktijk in de gezondheidsbevordering op het terrein van seksualiteit en seksuele en genderdiversiteit. Wij gaan daar vanzelfsprekend de komende tijd mee aan de slag. Dit kunnen we niet zonder de betrokkenheid van het veld en participatie vanuit de doelgroep. Ik nodig u van harte uit deel te nemen aan dit belangrijke proces.

Dianda Veldman
Directeur Rutgers WPF

SAMENVATTING

Rutgers WPF doet al jaren onderzoek naar de seksuele gezondheid van de Nederlandse bevolking (Wijsen & De Haas, 2012). Lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuele mannen en vrouwen en transgenders (LHBT) zijn in deze monitors tot nu toe onderbelicht gebleven. In ander onderzoek (bijvoorbeeld de Schorer Monitor) lag de focus vooral op mannen die seks hebben met mannen (MSM) en het risico op soa en hiv. Er zijn echter aanwijzingen dat LHBT's kwetsbaar zijn op meerdere aspecten van seksuele gezondheid (Rutgers WPF, 2013). Het RIVM heeft Rutgers WPF gevraagd om dit eerste Nederlandse surveyonderzoek naar de seksuele gezondheid in brede zin onder LHBT's uit te voeren. Bijna 5000 respondenten vulden een digitale vragenlijst in met vragen over seksueel gedrag, seksueel plezier en seksuele problemen, condoomgebruik en andere risicoreductie strategieën, testgedrag en de uitslag hiervan, ervaringen met seksuele grensoverschrijding en factoren die met deze aspecten van seksuele gezondheid zouden kunnen samenhangen.

De resultaten laten zien dat er binnen de LHBT groep sprake is van een grote mate van diversiteit, zowel in seksuele oriëntatie en genderidentiteit als in seksuele gezondheid. Binnen de LHB groep bestaat veel variatie in de mate waarin men zich tot mannen en/of vrouwen aangetrokken voelt. Een groot deel van hen valt vooral op het andere geslacht, maar ook op seksegenoten. Seksuele aantrekking hangt samen met hoe men zichzelf noemt en met ervaringen met verliefdheid, relaties en seks met mannen en vrouwen, maar is niet volledig gelijk aan deze aspecten van seksuele oriëntatie. De overlap tussen seksuele aantrekking en andere aspecten van seksuele oriëntatie is daarnaast voor mannen en vrouwen verschillend. Mannen die vooral op vrouwen vallen (maar ook op mannen) noemen zichzelf bijvoorbeeld meestal biseksueel, terwijl vrouwen die vooral op mannen vallen (maar ook op vrouwen) zichzelf meestal heteroseksueel noemen.

Binnen de groep transgenders bestaat veel variatie wat betreft genderidentiteit, zelfbenoeming en wensen rondom genderexpressie en transitiewens. De verschillen zijn vooral groot tussen transmannen en -vrouwen enerzijds (die zich helemaal man respectievelijk vrouw voelen) en

transgenderisten anderzijds (die zich deels als man en deels als vrouw, als iets ertussenin of als geen van beide identificeren). De seksuele oriëntatie van transgenders is zeer divers en vergeleken met de landelijke populatie relatief vaak homo- of biseksueel.

Ongeveer een kwart van de LHB's heeft in het afgelopen half jaar geen seks gehad. Dat geldt iets vaker voor lesbische vrouwen. Ongeveer de helft van de transgenders heeft het afgelopen half jaar geen seks gehad. In zichzelf is het niet seksueel actief zijn geen probleem. Veel LHBT's die geen seks hebben, vinden dat echter wel jammer. Dat geldt voor twee derde van de homo- en biseksuele mannen, twee vijfde van de lesbische en biseksuele vrouwen en de helft van de transgenders die geen seks hadden in de afgelopen 6 maanden. Van de LHBT's die wel seks hadden, geeft de meerderheid bovendien aan dat ze dit vaker zouden willen doen.

Iets meer dan de helft van de homomannen en bijna de helft van de lesbische vrouwen en biseksuele mannen en vrouwen is tevreden over het seksleven in het algemeen. Dat geldt niet voor transgenders: ongeveer een kwart van de transvrouwen en ongeveer een derde van de transmannen en transgenderisten is hier tevreden over. Het minst tevreden zijn zij over de manier waarop ze seks hebben. Gemiddeld is de seksuele beleving van LHBT's meer positief dan negatief. De meerderheid van de LHBT's geniet van seks, voelt zich ontspannen tijdens seks, heeft voldoende seksueel zelfvertrouwen en geen schuldgevoelens over seks. Toch komt er onder alle groepen behoorlijk wat onzekerheid voor tijdens seks, zowel over het uiterlijk als over de prestaties. Vooral onder transgenders geeft een grote groep aan zich onzeker te voelen over hun lichaam, zich niet op hun gemak te voelen tijdens seks en het moeilijk te vinden eerlijk te zijn over hun gevoelens.

Seksuele problemen zijn onder LHBT geen zeldzaamheid. Eén op de acht homomannen heeft een seksueel probleem, bij biseksuele mannen is dat één op de zes, bij lesbische vrouwen één op de zeven en bij biseksuele vrouwen zelfs één op de vijf. Onder transgenders komen seksuele problemen nog iets vaker voor, namelijk bij één op de vier transvrouwen, transmannen en man-naar-vrouw transgenderisten en bij twee van de vijf vrouw-naar-man transgenderisten. Homo- en biseksuele mannen hebben het meest te maken met erectieproblemen. Lesbische vrouwen en man-

naar-vrouw transgenders hebben vooral problemen rondom opwinding, verlangen en orgasme. Bij biseksuele vrouwen en vrouw-naar-man transgenders komen deze problemen ook veel voor, maar daarnaast komen in deze groepen ook pijn gerelateerde problemen voor.

Van de homo- en biseksuele mannen heeft 57% de afgelopen 6 maanden seks gehad met (ten minste) één mannelijke partner. Dit noemen wij in het rapport mannen die seks hebben met mannen (MSM). Twee derde van alle MSM heeft in het afgelopen half jaar seks gehad met één of meerdere vaste partners en 58% met losse partners. Van de mannen die seks hebben met mannelijke losse partners, heeft 26% de afgelopen 6 maanden wel eens onbeschermd anale seks gehad met deze partners. Dat is 15% van alle MSM. Onder hiv-positieve MSM is dit percentage hoger: 61% van de hiv-positieve MSM had de afgelopen 6 maanden wel eens onbeschermd anale seks met een losse partner. De meeste hiv-positieve mannen zijn echter in behandeling voor hiv en hebben een niet detecteerbaar aantal virusdeeltjes in het bloed. Tachtig procent van de hiv-negatieve en niet-geteste MSM die in het afgelopen half jaar onbeschermd seks hadden met losse partners, acht de kans dat zij in deze periode hiv hebben opgelopen (zeer) klein en 15% zegt absoluut geen risico te hebben gelopen. Door hiv-positieven met onbeschermd contacten wordt de kans dat zij hiv hebben overgedragen nog lager geschat.

Veel van de mannen met onbeschermd contacten passen (ook) andere strategieën toe om het risico op hiv overdracht te verkleinen. Hiv-negatieve en niet-geteste mannen vragen vooral naar de hiv-status van hun partners en hebben alleen seks met hiv-negatieve mannen. Een meerderheid van de hiv-positieve mannen passen serosorteren, *viral load* sorteren en strategisch positioneren toe. Voorwaarden voor het effectief toepassen van deze risicoreductie strategieën zijn wel dat de hiv-status van beide partners bekend is en dat zij hier open over communiceren. Beide voorwaarden zijn geen vanzelfsprekendheid. Hiv-stigma maakt het voor hiv-positieve mannen niet eenvoudig om te vertellen dat ze hiv hebben. Bijna 80% van de hiv-positieve mannen geeft aan dat het wel eens voorkomt dat anderen geen seks met hen willen als ze horen van de hiv-status. Daarnaast zijn er veel MSM die de eigen hiv-status niet weten. Veertig procent van de MSM heeft zich nog nooit op hiv laten testen.

Zesentwintig procent van de MSM heeft zich de afgelopen 12 maanden op hiv laten testen.

De prevalentie van grensoverschrijding en seksueel geweld is hoog onder LHBT's. Ongeveer één op de zeven homo- en biseksuele mannen, een kwart van de lesbische vrouwen en een op de drie biseksuele vrouwen heeft seksueel geweld meegemaakt. Hetzelfde geldt voor een op de vijf man-naar-vrouw-spectrum transgenders, een op de drie transmannen en bijna de helft van de vrouw-naar-man transgenderisten. Jonge LHBT's zijn extra kwetsbaar. De plegers zijn vrijwel altijd man en meestal een bekende van het slachtoffer. Bij geweld voor het 16^{de} jaar gaat het vaak om een familielid of een andere bekende. Bij geweld na het 16^{de} jaar is de pleger bij homo- of biseksuele mannen vaak een losse sekspartner of een andere bekende en bij lesbische en biseksuele vrouwen en transgenders vaak een vaste (ex-)partner of een andere bekende. Bij homo- en biseksuele mannen en vrouw-naar-man transgenders is de pleger ook relatief vaak een onbekende.

Een breed scala aan factoren die samen kunnen hangen met de hierboven beschreven aspecten van seksuele gezondheid zijn in dit onderzoek aan bod gekomen. Sommige van deze factoren hangen heel specifiek samen met één aspect van seksuele gezondheid, bijvoorbeeld het hebben van onbeschermde anale seks met losse partners of het meemaken van seksueel geweld, maar andere factoren hangen met meerdere aspecten samen. Psychische gezondheid is een factor die samenhangt met verschillende aspecten van seksuele gezondheid. Bij homo- en biseksuele mannen en lesbische en biseksuele vrouwen wordt bijvoorbeeld een samenhang gevonden tussen een goede psychische gezondheid en minder seksuele problemen. In drie van de vier groepen transgenders hangt dit samen met een positieve seksbeleving. In alle groepen LHBT's hangt het meemaken van seksueel geweld samen met een minder goede psychische gezondheid. Bij al deze verbanden kan een goede psychische gezondheid zowel oorzaak als gevolg zijn van een goede seksuele gezondheid. In de literatuur rond seksueel geweld wordt een verminderd psychosociaal welzijn vooral opgevat als een gevolg van de ervaringen met seksueel geweld. Minderheidsstress is ook een factor die met meerdere aspecten van seksuele gezondheid samenhangt, bijvoorbeeld met een minder

positieve seksuele beleving, met het meemaken van seksueel geweld en met testgedrag.

Andere factoren hangen meer specifiek met een onderdeel van de seksuele gezondheid samen. Zo hangt tevredenheid over het lichaam vooral samen met minder seksuele problemen en een positievere seksuele beleving bij transgenders. Het gebruik van drugs tijdens seks hangt vooral samen met onbeschermd seks met losse partners bij MSM. Wat onbeschermd seks met losse partners en testgedrag betreft spelen vooral attitudes een belangrijke rol: denkt men positiever over condooms en testen, dan worden condooms consequenter gebruikt en wordt er vaker getest. Gender non-conformiteit tijdens de kindertijd hangt vooral samen met het meemaken van seksueel geweld bij LHBT's die als jongen geboren zijn. Homo- en biseksuele mannen en man-naar-vrouw transgenders die in hun jeugd meisjesachtiger waren wat betreft gevoel, gedrag en uiterlijk, hebben vaker seksueel geweld meegemaakt.

Samengevat laten de resultaten van dit eerste onderzoek naar de seksuele gezondheid van LHBT's in Nederland een grote mate van diversiteit zien. De meeste LHBT's beleven seksualiteit positief. Er zijn echter ook zorgen. Veel transgenders hebben geen seks en vinden dit jammer. Een minderheid van de transgenders is tevreden over het seksleven, vooral over de manier waarop ze seks hebben. Onder alle LHBT's komen seksuele problemen veel voor. Vijftien procent van de MSM had het afgelopen jaar onbeschermd seks met losse partners. De effectiviteit van de andere risicoreductie strategieën die MSM hanteren is onzeker. Daarnaast komt seksueel geweld onder alle groepen LHBT's veel voor, vooral onder biseksuele vrouwen en vrouw-naar-man transgenders. De resultaten van dit onderzoek zijn besproken in een klankbordgroep met betrokken partijen die actief zijn op het gebied van de seksuele gezondheid van LHBT's. In de loop van 2014 zal dit nog grondiger gebeuren gedurende een aantal werkbijeenkomsten met relevante partijen. Daar zullen de resultaten worden gedeeld, prioriteiten worden benoemd en aanbevelingen voor interventies, beleid en verder onderzoek worden uitgewerkt. Met deze partijen willen we een agenda vormen om de seksuele gezondheid van LHBT's waar het goed gaat op peil te houden, en waar mogelijk te verbeteren.

SUMMARY

Rutgers WPF has been carrying out research into the sexual health of the Dutch population (Wijsen & De Haas, 2012) for many years. However, lesbian women, gay men, bisexual men and women and transgenders (LGBT) have so far remained underexposed in these studies. Other research (such as the Schorer Monitor) focused primarily on men who have sex with men (MSM) and the risk of STI/HIV. There are, however, signals which suggest that LGBTs are vulnerable in several aspects of their sexual health (Rutgers WPF, 2013). The Dutch National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) therefore commissioned Rutgers WPF to perform this first Dutch survey of the sexual health of LGBTs in a broader context. Almost 5,000 participants completed an electronic questionnaire containing questions relating to sexual behaviour, sexual pleasure and sexual problems, the use of condoms and other risk reduction strategies, testing behaviour and test results, experiences of sexual violence and factors that may be connected to these aspects of sexual health.

The findings show that there is considerable diversity within the LGBT group, not only in terms of sexual health, but also with regard to their sexual orientation and gender identity. Furthermore, there is great variety within the LGB group in the extent to which people are attracted to men and/or women. A large proportion of them is mainly attracted to the people of the opposite sex, but also to people of the same sex. While sexual attraction is closely linked to the way people identify themselves and their experiences of being in love, relationships and sexual relations with men and women, it is not entirely identical to these aspects of sexual orientation. Moreover, the overlap between sexual attraction and other aspects of sexual orientation is different for men and women. For instance, men who are primarily attracted to women (but also to men) usually refer to themselves as bisexual, while women who are primarily attracted to men (but also to women) generally refer to themselves as heterosexual.

There is a great deal of variety within the group of transgenders in terms of gender identity, self-labeling and wishes relating to gender expression and the desire to undergo transition. The differences are particularly large

between trans-men and trans-women on the one hand (who feel entirely male or female respectively) and transgenderists on the other (who feel they are part male and part female, somewhere in between, or identify with neither of the two). The sexual orientation of transgenders is highly diverse, and by proportion relatively more often homosexual or bisexual than among the national population.

Approximately a quarter of the LGBs had not had sex during the past six months. This was more often the case among lesbian women. Approximately half the transgenders had not had sex during the past six months. Not being sexually active is not a problem as such. However, many LGBTs who do not have sex, do consider this a pity. This applies to two thirds of the gay and bisexual men, two fifths of the lesbian and bisexual women and half the transgenders who had not had sex during the past six months. Furthermore, the majority of the LGBTs who had had sex reported that they would like to do so more often.

Just over half the gay men and almost half the lesbian women and bisexual men and women were satisfied with their sex lives in general. However, this does not apply to transgenders: only around a quarter of the trans-women and approximately a third of the trans-men and transgenderists were satisfied. A minority of transgenders is satisfied about the way that they have sex. LGBTs nevertheless experience sexuality more positively than negatively on average. The majority of the LGBTs enjoys sex, feels relaxed during sexual activities, has sufficient self-confidence and harbours no feelings of guilt about sex. There is nevertheless a considerable level of insecurity during sex among all groups, both in terms of physical appearance and performance. A large proportion of transgenders in particular said they felt uncertain about their body, felt uncomfortable during sex and found it difficult to be honest about their feelings.

Sexual problems among LGBT are certainly not uncommon. One in eight gay men has a sexual problem, while the ratio is one in six among bisexual men, one in nine among lesbian women, and one in seven among bisexual women. Sexual problems are a more common occurrence among transgenders, namely one in four among trans-women, trans-men and male-to-female transgenderists; and two in every five female-to-male

transgenderists. Erection problems were the most common among gay and bisexual men, while lesbian women and male-to-female transgenders faced problems primarily in the area of arousal, desire and orgasm. While such problems were also common among bisexual women and female-to-male transgenders, they faced pain-related problems as well.

Of the gay and bisexual men, 57% had had sex with (at least) one male partner during the past six months. In this report, these men are called men who have sex with men (MSM). Two thirds of all MSM had had sex with one or more steady partners, and 58% with casual partners. Of the men who had sex with one or more casual partners, 26% had had unprotected anal sex with these partners during the past six months. This amounts to 15% of all MSM. The percentage among HIV-positive MSM, however, is much higher: 61% of the HIV-positive MSM had had unprotected anal sex with a casual partner during the past six months. Most HIV-positive men, however, are in treatment for HIV and the level of HIV in their blood is undetectable. 80% of the HIV-negative and untested MSM who had unprotected sex with a casual partner during the past six months considered the chance that they may have contracted HIV during this period (very) small, while 15% said they had run no risk at all. HIV-positive respondents with unprotected contacts estimated the risk that they transmitted HIV to a partner even lower.

Many of the men with unprotected contacts (also) apply different strategies to minimise the risk of HIV transmission. HIV-negative and untested men enquire about their partners' HIV status, opting to have sex with HIV-negative men only. The majority of the HIV-positive men applies serosorting, *viral load* sorting and strategic positioning. The conditions governing the effective application of these risk reduction strategies, however, are that both partners' HIV status has been established and that both are frank about their status. Neither of these conditions should be taken for granted though. HIV stigma makes it far from easy for HIV-positive men to admit that they have HIV. Almost 80% of the HIV-positive men confirmed that they had experienced that another person declined to have sex on hearing their HIV status. Moreover, there are many MSM who do not know their own HIV status. Forty percent of the MSM has never been tested for HIV. Twenty-six percent of the MSM, had been tested for HIV during the past twelve months.

The prevalence of sexual intimidating behaviour and sexual violence is high among LGBTs. Approximately one in seven gay and bisexual men, a quarter of the lesbian women and one in three bisexual women had been the victim of sexual violence. The same applies to one in five of the male-to-female transgenders, one in three trans-men and almost half the female-to-male transgenderists. Young LGBTs are particularly vulnerable. The perpetrators are almost invariably male and usually known to the victim. In the case of violence before the age of sixteen, it is often a family member or some other acquaintance. In the case of violence after the age of sixteen among gay or bisexual men, the perpetrator is often a casual sex partner or some other acquaintance. Among lesbian and bisexual women and transgenders, however, it is often a steady (ex-)partner or some other acquaintance. And finally, among gay and bisexual men and female-to-male-transgenders, the perpetrator is also relatively often a stranger.

This survey looked into a wide range of factors that may associate with the aforementioned aspects of sexual health. While some of these factors are related to one specific aspect of sexual health, such as having unprotected anal sex with casual partners or being the victim of sexual violence, others are connected to several aspects. Mental health is a factor which is linked to various aspects of sexual health. For example, among gay and bisexual men and lesbian and bisexual women, an association has been identified between good mental health and fewer sexual problems. In three of the four groups of transgenders, this is also linked to a positive sexual experience. In all groups of LGBTs, however, there is a link between experiencing sexual violence and impaired mental health. In all these associations, good mental health may therefore be either the result or a consequence of good sexual health. In existing literature pertaining to sexual violence, impaired psychosocial wellbeing is primarily considered a consequence of experiences with sexual violence. Minority stress is another factor which is associated with various aspects of sexual health, including a less positive sexual experience, experiencing sexual violence and testing behaviour.

Other factors are more closely related to a specific aspect of sexual health. For example, a sense of satisfaction with one's body is primarily linked to fewer sexual problems and a more positive sexual experience among transgenders. The use of drugs during sex is mainly connected to

unprotected sex with casual partners among MSM. In terms of unprotected sex with casual partners and testing behaviour, attitudes in particular play a crucial role: the more positive people's attitude to condoms and testing is, the more consistent their use of condoms and the higher the frequency of testing. Gender non-conformity during childhood is primarily connected to the experience of sexual violence among LGBTs who were born male. There is a higher incidence of having experienced sexual violence among gay and bisexual men and male-to-female transgenders who felt, behaved and looked more feminine during childhood.

In short, the findings of this initial survey of the sexual health of LGBTs in the Netherlands show a high level of diversity. The majority of LGBTs experience sexuality in a positive way. However, there are also concerns. Many transgenders do not have sex, which they consider a pity. A minority of the transgenders is satisfied with their sex life, and in particular the way that they have sex. There is a high prevalence of sexual problems among all LGBTs. Fifteen percent of the MSM had had unprotected sex with casual partners within the past year. There are doubts as to the effectiveness of the other risk reduction strategies which MSM apply. Furthermore, the prevalence of sexual violence is high throughout all groups of LGBTs, though among bisexual women and female-to-male spectrum transgenders in particular. The findings were discussed in a sounding board, comprising parties operating the field of sexual health of LGBTs. More in-depth discussion is to take place at a number of working meetings with relevant parties during the course of 2014. At these meetings, the findings are to be interpreted, priorities set and recommendations drawn up with regard to interventions, policy and further research. We are keen to establish an agenda together with these parties, with a view to maintaining or possibly raising the levels of sexual health of LGBTs in those areas where it is currently favourable.

INHOUD

Hoofdstuk 1	Opzet en uitvoering van dit onderzoek	1
	<i>Hanneke de Graaf</i>	
1.1	Inleiding	1
1.2	Doel- en vraagstellingen	2
1.3	Betrokkenheid van stakeholders	2
1.4	De steekproeven	3
1.5	Meetinstrument	8
1.6	Analyses	8
1.7	Leeswijzer	10
Hoofdstuk 2	Seksuele oriëntatie, genderidentiteit en transitiewens	13
	<i>Tamar Doorduyn</i>	
2.1	Inleiding	13
2.2	Methode	19
2.3	Resultaten	19
2.4	Samenvatting en conclusies	37
Hoofdstuk 3	Seksueel gedrag, seksuele beleving en seksuele problemen van homo- en biseksuele mannen en lesbische en biseksuele vrouwen	43
	<i>Hanneke de Graaf en Charles Picavet</i>	
3.1	Inleiding	43
3.2	Methode	47
3.3	Resultaten	49
3.4	Samenvatting en conclusies	58
Hoofdstuk 4	Seksueel gedrag, seksuele beleving en seksuele problemen van transgenders	61
	<i>Tamar Doorduyn, Hanneke de Graaf en Charles Picavet</i>	
4.1	Inleiding	61
4.2	Methode	65
4.3	Resultaten	66
4.4	Samenvatting en conclusies	79

Hoofdstuk 5	Beschermingsgedrag van mannen die seks hebben met mannen	85
	<i>Maaïke Goeneë en Charles Picavet</i>	
5.1	Inleiding	85
5.2	Methode	89
5.3	Resultaten	92
5.4	Samenvatting en conclusies	100
Hoofdstuk 6	De seksuele gezondheid van homo- en biseksuele mannen met hiv	105
	<i>Maaïke Goeneë en Charles Picavet</i>	
6.1	Inleiding	105
6.2	Methode	109
6.3	Resultaten	112
6.4	Samenvatting en conclusies	120
Hoofdstuk 7	Testen op hiv en soa bij MSM	123
	<i>Maaïke Goeneë, Charles Picavet en Bouko H.W. Bakker</i>	
7.1	Inleiding	123
7.2	Methode	127
7.3	Resultaten	129
7.4	Samenvatting en conclusies	137
Hoofdstuk 8	Seksueel geweld en grensoverschrijding	141
	<i>Stans de Haas</i>	
8.1	Inleiding	141
8.2	Methode	144
8.3	Resultaten	146
8.4	Samenvatting en conclusies	158
Hoofdstuk 9	Conclusies en aanbevelingen	165
	<i>Hanneke de Graaf, Bouko H.W. Bakker en Ciel Wijsen</i>	
9.1	De seksuele gezondheid van homo- en biseksuele mannen	165
9.2	De seksuele gezondheid van lesbische en biseksuele vrouwen	168
9.3	De seksuele gezondheid van transgenders	169
9.4	Aanbevelingen voor preventie, hulpverlening en beleid	171

9.5	Beperkingen van dit onderzoek en onderzoeksagenda	177
-----	---	-----

Referenties		183
--------------------	--	------------

Bijlage 1	Concepten LHB vragenlijst	197
-----------	---------------------------	-----

Bijlage 2	Concepten Transgender vragenlijst	203
-----------	-----------------------------------	-----

Bijlage 3	Operationalisatie van factoren die samenhangen met seksuele gezondheid	207
-----------	--	-----

Bijlage 4	Deelnemers klankbordgroep	211
-----------	---------------------------	-----

HOOFDSTUK 1

OPZET EN UITVOERING VAN DIT ONDERZOEK

Hanneke de Graaf

1.1 Inleiding

Rutgers WPF voert al jaren het onderzoek *Seksuele Gezondheid in Nederland* uit (een periodiek landelijk representatief onderzoek naar de seksuele gezondheid van de Nederlandse bevolking van 15-70 jaar) (Bakker, De Graaf, De Haas, Kedde, Kruijer & Wijzen, 2009; Bakker & Vanwesenbeeck, 2006; Wijzen & De Haas, 2012). Lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuele mannen en vrouwen en transgenders (LHBT) zijn in deze monitors tot nu toe onderbelicht gebleven. De groepen LHBT die deelnamen aan deze monitors waren steeds klein. De gebruikte vragenlijsten waren ook niet specifiek voor deze doelgroep ontwikkeld. Ander onderzoek naar de seksuele gezondheid van LHBT richt zich meestal op MSM (mannen die seks hebben met mannen) en het risico op soa en hiv. (the EMIS Network, 2013; Van Empelen, Van Berkel, Roos, & Zuilhof, 2011). Nederlands onderzoek naar de seksuele gezondheid van transgenders is veelal kwalitatief van aard (Doorduyn & Van Berlo, 2012).

Een vergelijking tussen de kleine groep LHBT en heteroseksuele mannen en vrouwen in het laatste onderzoek *Seksuele Gezondheid in Nederland* levert aanwijzingen op dat LHBT kwetsbaar zijn op meerdere aspecten van seksuele gezondheid (Rutgers WPF, 2013). Het RIVM heeft daarom Rutgers WPF gevraagd om de thematiek van condoomgebruik en soa en hiv onder MSM zoals die in de voormalige Schorer Monitor aan de orde kwam, te verbreden naar seksuele gezondheid in brede zin en naar de bredere groep LHBT. *Seksuele Gezondheid in Nederland* biedt een geschikte basis om dit eerste Nederlandse surveyonderzoek naar de seksuele gezondheid van LHBT uit te voeren.

Seksuele gezondheid is een multidimensionaal begrip. In 2006 heeft de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) hiervoor de volgende werkdefinitie opgesteld: “een aan seksualiteit gerelateerde toestand van fysiek,

emotioneel, mentaal en sociaal welzijn; het is niet alleen de afwezigheid van ziekte, disfunctie of beperking. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties, alsook de mogelijkheid van plezierige en veilige seksuele ervaringen, zonder dwang, discriminatie en geweld. Om seksuele gezondheid te bereiken en te behouden, moeten de seksuele rechten van alle personen worden gerespecteerd, beschermd en gerealiseerd.” (WHO, 2010, pag. 3.) Naast deze werkdefinitie heeft de WHO een aantal kerngebieden geformuleerd als aandachtspunten voor nationaal beleid, waaronder seksueel overdraagbare aandoeningen (inclusief hiv), seksuele problemen, seksueel geweld en bevredigende seksuele ervaringen (WHO, 2010). In de huidige survey is voor elk van deze kerngebieden onderzocht hoe het hiermee gesteld is bij LHBT.

1.2 Doel- en vraagstellingen

Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de seksuele gezondheid van LHBT, inclusief het risico op soa en hiv bij MSM. Ook de risicofactoren op het gebied van seksuele gezondheid binnen de groepen lesbische en biseksuele vrouwen, homo- en biseksuele mannen en transgenders maken deel uit van dit onderzoek. De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden bij het ontwikkelen of aanpassen van beleid en preventieactiviteiten die zijn gericht op het verbeteren van de seksuele gezondheid van LHBT.

Dit onderzoek beantwoordt de volgende vraagstellingen:

- Hoe is het gesteld met de seksuele gezondheid van lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuele mannen en vrouwen en transgenders (LHBT)?
- Hoe is het gesteld met het risico op soa en hiv onder mannen die seks hebben met mannen (MSM)?
- Welke demografische en psychosociale factoren hangen samen met seksuele gezondheid en seksueel risicogedrag?

1.3 Betrokkenheid van stakeholders

Om het draagvlak voor dit onderzoek te vergoten en de bruikbaarheid in de praktijk zo groot mogelijk te maken, zijn verschillende partijen in het veld die zich bezig houden met de seksuele gezondheid van LHBT bij dit

onderzoek betrokken. Zij hebben meegedacht over de inhoud van de vragenlijst, de werving en beoogde samenstelling van de steekproef en de duiding van de resultaten. Dit gebeurde onder andere tijdens klankbordgroep bijeenkomsten. In de LHB-klankbordgroep zaten vertegenwoordigers van SANL, COC Nederland, LnBi, stichting Ondersteboven, Trimbos, SCP, RIVM, GGD Amsterdam, HIV Vereniging Nederland en MOVISIE. In de transgender-klankbordgroep zaten vertegenwoordigers van SANL, Patiëntenorganisatie Transvisie, TNN, Transvisie zorg, MOVISIE, Universiteit Antwerpen, SCP, RIVM, Genderteam VUmc, Genderteam UMCG, Transgendervereniging Nederland, Trimbos, TNO en Universiteit van Amsterdam. De klankbordgroepen zijn tweemaal bij elkaar gekomen om input te leveren op de LHBT Survey. In het voorjaar van 2013 werd in de LHB-klankbordgroep en in de transgender-klankbordgroep apart met elkaar van gedachten gewisseld over de inhoud van de vragenlijsten en werd de wervingsmethode besproken. In het najaar van 2013 werden de eerste resultaten besproken in één gezamenlijke klankbordgroep met zowel LHB als transgender experts. Hier werd een eerste reactie op deze resultaten gegeven en meegedacht over de duiding van de resultaten. Ook werden al wat eerste conclusies en aanbevelingen geformuleerd op grond van deze resultaten. Enkele experts hebben naast hun deelname aan de klankbordgroep nog extra inspanningen geleverd in de opzet en uitvoering van het onderzoek. Zij hebben bijvoorbeeld meegelezen in de vragenlijsten en eerste rapportages en deze van commentaar voorzien.

1.4 De steekproeven

Werving

Bij de werving en dataverzameling werd een differentiatie binnen de groep LHBT aangebracht. LHB (lesbische vrouwen, homoseksuele mannen en biseksuele mannen en vrouwen, die niet transgender zijn) en transgenders (homo-, bi- of heteroseksueel) zijn in werving en dataverzameling van elkaar gescheiden omdat een groepsspecifieke aanpak nodig bleek. Voor beide groepen geldt dat de werving in eerste instantie plaatsvond via het internetpanel van Intomart GfK. Voor het werven van LHB kregen alle panelleden (100.000) een korte screening lijst (met vragen naar geboortegeslacht en seksuele aantrekkings), waarmee werd vastgesteld of ze tot de doelgroep van dit onderzoek behoren. Indien iemand seksuele

aantrekking voelde tot mensen van hetzelfde geslacht, kreeg hij of zij de uitnodiging om mee te doen aan ons onderzoek. Mensen die op grond van hun geboortegeslacht en huidige genderidentiteit aan onze definitie van transgender voldeden, werd gevraagd of zij de vragenlijst voor transgenders in wilden vullen. Er zitten dus alleen LHB in de steekproef die niet transgender (= cisgender) zijn. Respondenten werden ook uitgenodigd om in hun netwerk mensen uit de doelgroep te werven (sneeuwbalmethode). Voor deelname ontvingen respondenten een kleine beloning. De dataverzameling voor deze respondenten liep van half juni tot eind juli 2013.

De verwachting was dat hiv-positieve mannen en mannen met meer dan twee seksuele partners in het laatste half jaar onvoldoende vertegenwoordigd zouden zijn in dit panel om uitspraken over deze kleinere subgroepen te kunnen doen. Een powerberekening toonde aan dat elke subgroep ten minste 65 personen moest omvatten. Als we uit deze subgroepen nog een kleinere selectie willen maken (bijvoorbeeld hiv-positieve MSM met losse sekspartners), moeten de totale subgroepen nog groter zijn. Deze groepen werden dan ook buiten het panel bijgeworven. Dat gebeurde via bannering op websites (dating en algemeen) en flyers op soa-poliklinieken van de GGD en hiv-behandelcentra. In het databestand en in de rapportage wordt altijd onderscheid gemaakt tussen leden van het panel van Intomart GfK en respondenten die via andere wervingsmethoden zijn binnengekomen, om helder te houden over welke groepen we uitspraken doen.

Transgenders werden ook in eerste instantie geworven via het panel van Intomart GfK. Onderdeel van dit panel is een maandelijkse screening waarin diverse vragen voorgelegd worden aan alle panelleden. Dit gaf ons de mogelijkheid de panelleden de vraag voor te leggen of zij persoonlijk transgenders kenden. Panelleden die deze vraag met 'ja' beantwoorden kregen later de uitnodiging om de selectievragen (geboortegeslacht en huidige genderidentiteit) in te vullen. Mensen bij wie de huidige genderidentiteit niet geheel of uitsluitend overeen kwam met het geslacht dat hen bij de geboorte was toegekend, kregen de uitnodiging om de transgender survey in te vullen. Datzelfde gold voor mensen die via de vraag naar geboortegeslacht en seksuele aantrekking geselecteerd waren voor de LHB survey en die daarnaast op grond van hun geboortegeslacht en

huidige genderidentiteit aan onze definitie van transgender voldeden. Zij kregen de mededeling dat er apart onderzoek werd gedaan onder mensen met transgender gevoelens of een transgender verleden en de vraag of zij hier aan deel wilden nemen. Panelleden die hier positief op reageerden, ontvingen een uitnodiging voor de transgender vragenlijst.

Omdat het aantal transgenders dat via het panel geworven is (N=131) te klein was om verschillen tussen subgroepen te kunnen toetsen, waren wij genooddaakt voor deze doelgroep ook een aanvullende werving te doen. Daartoe werd een oproep tot deelname aan het onderzoek verspreid via allerlei transgender organisaties en kanalen, zoals het kennis- en zorgcentrum Genderdysforie van het VUMC, het genderteam van het UMCG, Transvisie Zorg, Patiëntenorganisatie Transvisie, Transgendervereniging Nederland, Transgender Netwerk Nederland, Stichting Transman, Transvrouw.nl, Transman.nl, Facebook groep Gender Zone, VM Mailinglist, Het Continuüm en TranScreen. We hebben deze organisaties en kanalen gevraagd om onze oproep te verspreiden via websites, artikelen in tijdschriften, mailingen via adressenbestanden van organisaties, flyers, sociale media en transgenderactiviteiten. Organisaties konden ook zelf een oproep formuleren in hun eigen bewoordingen. De werving van transgenders liep tussen half juli en eind augustus 2013.

Representativiteit en weging

Uit het panel werden uiteindelijk 3056 lesbische en biseksuele vrouwen en homo- en biseksuele mannen geworven (de LHB panel steekproef). Omdat we niet weten hoe de LHB populatie in Nederland is samengesteld wat betreft demografische kenmerken, kan een LHB steekproef niet gecontroleerd worden op representativiteit. Voor de algemene bevolking zijn deze cijfers op te vragen bij het CBS, maar voor de LHB doelgroep zijn deze cijfers niet beschikbaar. De werving van een LHB-steekproef via een panel is binnen de randvoorwaarden van dit onderzoek de beste mogelijkheid om een groep LHB samen te stellen die als indicatie kan fungeren voor de Nederlandse populatie LHB's. Panelleden zijn immers niet geworven via een kanaal dat iets te maken heeft met hun seksuele oriëntatie of genderidentiteit. De steekproef is dus onafhankelijk van de seksuele gezondheid of seksuele oriëntatie geformeerd.

HOOFDSTUK 1

Na afloop van de wervingsperiode viel op dat er relatief veel 35- tot en met 54-jarigen in de LHB panel steekproef zaten. We zouden in een LHB steekproef - net als in de landelijke populatie - een evenwichtige verdeling naar leeftijd verwachten. De LHB panel steekproef is daarom gewogen op leeftijd. Hiermee is de leeftijdsverdeling gelijk gemaakt aan die onder mannen en vrouwen in de landelijke populatie. De weegfactoren variëren van 0,685 tot 3,161. In Tabel 1.1 is de verdeling over demografische kenmerken van de gewogen LHB panel steekproef weergegeven. De transgender steekproef is grotendeels wel select geworven, via kanalen die iets te maken hebben met hun transgender-zijn of verleden. Deze steekproef is daarom niet gewogen.

Omvang en samenstelling van de steekproeven

Op grond van geboortegeslacht werden de 3054 respondenten in de LHB panel steekproef verdeeld in vier groepen: 333 lesbische vrouwen (vrouwen die alleen op vrouwen vallen), 815 homoseksuele mannen (mannen die alleen op mannen vallen), 1141 biseksuele vrouwen (vrouwen die vooral op vrouwen, evenveel op mannen als vrouwen of vooral op mannen vallen) en 765 biseksuele mannen (mannen die vooral op mannen, evenveel op mannen als vrouwen of vooral op vrouwen vallen). De keuze voor deze categorisering wordt toegelicht in hoofdstuk 2. In Figuur 1.1 staat een overzicht van de diverse steekproeven in dit onderzoek. Sommige vragen zijn aan een subgroep voorgelegd. Ook was het bij een aantal vragen voor de respondenten mogelijk om deze vraag niet te beantwoorden of de antwoord optie 'weet ik niet' aan te kruisen. Hierdoor kan het aantal respondenten (N) per analyse verschillen.

Een deel van de homo- en biseksuele mannen in de LHB panel steekproef is MSM (deze mannen hadden in de afgelopen 6 maanden seks gehad met één of meer mannen, N=883). Via een aantal specifieke MSM kanalen werden 1025 MSM bijgeworven. Deze aanvullend geworven groep MSM wordt beschreven in hoofdstuk 5. Daarnaast maken hiv-positieve mannen deel uit van zowel de LHB panel steekproef als de aanvullend geworven groep mannen. De samenstelling van de groep hiv-positieve mannen komt in hoofdstuk 6 aan bod.

De transgender survey werd door 576 respondenten volledig ingevuld. Op grond van het geslacht dat zij bij de geboorte hebben toegewezen

OPZET EN UITVOERING VAN DIT ONDERZOEK

gekregen werden zij verdeeld in twee categorieën: transgenders in het man-naar-vrouw-spectrum (N=325) en transgenders in het vrouw-naar-man-spectrum (N=251). In Tabel 1.2 is de verdeling op demografische kenmerken van deze groepen te vinden. Binnen deze groepen maken we ook nog onderscheid tussen transmannen of transvrouwen (die zich helemaal man respectievelijk vrouw voelen) en transgenderisten (die zich deels als man en deels als vrouw, als iets ertussenin of als geen van beide identificeren).

In Figuur 1.1 is te zien dat de onderzoeksgroep een complex samengestelde steekproef is. In de verschillende hoofdstukken in dit boek wordt, afhankelijk van het onderwerp, een relevante steekproef samengesteld. Hierbij zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van de LHB panel steekproef, omdat hiermee zo dicht mogelijk bij de Nederlandse populatie LHB's gebleven kan worden.
- Wanneer de groep te klein is in de panel steekproef wordt gebruik gemaakt van de aanvullend geworven steekproeven. Dat geldt voor de (delen van) hoofdstukken over transgenders en hiv-positieve mannen, maar ook voor bepaalde subgroepen MSM, bijvoorbeeld MSM met onbeschermde losse contacten.

In elk hoofdstuk wordt expliciet aangegeven welke onderzoeksgroep gebruikt is.

Figuur 1.1. Samenstelling steekproef

	Panel	Aanvullend	Totaal
Homoseksuele mannen	815		815
Biseksuele mannen	765		765
MSM	883	1025	1908
HIV+ mannen	52	91	143
Lesbische vrouwen	333		333
Biseksuele vrouwen	1141		1141
MV transgenders	52	273	325
VM transgenders	79	172	251
Totaal	3185	1561	4746

1.5 Meetinstrument

Het beschrijven van de seksuele gezondheid van LHBT in brede zin en de relevantie voor beleid en preventie waren richtinggevend voor de selectie van onderwerpen. Hiervoor werd gebruik gemaakt van input uit het veld door het betrekken van stakeholders in klankbordgroep bijeenkomsten. De relevantie voor beleid en preventie betekent dat we ons niet willen beperken tot het beschrijven van de seksuele gezondheid, maar dat de factoren die samenhangen met de seksuele gezondheid van LHBT ook van belang zijn. Er is daarom sprake van drie categorieën variabelen:

- Demografische achtergrond variabelen;
- Indicatoren seksuele gezondheid, oftewel uitkomstmaten;
- Samenhangende factoren van de uitkomstmaten.

Bij de selectie en het operationaliseren van relevante concepten wordt zoveel mogelijk aangesloten bij andere onderzoeken, zoals de *Schorer Monitor*, *Seksuele Gezondheid in Nederland* en EMIS.

Er zijn twee aparte vragenlijsten ontwikkeld: één voor cis-gender lesbische vrouwen, homoseksuele mannen en biseksuele mannen en vrouwen en één voor transgender mannen en vrouwen. Hier is voor gekozen omdat transgenders naar verwachting met andere problematiek te maken krijgen en vraagstellingen vaak anders geformuleerd moeten worden.

De concepten die aan bod komen in de LHB vragenlijst zijn te vinden in bijlage 1, de concepten die gebruikt zijn in de transgender vragenlijst in bijlage 2. De operationalisaties van de uitkomstmaten worden in de relevante hoofdstukken beschreven. Uitkomstmaten zijn bijvoorbeeld seksueel gedrag, seksuele beleving, seksuele problemen, condoomgebruik, testgedrag en ervaringen met grensoverschrijding. De operationalisaties van de factoren die samenhangen met seksuele gezondheid zijn te vinden in bijlage 3. Dat zijn bijvoorbeeld traumatische jeugdervaringen, psychische en lichamelijke gezondheid, eigenwaarde, spanning zoeken, middelengebruik tijdens seks, gendernonconformiteit en minderheidsstress.

1.6 Analyses

Voor het toetsen van verschillen tussen groepen, bijvoorbeeld tussen homoseksuele en biseksuele mannen, of tussen transvrouwen en man-naar-

vrouw transgenderisten, zijn verschillende statistische technieken gebruikt. Verschillen tussen groepen respondenten op uitkomsten die in percentages worden weergegeven (zoals het percentage homoseksuele en biseksuele mannen dat bepaald gedrag vertoont) zijn getoetst met behulp van de χ^2 -toets. Bij het vergelijken van gemiddelden tussen groepen (zoals de gemiddelde scores van homoseksuele en biseksuele mannen op een attitudeschaal) is gebruik gemaakt van een variantieanalyse. We presenteren alleen beschrijvende statistieken bij subgroepen met een ongewogen omvang van 30 of meer.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen zeer kleine verschillen (Cramer's $V < .10$ of $\text{Eta}^2 < .02$) en kleine verschillen (Cramer's $V > .10$ of $\text{Eta}^2 > .02$). Kleine significante verschillen worden aangegeven met een $\blacktriangle$ en $\blacktriangledown$, zeer kleine significante verschillen worden aangegeven met een $\triangle$ of $\triangledown$. Een $\triangledown$ geeft aan dat een percentage bij de ene groep lager is dan het overeenkomstige percentage bij de andere groep, en dat het verschil zeer klein is. Bij groepsverschillen wordt een significantieniveau gehanteerd van .05. Dit betekent dat de kans dat de gevonden verschillen op toeval berusten kleiner is dan 5%.

In de meeste hoofdstukken wordt ook gekeken naar factoren die samenhangen met seksuele gezondheid, bijvoorbeeld met seksuele tevredenheid (dit is een variabele op intervalniveau) of het hebben van een functieprobleem (dit is een dichotome uitkomstmaat). Voor het toetsen van samenhangen met een dichotome uitkomstmaat wordt gebruik gemaakt van binaire logistische regressie. In de tabellen worden Odds Ratio's (OR) en betrouwbaarheidsintervallen (BI) gerapporteerd. Een OR laat zien hoeveel groter of kleiner de kans op de uitkomstmaat is in een bepaalde groep (bijvoorbeeld in de groep van mensen met een vaste partner) of als iemand op een schaal 1 punt omhoog gaat (bijvoorbeeld de schaal van psychische gezondheid). Een OR kleiner dan 1 wijst dan op een negatief verband, een OR groter dan 1 op een positief verband.

Samenhangen met een uitkomstmaat op intervalniveau worden getoetst met lineaire regressie. In de tabel worden in dit geval gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten (β) weergegeven. Deze geven de richting en de sterkte van het verband met de uitkomstmaat aan. Een positieve regressiecoëfficiënt duidt op een positief verband, een negatieve

regressiecoëfficiënt op een negatief verband. Naarmate een regressiecoëfficiënt dichterbij -1 of +1 ligt, is een gevonden verband sterker. Wanneer alleen bivariate samenhangen onderzocht worden, gebruiken we Pearson's product-moment correlaties (bij een uitkomstmaat op interval niveau) of Spearman correlaties (bij een dichotome uitkomstmaat). De hoogte van deze correlatie coëfficiënten is op een vergelijkbare manier te interpreteren als die van gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten.

In verschillende hoofdstukken worden zowel bivariate als multivariate regressies uitgevoerd. De reden hiervoor is dat beide soorten regressies waardevolle informatie opleveren. In de bivariate analyses is te zien welke factoren afzonderlijk van elkaar met de uitkomstmaat samenhangen. Dit levert vooral informatie op over risicogroepen, bijvoorbeeld dat mannen die psychisch minder gezond zijn vaker onbeschermd seks hebben, maar ook mannen die van spannende seks houden en mannen die negatief denken over condoomgebruik. De multivariate analyses laten vervolgens zien welk van deze factoren er overblijven na controle voor elkaar. Het toont als het ware welke factoren het sterkst met de uitkomstmaat samenhangen. Het toont preventiewerkers op welke factoren moet worden ingezet om de kans op het veranderen van de uitkomstmaat zo groot mogelijk te maken. Als in het bovengenoemde voorbeeld in de multivariate analyses alleen de attitude ten aanzien van condooms samenhangt met het hebben van onbeschermd seks, dan wordt de kans dat iemand een condoom gaat gebruiken vooral groter als hij hier anders over gaat denken.

1.7 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk worden de begrippen seksuele oriëntatie en genderidentiteit toegelicht en wordt de prevalentie van verschillende seksuele oriëntaties en genderidentiteiten beschreven. Hoofdstuk 3 en 4 gaan over het seksuele gedrag, de seksuele beleving en de seksuele problemen van respectievelijk LHB's en transgenders. Hoofdstuk 5 heeft betrekking op condoomgebruik onder MSM en andere strategieën die MSM kunnen toepassen om het risico op soa en hiv te verkleinen. In hoofdstuk 6 wordt ingegaan op de seksuele gezondheid van mannen met HIV en in hoofdstuk 7 wordt het testgedrag onder MSM beschreven. De prevalentie van seksueel geweld en grensoverschrijding onder LHBT vormt het

OPZET EN UITVOERING VAN DIT ONDERZOEK

onderwerp van hoofdstuk 8. In het afsluitende hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten samengevat en worden er op basis van deze resultaten aanbevelingen gedaan voor preventie, beleid en toekomstig onderzoek.

Tabel 1.1. Samenstelling LHB panel steekproef, gewogen op leeftijd (%)¹

	Mannen		Vrouwen	
	Homo	Bi	Lesbisch	Bi
	N=815	N=765	N=333	N=1141
Leeftijd				
16-24	16,7	13,2	9,9	15,9
25-34	17,9	14,7	12,3	17,4
35-54	41,0	35,8	42,1	37,3
55-88	24,4	36,2	35,7	29,4
Opleidingsniveau ²				
Laag	14,6	20,5	16,0	15,1
Midden	35,5	36,9	34,0	38,5
Hoog	49,9	42,6	50,1	46,4
Etniciteit				
Niet-westers allochtoon ²	1,4	1,6	1,5	2,9
Geloof				
Gelovig	36,2	39,8	33,3	31,9
Woonplaats				
Dorp	16,5	23,2	19,7	20,3
Kleine of middelgrote stad	44,4	52,3	54,7	51,3
Grote stad	39,1	24,5	25,5	28,4
Relatiestatus				
Getrouwd	24,4	43,3	36,9	34,4
Samenwonend	18,8	11,3	19,6	19,8
LAT-relatie	15,1	9,2	11,6	13,4
Geen vaste partner	41,7	36,1	31,9	32,3
Kinderen				
Ja	9,4	49,2	38,1	50,4

¹ Het gaat hier om mannen en vrouwen die niet transgender zijn. Lesbische, homoseksuele en biseksuele transgenders hebben een andere vragenlijst ingevuld.

² Voor de indeling naar opleidingsniveau en de definitie van niet-westers allochtoon is aangesloten bij de richtlijnen van het CBS (Statline, 2013).

HOOFDSTUK 1

Tabel 1.2. Samenstelling transgender steekproef (%)

	MV		VM	
	Trans- vrouw	MV- transgenderist	Transman	VM- transgenderist
	N=183	N=142	N=148	N=103
Werving				
Via panel	4,9	30,3	9,5	63,1
Leeftijd				
18-24	8,2	9,2	38,5	11,7
25-34	16,9	12,8	18,2	25,2
35-54	46,4	47,5	35,8	46,6
55-88	28,4	30,5	7,4	16,5
Opleidingsniveau ¹				
Laag	20,1	22,5	25,2	13,0
Midden	41,3	42,8	42,7	41,0
Hoog	38,5	34,8	32,2	46,0
Etniciteit				
Niet-westers allochtoon ¹	3,3	2,8	11,5	3,9
Geloof				
Gelovig	34,3	38,4	30,8	35,1
Woonplaats				
Dorp	26,8	31,7	28,4	21,4
Kleine/middelgrote stad	39,3	46,5	39,8	49,5
Grote stad	33,9	21,8	31,8	29,1
Relatiestatus				
Getrouwd	24,6	33,1	14,2	21,4
Samenwonend	10,4	10,6	6,1	18,4
LAT-relatie	12,0	8,5	19,6	6,8
Geen vaste partner	53,0	47,9	60,1	53,4
Kinderen				
Ja	38,3	46,5	14,9	33,0

¹ Voor de indeling naar opleidingsniveau en definitie van niet-westers allochtoon is aangesloten bij de richtlijnen van het CBS (Statline, 2013).

HOOFDSTUK 2

SEKSUELE ORIËNTATIE, GENDERIDENTITEIT EN TRANSITIEWENS

Tamar Doorduyn

2.1 Inleiding

Steeds vaker wordt in Nederland de afkorting LHBT gebruikt. Deze afkorting staat voor lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuele mannen en vrouwen en transgenderpersonen. Lesbische vrouwen en homoseksuele mannen voelen zich uitsluitend aangetrokken tot personen van hetzelfde geslacht, biseksuele mannen en vrouwen tot mensen van beide geslachten, en bij transgenderpersonen komen geboortegeslacht en genderidentiteit niet (geheel) overeen. De afkorting LHBT verwijst kortom naar minderheden op het gebied van gender en seksualiteit. De afkorting is in bepaalde opzichten verwarrend. Het suggereert dat L, H, B en T vier homogene groepen zijn, die gemakkelijk van elkaar zijn te onderscheiden. In feite gaat het echter om twee seksuele minderheden (homo- en biseksuelen) en om één minderheid op het gebied van genderidentiteit (transgenders). LHB en T overlappen gedeeltelijk: een deel van de LHB's is transgender, een deel van de transgenders is LHB.

Er zijn bovendien veel aanwijzingen dat homo- en biseksuele mannen en vrouwen gevarieerd zijn in hun precieze seksuele voorkeur (Diamond, 2008; Kooiman & Keuzenkamp, 2012; Savin-Williams, Joyner & Rieger, 2012; Thompson & Morgan, 2008; Van Lisdonk & Van Bergen, 2010; Vrangalova & Savin-Williams, 2012), en dat transgenders onderling sterk verschillen in hun genderidentiteit en transitiewens. Kortom: seksuele- en genderminderheden zijn geen homogene groepen als het gaat om precies die aspecten die hun LHBT-zijn definiëren: seksuele oriëntatie, genderidentiteit en transitiewens.

Het is belangrijk om meer inzicht te krijgen in deze 'heterogeniteit' in seksuele oriëntatie, genderidentiteit en transitiewens binnen LHBT. Ten eerste is dat belangrijk voor LHBT's zelf, vooral wanneer zij zoekende zijn naar hun identiteit. Uit een behoeftepeiling onder jonge LHBT's bleek dat

zij lang kunnen twijfelen over hun precieze ‘label’, zeker wanneer hun seksuele oriëntatie, genderidentiteit of transitiewens niet overeenkomt met het beeld dat zij hebben van LHBT’s (Doorduyn & Van Lee, 2013). Ook voor professionals die met LHBT’s werken of kennis over LHBT’s aan het algemene publiek overdragen, is het belangrijk voldoende kennis te hebben over de variatie aan gevoelens en identiteiten binnen LHBT’s.

In dit hoofdstuk staan drie onderzoeksvragen centraal:

- In welke mate is er sprake van variatie in de seksuele oriëntatie van LHB’s?
- In welke mate is er sprake van variatie in genderidentiteit en transitie(wens) bij transgenders?
- Wat is de prevalentie van verschillende seksuele oriëntaties bij transgenders?

Er wordt eerst beschreven wat er al op dit gebied bekend is. Daarna worden de resultaten van het huidige onderzoek beschreven.

Variatie in seksuele oriëntatie

Seksuele oriëntatie verwijst naar de mate waarin iemand gericht is op mannen, vrouwen of beiden in seksueel en romantisch opzicht. Het wordt meestal gezien als een min of meer constant kenmerk van een persoon, dat zich kan uiten in seksueel gedrag of zelfbenoeming als homo-, bi- of heteroseksueel (Sell, 2007). In onderzoek wordt seksuele oriëntatie op verschillende manieren bevraagd. Vragen naar seksuele aantrekking, zelfbenoeming en seksueel gedrag zijn het meest gebruikelijk. Deze manieren van vragen leveren verschillende resultaten op (Kooiman & Keuzenkamp, 2012; Rutgers WPF, 2013). Een man die aangeeft dat hij wel eens seks heeft met mannen (gedrag), noemt zichzelf bijvoorbeeld niet per definitie homo- of biseksueel (zelfbenoeming), en geeft niet per definitie aan dat hij zich seksueel (ook) aangetrokken voelt tot mannen (aantrekking). Seksuele aantrekking, zelfbenoeming en seksueel gedrag corresponderen dus niet altijd één op één met elkaar.

Seksuele oriëntatie is dan ook geen eendimensionaal begrip, maar bestaat uit meerdere facetten. Er is veel discussie over de vraag welk van deze facetten het meest geschikt is als basis voor onderscheid tussen hetero-, homo- en biseksuelen (Sell, 1997; Sell & Becker, 2001; Saewyc et al., 2004; Friedman et al., 2004; Savin-Williams, 2006; Kooiman & Keuzenkamp, 2012). Vaak wordt geconcludeerd dat dit afhangt van het onderzoeksdoel

(Savin-Williams, 2006; Friedman et al., 2004). In recenter onderzoek bleek dat er meer manieren van meten zijn: ook verliefdheid op mannen, vrouwen of beiden en het geslacht van de (gewenste) vaste partner worden door LHB's ervaren als aspecten van hun seksuele oriëntatie (Friedman et al., 2004).

Dat seksuele voorkeur meerdere facetten heeft, betekent dat er mensen zijn die niet zo gemakkelijk in kunnen worden gedeeld in een categorie. Dit geldt bijvoorbeeld voor mannen die seks hebben met mannen en zich heteroseksueel noemen. Maar ook in andere opzichten vormen seksuele minderheden geen homogene groepen. Binnen het onderzoek naar seksuele oriëntatie is de laatste jaren veel aandacht voor de variatie in seksuele oriëntatie onder homo- en biseksuelen.

Ten eerste wordt in Nederlands onderzoek tegenwoordig vaak onderscheid gemaakt tussen homo- en biseksuele mannen en vrouwen (Keuzenkamp, Kooiman & Van Lisdonk, 2012; Rutgers WPF, 2013), terwijl deze in het verleden meestal samen werden gegroepeerd. Biseksuele mannen en vrouwen blijken van homoseksuele mannen en lesbische vrouwen te verschillen als het gaat om coming out (Keuzenkamp, Kooiman & Van Lisdonk, 2012) en seksuele gezondheid (Rutgers WPF, 2013).

Ten tweede is er veel aandacht voor variatie en fluctuatie in seksuele oriëntatie die verder gaat dan het onderscheid tussen homo- en biseksualiteit. Diamond (2008) gebruikt hiervoor de term 'seksuele fluiditeit'. Seksuele fluiditeit verwijst zowel naar niet-exclusieve aantrekking (seksuele aantrekking die niet slechts op mensen van een geslacht is gericht) als naar de mogelijkheid dat iemands seksuele aantrekking en seksueel label fluctueert. Uit haar onderzoek onder 100 niet-heteroseksuele vrouwen blijkt dat de meerderheid van hen over de gehele periode waarin zij werden gevolgd non-exclusief waren in hun seksuele aantrekking. Ongeveer de helft was het een beetje of helemaal eens met de stelling dat zij zich doorgaans aangetrokken voelden tot 'de persoon, niet tot het geslacht'. Iets minder dan de helft veranderde over de jaren heen in de mate waarin zij zich aangetrokken voelden tot mannen en/of vrouwen. Dit gold vooral voor de vrouwen die van begin af aan meer non-exclusief waren in hun seksuele aantrekking. Tot slot gaf de

meerderheid van de vrouwen in deze studie aan dat zij zich vooral tot mannen, maar ook tot vrouwen aangetrokken voelden (Diamond, 2008).

Ander, grootschaliger onderzoek bevestigt deze resultaten. In een grotere groep jongvolwassen mannen en vrouwen blijkt dat een minderheid van 'label' verandert. Ook dit geldt vooral voor biseksuelen en vrouwen. Mannen en mensen die zichzelf als '100% heteroseksueel' of '100% homoseksueel/lesbisch' beschouwen, zijn stabiel in hun seksuele zelfbenoeming. In deze studie is de groep die zich als 'vooral heteroseksueel' identificeert relatief groot. Deze groep is groter dan alle andere seksuele minderheden (Savin-Williams, Joyner & Rieger, 2012). Thompson en Morgan (2008) en Vrangalova en Savin-Williams (2012) onderzochten het seksuele en relationele gedrag van deze groep 'vooral heteroseksuelen'. Deze groep bevindt zich in hun seksuele en relationele gedrag inderdaad 'tussen' de hetero- en biseksuele controlegroepen. Deze groep heeft in dezelfde mate als homo- en biseksuelen te maken met identiteitsexploratie en identiteitsonzekerheid (Thompson en Morgan, 2008).

Tot slot is er veel aandacht in onderzoek voor de groep (vaak jonge) LHB's die hun seksuele oriëntatie liever niet labelen. Volgens Savin-Williams' (2001) wijst een deel van de jonge LHB's seksuele labels om persoonlijke of politieke redenen af. In Nederlands onderzoek onder jonge LHB's geeft 20% van hen hun seksuele voorkeur liever geen naam (Van Lisdonk & Van Bergen, 2010). Ook in het onderzoek van Diamond was *unlabeled* een vaak voorkomend label (Diamond, 2008).

Variatie in genderidentiteit en transitie(wens)

Het begrippenkader rondom transgender is nog volop in ontwikkeling. In dit onderzoek wordt 'transgender' beschouwd als 'parapluterm' voor mensen bij wie geboortegeslacht en genderidentiteit niet (geheel) overeenkomen. Geboortegeslacht is het geslacht dat men bij de geboorte, op grond van het lichaam, toegewezen heeft gekregen. Genderidentiteit is de diepgevoelde overtuiging man, vrouw, beide, geen van beiden of iets er tussenin te zijn. In dit onderzoek maken we onderscheid tussen transvrouwen en transmannen enerzijds, en transgenderisten anderzijds. Transvrouwen zijn mensen die zich vrouw voelen en bij de geboorte het mannelijk geslacht kregen toegewezen, bij transmannen is het net

andersom. De termen ‘transvrouw’ en ‘transman’ laten open of iemand een geslachtsaanpassende behandeling wenst. Met ‘transgenderist’ bedoelen we iedereen die zich iets anders dan man of vrouw voelt. De afkortingen VM en MV staan voor vrouw-naar-man en man-naar-vrouw. In dit onderzoek worden deze termen gebruikt om te verwijzen naar twee spectra: het vrouw-naar-man spectrum en het man-naar-vrouw spectrum. We gebruiken de termen VM-transgender en MV-transgender om naar alle transgenders in dit spectrum te verwijzen.

Voordat in de jaren ‘90 de term ‘transgender’ in zwang kwam, werd meestal strikt onderscheid gemaakt tussen twee te onderscheiden groepen transgenders: travestieten en transseksuelen. Met travestie wordt verwezen naar mensen die zich met hun geboortegeslacht identificeren, maar zich graag af en toe kleden en uiten als het andere geslacht. ‘Transseksueel’ verwijst naar mensen die zich geheel met het andere dan het geboortegeslacht identificeren en behoefte hebben aan hormoonbehandeling en geslachtsoperaties. Het begrip ‘transgender’ gaat juist uit van een continuüm aan genderidentiteiten en behandelwensen. Het laat bijvoorbeeld ruimte aan mensen die zich iets ‘ertussenin’ voelen, wel hormonen maar geen operaties wensen, of die zich ondanks hun behandelwens niet geheel man óf vrouw voelen (Stryker, 2008). Maar bestaat er inderdaad een continuüm aan genderidentiteiten en transitiewensen, of zijn er wel degelijk afzonderlijke groepen te onderscheiden? Oftewel: wat zijn onderlinge verschillen en overeenkomsten tussen transgenders, en gaat het om absolute of graduele verschillen? Hiernaar is in Nederland nog weinig onderzoek verricht.

Kuyper (2012) onderzocht de prevalentie van transgender gevoelens in Nederland. In dit onderzoek is gevraagd naar genderidentiteit, onvrede met het lichaam en behandelwens. Slechts een minderheid van degenen die zich psychisch minstens evenveel met het andere als het geboortegeslacht identificeerden, had ook onvrede met het lichaam of een behandelwens. Deze uitkomst maakt duidelijk dat er een grote mate van variatie tussen transgenders bestaat in genderidentiteit, onvrede met het lichaam en behandelwens.

Het SCP verrichtte in 2012 onderzoek naar de situatie van transgenders in Nederland (Keuzenkamp, 2012). De focus in dit onderzoek lag vooral op

emancipatie en kwaliteit van leven. Daarnaast leverde het onderzoek een aantal gegevens over onderlinge variatie tussen transgenders. De meerderheid van de respondenten in dit onderzoek bleek stappen te ondernemen om in transitie te gaan, of wilde deze stappen nemen. De steekproef bestond, in tegenstelling tot de steekproef van Kuiper, voor de meerderheid uit transgenders die zich als vrouw óf man identificeren. Dit roept de vraag op hoe het zit met de transitiewensen van transgenders die zich als iets anders dan vrouw óf man identificeren.

De seksuele oriëntatie van transgenders

Er is overlap tussen LHB en T: een deel van de transgenders is lesbisch, homoseksueel of biseksueel. In verschillende studies onder transgenderpersonen is gevraagd naar hun seksuele oriëntatie. De uitkomsten lopen zeer uiteen. Ze zijn moeilijk met elkaar te vergelijken omdat seksuele oriëntatie op verschillende manieren is bevraagd en omdat het om verschillende soorten steekproeven gaat. Geen van de steekproeven kan als representatief worden beschouwd, aangezien het niet mogelijk is om onder alle transgenders in Nederland een aselekt geworven steekproef te trekken. Soms is geworven onder het patiëntenbestand van een genderteam (klinische context), soms is voornamelijk via transgenderorganisaties geworven.

Uit de meeste studies blijkt dat de meerderheid van de transmannen zich uitsluitend of vooral¹ tot vrouwen aangetrokken voelt, met percentages variërend van 61% (Vennix, 2010), 70% (Smith et al., 2005a) 73% (Motmans, T'Sjoen en Meier, 2011) tot 91% (De Cuypere et al., 2005). De seksuele oriëntatie van transvrouwen verschilt sterk per onderzoek. Het percentage dat zich aangetrokken voelt tot mannen loopt uiteen van 20% (Vennix, 2010) en 26% (Motmans, T'Sjoen en Meier, 2011) tot 54% (Smith et al., 2005) en 56% (De Cuypere et al., 2005). Slechts in één onderzoek is onder transgenders die geen behandelwens hebben, gevraagd naar hun seksuele voorkeur. Hieruit bleek dat 72% van de MV-transgenders (vooral) op vrouwen valt, 4% (vooral) op mannen en 20% op beide. Van de VM-transgenders zonder behandelwens valt 52% (vooral) op vrouwen, 26% (vooral) op mannen en 13% op beide (Vennix, 2010).

¹ Afhankelijk van de manier van categoriseren

Mogelijk maakt het verschil of er in een klinische context of via transgenderorganisaties is geworven. In studies met een klinische steekproef zijn de percentages heteroseksuele (vanuit genderidentiteit) transvrouwen en transmannen doorgaans hoger. Daarnaast speelt de manier van vragen waarschijnlijk een rol. In onderzoek dat meer variatie in antwoorden toestaat komen bisexualiteit en asexualiteit relatief vaak voor (Bockting, Benner & Coleman, 2009; Coleman, Bockting, & Gooren, 1993; Vennix, 2010). Motmans, T'Sjoen en Meier (2011) onderzochten ook de mate waarin seksuele oriëntatie van transgenders die al in hun gewenste geslacht leefde, was veranderd sinds de periode vóór aanvang van hun geslachtsaanpassende behandeling. In totaal gaf 24% van de respondenten aan dat hun seksuele oriëntatie was veranderd. Dit gold met name voor transvrouwen.

2.2 Methode

In dit hoofdstuk worden de resultaten gerapporteerd van onderzoek onder 1474 lesbische en biseksuele vrouwen, 1580 homo- en biseksuele mannen, 325 MV-transgenders en 251 VM-transgenders. De resultaten voor de LHB hebben betrekking op de LHB panel steekproef. De transgender respondenten zijn zowel geworven via een panel als via transgenderorganisaties en andere transgenderspecifieke kanalen. Een uitgebreide beschrijving van de werving en steekproef is te vinden in hoofdstuk 1. In Tabel 2.1 is te zien welke concepten in dit hoofdstuk worden beschreven en hoe deze zijn gemeten.

2.3 Resultaten

Variatie in seksuele oriëntatie onder cisgender LHB's

In Tabel 2.2 is te zien in hoeverre cisgender LHB's (LHB's die niet transgender zijn) zich tot mensen van het zelfde en het andere geslacht aangetrokken voelen en hoe zij hun seksuele oriëntatie benoemen. Wat betreft seksuele aantrekking valt op dat zowel bij de mannen als bij de vrouwen de categorieën 'uitsluitend tot het eigen geslacht' en 'vooral tot het andere, maar ook tot het eigen geslacht' het grootst zijn. De verdeling tussen mannen en vrouwen verschilt sterk. Bij de mannen geeft iets meer dan de helft aan zich uitsluitend tot hetzelfde geslacht aangetrokken te voelen. Onder vrouwen is de groep die zich vooral tot het andere, maar ook tot het eigen geslacht aangetrokken voelt het grootste.

Tabel 2.1. Overzicht concepten en operationalisatie seksuele oriëntatie en genderidentiteit seksueel gedrag

Concept	Vraag	Categorieën
Seksuele aantrekking	Voelt u zich seksueel aangetrokken tot mannen, vrouwen of mannen én vrouwen?	1=alleen tot (trans)*mannen tot 5=alleen tot (trans)*vrouwen / 6=beide niet* / 7= weet niet* / 8=anders*
Verandering in seksuele aantrekking*	Was dit vroeger (voor uw transitie of rolwisseling) ook al zo?	1=ja, die gevoelens zijn hetzelfde gebleven / 2=nee, die gevoelens zijn enigszins veranderd / 3=nee, die gevoelens zijn sterk veranderd
Seksuele zelfbenoeming	Hoe noemt u zich?	1=homoseksueel / 2=lesbisch / 3=biseksueel / 4=heteroseksueel / 5=anders
Seksueel gedrag ooit	Met wie heeft u in uw leven seks gehad?	1=alleen (trans)*mannen tot 5=alleen (trans)*vrouwen / 6=alleen of vooral met mensen die zich niet (geheel) man of vrouw voelen*
Seksueel gedrag laatste 6 maanden	LHB: Met wie heeft u de afgelopen 6 maanden seks gehad?	1=mannelijke vaste partner / 2=vrouwelijke vaste partner / 3=mannelijke losse partner / 4=vrouwelijke losse partner
	T: Met wie heeft u in de afgelopen 6 maanden seks gehad?	1=alleen (trans)mannen tot 5=alleen (trans)vrouwen / 6=alleen of vooral met mensen die zich niet (geheel) man of vrouw voelen.
Verliefdheid	Bent u ooit verliefd geweest op a) een man b) een vrouw?	1=ja / 2=nee
Relaties ooit	Heeft u ooit een relatie gehad met a) een man b) een vrouw?	1=ja / 2=nee
Genderidentiteit huidige partner	LHB: Is uw partner een man of een vrouw?	1= een man / 2 = een vrouw
	T: Wat is de genderidentiteit van uw partner?	1=man / 2=vrouw / 3=deels man, deels vrouw / 4=geen man en ook geen vrouw / 5=weet ik en/of mijn partner niet / 6=anders

Geboortegeslacht	Hoe werd u bij geboorte ingeschreven bij de burgerlijke stand?	1=als jongen / 2=als meisje
Genderidentiteit (categoraal)	Volgens uw gevoel bent u:	Zie Tabel 2.6
Genderidentiteit (continu)	In hoeverre heeft u het gevoel een a) vrouw b) man te zijn?	1=helemaal niet tot 10=helemaal wel
Transgenderidentiteit	Welk van de onderstaande woorden past het best bij u?	Zie Tabel 2.8
Transitie	Welke uitspraak past voor uw gevoel het meest bij uw situatie?	Zie Tabel 2.9
Uiten van genderidentiteit	In hoeverre geeft u in uw dagelijks leven uiting aan uw genderidentiteit?	Zie Tabel 2.10
Onvervulde uitingsbehoefte	Zou u (meer) uiting willen geven aan uw genderidentiteit?	1=ja / 2=nee / 3=weet niet
Hormoongebruik	Gebruikt u hormonen of hormoonremmers?	1=nog nooit gebruikt / 2=gebruik ze nu / 3=tijdelijk gestopt / 4=heb ze gebruikt, maar geheel gestopt
Onvervulde hormoonbehoefte	Zou u hormonen of puberteitsremmers willen gebruiken?	1=ja / 2=nee / 3=weet niet
Operaties ondergaan	Heeft u één of meerdere van de volgende operaties ondergaan?	Zie Tabel 2.12
Onvervulde operatiebehoefte	Zou u één of meer van de volgende operaties willen laten doen?	Zie Tabel 2.12

* Alleen in vragenlijst voor transgenders

HOOFDSTUK 2

Ook wat betreft zelfbenoeming is een significant verschil te zien tussen vrouwen en mannen met een niet-heteroseksuele voorkeur. Bij de mannen noemt iets meer dan de helft zichzelf homoseksueel, een derde noemt zich biseksueel. Slechts een kleine groep van 2 procent noemt zichzelf iets anders. Bij de vrouwen noemt ruim een derde zich heteroseksueel, een derde noemt zich biseksueel, een kwart noemt zich lesbisch (of homoseksueel).

Tabel 2.2. Seksuele aantrekking en zelfbenoeming LHB² (%)

	Man	Vrouw
	N=1580	N=1474
Seksuele aantrekking		
Uitsluitend tot zelfde geslacht	51,6	22,6▼
Vooraf tot zelfde geslacht, maar ook tot andere geslacht	10,0	9,4
Net zoveel tot beide geslachten	6,7	8,8
Vooraf tot andere geslacht, maar ook tot eigen geslacht	31,7	59,3▲
Zelfbenoeming		
Homoseksueel/lesbisch	54,9	24,6▼
Biseksueel	31,5	33,9
Heteroseksueel	11,6	35,1▲
Anders, namelijk ...	2,0	6,4▲

▲▼ = hoger/lager dan bij mannen, $p < .05$ en Cramer's $V > .10$

² Het gaat hier steeds om LHB's die niet transgender zijn. De reden dat transgenders in deze steekproef niet vertegenwoordigd zijn, is dat aan lesbische, homoseksuele en biseksuele transgenders gevraagd is om de andere vragenlijst, speciaal voor transgenders, in te vullen.

Vaak ingevulde zelfbenoemingen bij ‘anders, namelijk’:

- Zich niet (willen) benoemen, bijvoorbeeld ‘geen hokjesgeest’, ‘ik doe niet aan etiketten’, ‘mens’ of ‘mezelf’.
- Op mensen vallen, soms met de toevoeging dat geslacht er niet toe doet: ‘ik houd van mensen, niet van een geslacht’.
- Iets tussen hetero- en biseksueel, bijvoorbeeld: ‘bischierig’, ‘heteroflexibel’, ‘hetero met bi gevoelens’ of ‘hetero met extra wensen’.
- Iets tussen homo- en biseksueel, bijvoorbeeld: ‘homoflexibel’ of ‘90 homo/10 hetro’.
- Panseksueel, met een enkele keer de uitleg dat je dan op mensen valt, niet op geslacht.
- En verder werden genoemd ‘queer’, ‘normaal’, ‘polyamorisch’, een verschil tussen seksuele en romantische aantrekking, een tijdsaanduiding (‘op dit moment ben ik homoseksueel’), alleen het benoemen van de seksuele aantrekking (‘mannen man’, ‘vrouwen lover’), of het (nog) niet weten.

In Tabel 2.3 is te zien hoe seksuele aantrekking en seksuele zelfbenoeming zich tot elkaar verhouden. Mannen en vrouwen die zich uitsluitend aangetrokken voelen tot hetzelfde geslacht noemen zich bijna unaniem homoseksueel of lesbisch. Mannen en vrouwen die ongeveer evenveel op mannen als op vrouwen vallen, noemen zich in meerderheid biseksueel.

Het zijn vooral de ‘tussencategorieën’, namelijk ‘vooral tot het zelfde, maar ook tot het andere geslacht’ en ‘vooral tot het andere, maar ook tot het zelfde geslacht’ waar de variatie in zelfbenoeming groot is. De meeste respondenten in deze categorieën kiezen een gangbaar label (homo-, hetero- of biseksueel), maar de onderlinge variatie is groter. Vaker dan in de andere categorieën benoemt men zich hier daarnaast als iets anders dan homo-, bi- of heteroseksueel.

Opvallend is het verschil tussen mannen en vrouwen in de relatie tussen aantrekking en zelfbenoeming. Mannen die vooral op het andere, maar ook op hetzelfde geslacht vallen noemen zich in meerderheid biseksueel, terwijl vrouwen voor wie hetzelfde geldt zich vaker heteroseksueel noemen dan biseksueel. Ook noemen vrouwen zich vaker dan mannen iets anders dan homo-, bi- of heteroseksueel.

HOOFDSTUK 2

Tabel 2.3. De relatie tussen seksuele aantrekkings en zelfbenoeming (%)

	Seksuele aantrekkings			
	Uitsluitend zelfde geslacht	Vooraf zelfde, maar ook andere geslacht	Evenveel tot beide geslachten	Vooraf andere, maar ook zelfde geslacht
HB-mannen	N=792	N=155	N=112	N=521
Zelfbenoeming				
Homoseksueel	98,0	42,8▼	1,0	0,0
Biseksueel	0,7	50,8▲	89,1	63,4▼
Heteroseksueel	0,4	1,5	8,5	33,7▲
Anders	0,9	4,9▲	1,4	2,9
LB-vrouwen	N=330	N=130	N=126	N=888
Zelfbenoeming				
Lesbisch	94,8	31,7▼	2,7	0,0
Biseksueel	0,3	60,4▲	82,2	35,3▼
Heteroseksueel	0,8	3,0	8,6	57,2▲
Anders	4,1	4,8	6,6	7,5▲

▲▼ = hoger/lager dan bij de totale groep, $p < .05$ en Cramer's $V > .10$

In Tabel 2.4a en 2.4b is te zien op welke manier seksueel en relationeel gedrag samenhangen met seksuele aantrekkings tot mannen en vrouwen. Het is duidelijk te zien dat ervaringen met verliefdheid, relaties en seks met mannen en vrouwen samenhangen met de mate van aantrekkings tot mannen dan wel vrouwen. Respondenten die zich meer aangetrokken voelen tot vrouwen hebben meer ervaring met vrouwen, en respondenten die zich meer aangetrokken voelen tot mannen hebben ook meer ervaring met mannen.

Tegelijkertijd wordt duidelijk dat verliefdheid, seks en relaties niet één op één corresponderen met aantrekkings tot mannen en vrouwen. Zo voelen homoseksuele mannen en lesbische vrouwen zich uitsluitend aangetrokken tot het eigen geslacht, maar zijn veel van hen ook wel eens verliefd geweest op iemand van het andere geslacht. Dit geldt het sterkst voor de vrouwen: ongeveer de helft van de lesbische vrouwen is wel eens verliefd geweest op een man, drie op de vijf heeft wel eens seks gehad met een man, en twee op de vijf heeft ooit een relatie gehad met een man. Homoseksuele mannen zijn exclusiever in hun gedrag.

SEKSUELE ORIËNTATIE, GENDERIDENTITEIT EN TRANSITIEWENS

Tabel 2.4a. Seksueel en relationeel gedrag homo- en biseksuele-mannen (%)

	Seksuele aantrekking			
	Uitsluitend M	Vooraf M	Evenveel M en V	Vooraf V
	N=792	N=155	N=112	N=521
Ooit verliefd geweest op...				
een man	97,3 [▲]	86,1 [▲]	73,2	34,4
een vrouw	31,4	89,9 [▲]	91,6 [▲]	98,8 [▲]
Ooit seks gehad met...				
een man	96,0 [▲]	86,6	74,9	67,8
een vrouw	29,0	75,0 [▲]	88,0 [▲]	93,6 [▲]
Laatste 6 maanden seks gehad met...				
een man	77,4 [▲]	59,4	34,1	24,2
een vrouw	0,6	8,5	34,9 [▲]	63,4 [▲]
Ooit een relatie gehad met...				
een man	84,2 [▲]	52,6	15,5	6,0
een vrouw	19,3	59,1 [▲]	77,4 [▲]	92,3 [▲]
Nu een relatie met...				
een man	57,2 [▲]	34,5	4,7	0,9
een vrouw	1,1	12,1	45,8 [▲]	71,2 [▲]

▲= hoger dan bij de totale groep, $p < .05$ en Cramer's $V > .10$

HOOFDSTUK 2

Tabel 2.4b. Seksueel en relationeel gedrag lesbische en biseksuele-vrouwen (%)

	Seksuele aantrekkling			
	Uitsluitend V	Vooral V	Evenveel M en V	Vooral M
	N=330	N=130	N=126	N=888
Ooit verliefd geweest op...				
een vrouw	98,5 [▲]	97,6 [▲]	90,2 [▲]	57,7
een man	54,8	95,7 [▲]	100,0 [▲]	99,4 [▲]
Ooit seks gehad met...				
een vrouw	92,0 [▲]	88,6 [▲]	77,9 [▲]	53,0
een man	62,9	88,8	98,2 [▲]	97,5 [▲]
Laatste 6 maanden seks gehad met...				
een vrouw	58,2 [▲]	47,5 [▲]	30,2	6,1
een man	0,7	12,3	42,4	71,9 [▲]
Ooit een relatie gehad met...				
een vrouw	90,0 [▲]	77,5 [▲]	52,7 [▲]	12,4
een man	40,8	81,7	93,1 [▲]	94,5 [▲]
Nu een relatie met...				
een vrouw	67,8 [▲]	49,7 [▲]	24,1	1,9
een man	0,3	9,5	41,4	67,4 [▲]

▲= hoger dan bij de totale groep, $p < .05$ en Cramer's $V > .10$

In dit rapport maken wij onderscheid tussen homo- en biseksuele mannen en tussen lesbische en biseksuele vrouwen. Bovenstaande beschrijving van de verschillende aspecten van seksuele oriëntatie en de overlap hiertussen laat echter zien dat de juiste categorisering hier niet automatisch uit voortvloeit. Voor de categorisering van homoseksuele en biseksuele oriëntatie is daarom een clusteranalyse uitgevoerd. Bij een clusteranalyse worden groepen gevormd die intern zo homogeen en onderling zo verschillend mogelijk zijn. In deze analyse hebben we seksuele aantrekkling, geslacht van de sekspartners in het afgelopen half jaar, zelfbenoeming en het geslacht van de vaste partners ooit meegenomen. Omdat deze variabelen niet allemaal op intervalniveau zijn gemeten, is een Two Step Clusteranalyse de aangewezen techniek (Everitt, Landau, Leese, & Stahl, 2011). Van tevoren hebben we aangegeven dat we tot twee clusters wilden komen. Dit resulteerde in een cluster van personen die uitsluitend op personen van het eigen geslacht vallen (homoseksuele mannen en lesbische vrouwen) en een cluster van mensen die niet exclusief op het eigen geslacht vallen (biseksuele mannen en vrouwen; zie

Tabel 2.5). In de rest van dit rapport houden wij daarom deze categorisering aan.

Tabel 2.5. Clusteranalyse voor de categorisering van LHB-respondenten (n)

	Mannen		Vrouwen	
	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 1	Cluster 2
Alleen eigen geslacht	9	778	8	303
Vooraf eigen geslacht	123	16	129	2
Beide evenveel	96	0	128	0
Vooraf andere geslacht	476	0	855	0
Totaal	704	794	1120	305

Variatie in genderidentiteit en transitie onder transgenders

In Tabel 2.6 is te zien dat een kleine meerderheid van de transgenders in de steekproef zich man óf vrouw voelt. Iets minder dan de helft voelt zich iets anders dan man óf vrouw. De meesten van hen konden zich het beste vinden in het antwoord ‘deels man, deels vrouw’. Er is getoetst of er verschillen zijn in de verdeling van genderidentiteiten tussen het MV-spectrum en het VM-spectrum (wanneer ‘zich man OF vrouw voelen’ als één categorie werd beschouwd). Dit bleek niet het geval te zijn. De verdeling over verschillende soorten genderidentiteiten is dus ongeveer gelijk voor personen die bij de geboorte het mannelijk of vrouwelijk geslacht toegewezen kregen.

In het vervolg van dit hoofdstuk én in de rest van dit boek worden de resultaten van de transgendersteekproef indien mogelijk onderverdeeld op grond van deze vraag. We spreken van transvrouwen bij respondenten met het geboortegeslacht ‘jongen’ en de genderidentiteit ‘vrouw’ en van transmannen bij respondenten met het geboortegeslacht ‘meisje’ en de genderidentiteit ‘man’. Respondenten met het geboortegeslacht ‘jongen’ die zich iets anders dan man óf vrouw voelen, noemen we man-naar-vrouw-spectrum transgenderisten, afgekort MV-transgenderisten. Respondenten met het geboortegeslacht ‘meisje’ die zich iets anders voelen dan man óf vrouw, noemen we vrouw-naar-man-spectrum transgenderisten, afgekort VM-transgenderisten. Zoals verderop in dit hoofdstuk duidelijk wordt, wijkt dit soms af van de benamingen die de respondenten zelf gebruiken.

HOOFDSTUK 2

Tabel 2.6. Genderidentiteit (categoraal) naar geboortegeslacht (%)

	MV-transgenders	VM-transgenders
	N=325	N=251
Man (of jongen)	-	59,0
Vrouw (of meisje)	56,3	-
Deels man, deels vrouw	32,0	27,9
Geen man en ook geen vrouw	4,9	8,0
Dat weet ik (nog) niet	4,3	3,6
Anders, namelijk ...	2,5	1,6

▲▼ = hoger/lager dan bij de MV-transgenders, $p < .05$ en Cramer's $V > .10$

Vaak ingevulde genderidentiteiten bij 'anders, namelijk':

- Iets daadwerkelijk anders dan man of vrouw, bijvoorbeeld 'deels man, deels vrouw en eigenlijk ook weer iets heel anders' of 'een zij, maar van een 3^e geslacht. Genetisch en biologisch niet vergelijkbaar met beide. Dus een crossbreed, hybrid'.
- Zich niet in een hokje willen plaatsen.
- De categorieën 'man' en 'vrouw' niet betekenisvol vinden.
- Mens.
- Het ene geslacht deels, het andere helemaal niet, bijvoorbeeld 'deels geslachtsloos (30%), deels man (70%)' of 'ik voel me geen man maar ik voel me ook niet helemaal vrouw'.
- Genderidentiteiten die achteraf toch ingedeeld zijn in één van de andere categorieën, bijvoorbeeld wanneer iemand aangeeft zich vrouw te voelen ondanks het feit dat zij niet in transitie is gegaan.

In Tabel 2.7 is te zien in hoeverre de respondenten zich gemiddeld man respectievelijk vrouw voelen op een tienpuntschaal. Zoals te verwachten verschillen transmannen- en vrouwen en transgenderisten hierin sterk. Transvrouwen en transmannen identificeren zich nauwelijks met hun geboortegeslacht, en zeer sterk met het andere dan het geboortegeslacht. Transgenderisten nemen steeds een middenpositie in.

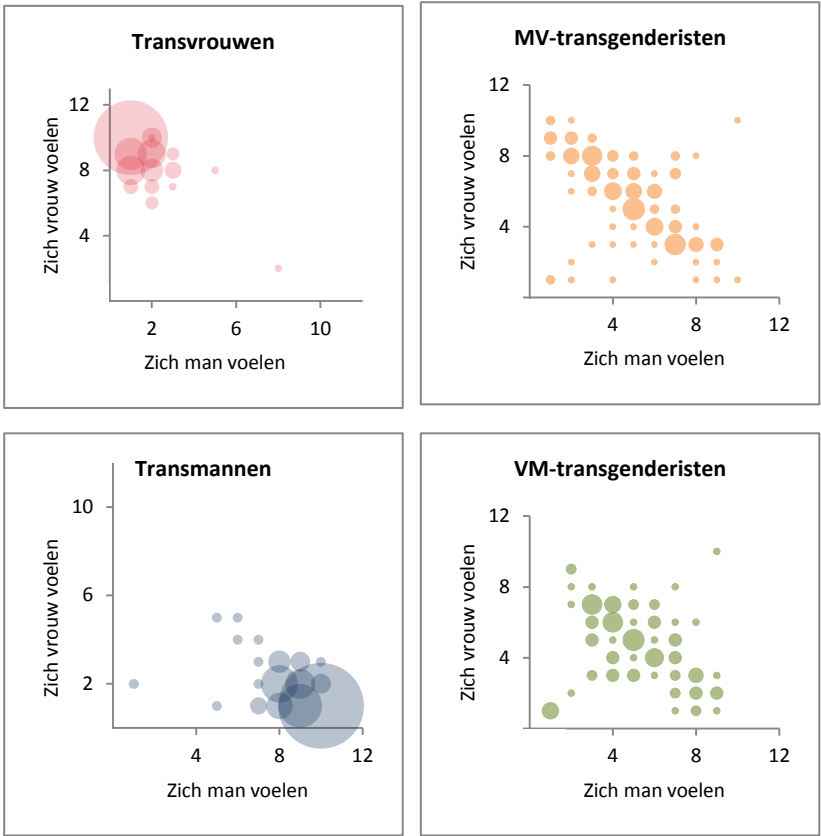
Tabel 2.7. Zich man en/of vrouw voelen (gemiddelde op een tienpuntschaal)

	Transvrouw	MV-transgenderist	Transman	VM-transgenderist
	N=183	N=142	N=148	N=103
Zich vrouw voelen	9,2	5,7▼	1,4	4,7▲
Zich man voelen	1,4	4,9▲	9,1	5,1▲

▲▼= hoger/lager dan bij transvrouwen/mannen, $p < .05$ en Cramer's $V > .10$

In bovenstaande tabel worden gemiddelden gerapporteerd, maar niet de spreiding in genderidentiteiten. Dit wordt wel duidelijk in de scatterplots van Figuur 2.1.

Figuur 2.1. Variatie in genderidentiteiten van transgenders



HOOFDSTUK 2

De horizontale as staat voor de mate waarin iemand zich man voelt, de verticale as voor de mate waarin iemand zich vrouw voelt. Hoe groter de bol, hoe meer respondenten zich in die mate man of vrouw voelen. Vooral transgenderisten variëren onderling in hun genderidentiteit. Over het algemeen geldt: hoe meer men zich met het ene geslacht identificeert, hoe minder men zich met het andere geslacht identificeert. Een aantal transgenderisten identificeert zich óf zeer weinig met man of vrouw, óf met allebei zeer veel.

In Tabel 2.8 is te zien hoe de respondenten hun transgender-zijn benoemen. De meeste respondenten die in dit onderzoek op grond van hun geboortegeslacht en genderidentiteit transvrouw of transman worden genoemd, noemen zichzelf ook transvrouw of transman. De identificatie van transgenderisten is meer verdeeld over verschillende categorieën. Een significante groep MV-transgenderisten noemt zichzelf travestiet, crossdresser of deeltijdvrouw, terwijl in het VM-spectrum bijna niemand zichzelf in deze categorie plaatst. VM-transgenderisten kozen vaker de categorieën ‘dat weet ik niet’ of ‘anders, namelijk’.

Tabel 2.8. Transgenderidentiteit: benoeming van transgender-zijn (%)

	Trans- vrouw N=183	MV- transgenderist N=142	Trans- man N=148	VM- transgenderist N=103
Transvrouw/man, transseksuele vrouw/man of vrouw/man (met transseksueel verleden)	68,9	4,9▼	72,3	4,9▼
Transgenderist, transgender, genderqueer of intergender	21,9	32,4▲	20,3	26,2
Travestiet, crossdresser of deeltijdvrouw/man	3,3	38,7▲	0,7	2,9
Dat weet ik (nog) niet	0,5	16,9▲	4,1	42,7▲
Anders	5,5	7,0	2,7	23,3▲

▲▼ = hoger/lager dan bij transvrouwen/mannen, $p < .05$ en Cramer's $V > .10$

Vaak ingevulde transgenderidentiteiten bij ‘anders, namelijk’:

- Alleen genderidentiteit benoemen, bijvoorbeeld ‘man én vrouw’, ‘jongen/man’, of ‘als ik helemaal klaar ben geen transvrouw meer maar een vrouw’.
- Genderrol benoemen, bijvoorbeeld ‘ik ben gewoon een mannelijke vrouw’, ‘stoere vrouw’ en ‘man sterk in contact met zijn vrouwelijke deel’.
- Benamingen voor seksuele oriëntatie, bijvoorbeeld ‘lesbisch’, ‘hetero’, ‘bi’.
- Mens
- Benoemen van meerdere categorieën, bijvoorbeeld ‘transseksuele transgenderist’
- Nooit in transitie gegaan: twee respondenten gaven aan dat zij als jongen zijn geboren en zich vrouw voelen, maar dat zij nooit in transitie zijn gegaan en daarmee kunnen leven.
- En verder nog ‘genderdysforisch’, ‘transsexueel persoon’ en ‘androgyn’.

In Tabel 2.9 is te zien dat een minderheid van de respondenten in dit onderzoek een transitie heeft afgerond. De meerderheid is bezig met transitie, wil niet in transitie gaan of twijfelt hierover. Veruit de meeste transmannen en -vrouwen zijn bezig met een transitie of hebben deze afgerond, terwijl transgenderisten meestal niet in transitie willen gaan, (nog) niet weten of ze dit willen, of een ander verhaal hebben over transitie. MV-transgenderisten geven daarnaast ook relatief vaak aan dat zij aan het begin van hun transitie staan.

Tabel 2.9. Transitiewens en transitiefase (%)

	Trans- vrouw N=183	MV- transgenderist N=142	Trans- man N=148	VM- transgenderist N=103
Ik wil niet in transitie gaan	0,5	40,1 [▲]	4,1	57,3 [▲]
Ik weet (nog) niet of ik in transitie wil gaan	7,1	31,7 [▲]	6,1	17,5 [▲]
Ik sta aan het begin van mijn transitie	12,6	11,3	18,2	1,9 [▼]
Ik ben bezig met mijn transitie	30,1	4,2 [▼]	27,0	7,8 [▼]
Ik ben bijna klaar met mijn transitie	14,2	2,8 [▼]	16,2	1,9 [▼]
Ik ben klaar met mijn transitie	29,0	3,5 [▼]	25,0	3,9 [▼]
Anders, namelijk ...	6,6	6,3	3,4	9,7 [▲]

▲▼ = hoger/lager dan bij transvrouwen/mannen, $p < .05$ en Cramer's $V > .10$

HOOFDSTUK 2

Ingevulde transitiefases bij ‘anders, namelijk’:

- Rolwisseling heeft plaatsgevonden lang vóór aanvang van de geslachtsaanpassende behandeling.
- Wel rolwisseling plaatsgevonden, maar geen behandelwens.
- Transitie heeft geen begin- of eindpunt.
- Twijfel over een extra stap.
- De omgeving laat het niet toe om in transitie te gaan.

In Tabel 2.10 is te zien dat transvrouwen en transmannen vaker volledig uiting geven aan hun genderidentiteit dan transgenderisten. Van bijna alle groepen zou de meerderheid vaker uiting willen geven aan hun genderidentiteit. Dit geldt het meest voor transmannen en transvrouwen. Transgenderisten weten vaker dan transmannen en transvrouwen (nog) niet of zij hun genderidentiteit meer zouden willen uiten.

Tabel 2.10. Uiting geven aan genderidentiteit (%)

	Trans- vrouw N=183	MV-transgenderist N=142	Trans- man N=148	VM-transgenderist N=103
Uiten van genderidentiteit				
Volledig	65,6	5,6▼	66,2	5,8▼
Grotendeels	15,8	10,6	11,5	21,4▲
Deels wel, deels niet	12,0	31,0▲	12,8	30,1▲
Enigszins	4,4	39,4▲	4,7	21,4▲
Helemaal niet	2,2	13,4▲	4,7	21,4▲
Iedereen die de gender- identiteit niet volledig uit	N=63	N=134	N=50	N=97
Meer willen uiten				
Ja	90,5	64,2▼	72,0	28,9▼
Nee	6,3	17,2▲	20,0	37,1▲
Weet niet	3,2	18,7▲	8,0	34,0▲

▲▼ = hoger/lager dan bij transvrouwen/mannen, $p < .05$ en Cramer's $V > .10$

In Tabel 2.11 is te zien dat de meeste transvrouwen en transmannen zich ooit hebben aangemeld bij een genderteam. De meeste transgenderisten hebben dat nooit gedaan. Transmannen melden zich gemiddeld een stuk jonger aan dan transvrouwen: de gemiddelde leeftijd van aanmelden van de MV-transgenders ligt zo'n tien jaar hoger dan die van de VM-transgenders. Ook wat betreft hormoonbehandeling zijn grote verschillen

te zien tussen transvrouwen en -mannen en transgenderisten. De meerderheid van de transvrouwen en transmannen is in hormoonbehandeling. Bij de transgenderisten heeft de meerderheid geen behoefte aan hormonen. Operaties geven hetzelfde beeld. Veruit de meeste transmannen en -vrouwen hebben behoefte aan een operatie, de meeste transgenderisten niet. Een minderheid heeft één of meer operaties gehad.

Tabel 2.11. Geslachtsaanpassende behandeling (%)

	Trans- vrouw	MV- transgenderist	Trans- man	VM- transgenderist
	N=183	N=142	N=148	N=103
Ooit aangemeld bij genderteam	83,1	23,2▼	87,2	13,6▼
Hormoonbehandeling				
Wel hormoonbehandeling	65,6	7,7▼	62,2	10,7▼
Geen hormoonbehandeling, wel behoefte	20,8	8,5▼	25,7	4,9▼
Geen hormoonbehandeling en ook geen behoefte /weet niet	13,7	83,8▲	12,2	84,5▲
Operaties				
Operatie(s) gehad	38,8	7,0▼	45,9	10,7▼
Wil geen andere operatie(s) meer	27,3	7,0▼	23,6	9,7▼
Wil nog één of meer operaties	11,5	0,0▼	22,3	1,0▼
Geen operatie(s) gehad	61,2	93,0▲	54,1	89,3▲
Wil één of meer operaties	47,0	13,4▼	12,2	6,8▼
Wil geen operatie(s)	14,2	79,6▲	12,3	82,5▲
Iedereen die zich ooit aanmeldde bij genderteam	N=152	N=33	N=129	-
Gemiddelde leeftijd eerste keer aanmelden	36,9	36,5	27,0	-

▲▼ = hoger/lager dan bij transvrouwen/mannen, $p < .05$ en Cramer's $V > .10$

In Tabel 2.12 is te zien welke operaties transvrouwen en -mannen wensen en hebben ondergaan. Voor transvrouwen zijn vooral de vaginaplastiek en in iets mindere mate ook de borstvergroting belangrijke operaties, en voor transmannen vooral de borstoperatie en het verwijderen van baarmoeder en eierstokken. Penisoperaties (falloplastiek en metaidioioplastiek) zijn operaties die slechts een minderheid van de transmannen wenst of al heeft ondergaan, maar waar daarnaast nog een grote groep over twijfelt. Omdat slechts een klein percentage transgenderisten een operatie wenst, staan

deze percentages hier niet gerapporteerd. Onder MV-transgenderisten zijn vooral voor de buitenwereld meer zichtbare operaties, zoals de borstvergroting, nog het meest gewenst.

Tabel 2.12. Behoefte en realisatie per operatie (%)

	Gehad	Gewenst	Misschien gewenst
Transmannen	N=148	N=148	N=148
Borstoperatie	44,6	41,9	2,7
Verwijdering baarmoeder	39,9	33,1	11,5
Verwijdering eierstokken	39,9	31,8	13,5
Falloplastiek*	5,4	14,2	27,0
Metaidoioplastiek**	7,4	15,5	39,9
Verwijdering vagina	10,1	23,6	29,1
Erectieprothese (bij falloplastiek)	2,7	10,1	35,8
Transvrouwen	N=183	N=183	N=183
Vaginaplastiek penis-inversiemethode***	30,6	41,5	10,9
Vaginaplastiek colonmethode****	2,2	19,1	24,6
Verwijderen van testikels/balzak*****	2,2	0,5	1,1
Borstvergroting	22,4	27,9	19,1
Andere operatie(s)	9,8	26,2	27,3

* Penisoperatie waarbij huidweefsel uit onderarm of bovenbeen wordt gebruikt.

** Penisoperatie waarbij de door hormonen al gegroeide clitoris wordt uitgestrekt.

*** Het creëren van een vagina met behulp van penishuid.

**** Het creëren van een vagina met behulp van penishuid en darmwand.

***** Alleen gerapporteerd indien de respondent geen vaginaplastiek heeft gehad of wenst.

De seksuele oriëntatie van transgenders

In Tabel 2.13 is te zien dat de seksuele aantrekkings van transgenders heel divers is. In de algemene bevolking voelt de meerderheid zich uitsluitend aangetrokken tot mensen van het andere geslacht (90% van de mannen, 89% van de vrouwen; Rutgers WPF, 2013). Van de transvrouwen in dit onderzoek voelt 13,7 procent zich uitsluitend aangetrokken tot mannen, en van de transmannen voelt 34,7 procent zich uitsluitend aangetrokken tot vrouwen. Vanuit hun genderidentiteit bekeken, is de meerderheid van de transmannen en transvrouwen dus niet heteroseksueel. De meerderheid van de respondenten noemt zichzelf ook iets anders dan heteroseksueel.

Tabel 2.13. Seksuele oriëntatie: aantrekking tot mannen en vrouwen en zelfbenoeming (%)

	Trans- vrouw N=183	MV- transgenderist N=142	Trans- man N=148	VM- transgenderist N=103
Seksuele aantrekking				
Alleen tot mannen	13,7	10,6	17,0	10,7
Vooraf tot mannen, ook tot vrouwen	9,3	5,6	15,6	27,2 [▲]
Net zo veel tot mannen als vrouwen	9,8	10,6	6,8	11,7
Vooraf tot vrouwen, ook tot mannen	15,3	30,3 [▲]	18,4	13,6
Alleen tot vrouwen	41,5	35,2	34,7	24,3
Tot niemand	1,1	2,1	2,0	5,8
Weet niet	6,6	2,1	2,7	3,9
Anders	2,7	3,5	2,7	2,9
Zelfbenoeming				
Homoseksueel/lesbisch	38,8	14,8 [▲]	27,7	34,0
Biseksueel	28,4	36,6	19,6	23,3
Heteroseksueel	22,4	33,1 [▲]	35,8	24,3
Anders, namelijk ...	10,4	15,5	16,9	18,4

▲= hoger/lager dan bij transvrouwen/mannen, $p < .05$ en Cramer's $V > .10$

Naast de grote variatie valt ook een aantal patronen te ontdekken. Ten eerste valt op dat alle subgroepen transgenders zich relatief vaak aangetrokken voelen tot zowel mannen als vrouwen. Daarnaast geldt dat transvrouwen, MV-transgenderisten en transmannen zich relatief vaak aangetrokken voelen tot vrouwen; dit geldt echter niet voor VM-transgenderisten. Ook de groepen 'tot niemand', 'weet niet' en 'anders' zijn relatief groot in vergelijking tot de algemene bevolking, waar slechts 0,5% en 0,7% van de mannen en vrouwen zich tot niemand aangetrokken voelen en 0,6% en 0,8% het niet weet (Rutgers WPF, 2011).

HOOFDSTUK 2

Vaak ingevulde seksuele oriëntaties bij ‘anders, namelijk’:

- Panseksueel
- Op alle combinaties van geboortegeslachten en genderidentiteiten kunnen vallen
- Zich ‘tot mensen’ aangetrokken voelen
- Onderscheid tussen transgender en cisgender mannen en vrouwen, bijvoorbeeld ‘transmannen, (trans)vrouwen, overige identificaties, iedereen behalve bio-mannen eigenlijk’
- Seksuele aantrekking is door de tijd heen veranderd
- Seksuele aantrekking is fysiek anders dan geestelijk
- Seksuele aantrekking is uitsluitend op de partner gericht
- Geen mogelijkheden uitsluiten

Vaak ingevulde zelfbenoemingen bij ‘anders, namelijk’:

- Panseksueel
- Aseksueel
- Queer
- Het (nog) niet weten
- Alleen seksuele aantrekking benoemen
- Transgenderidentiteit benoemen in plaats van seksuele identiteit
- Rekening houden met een verandering tijdens toekomstige transitie
- Tussen categorieën in zitten
- Bischierig

In Tabel 2.14 is te zien dat de meerderheid van de transgenders in deze steekproef aangeeft dat de seksuele oriëntatie voor de transitie of rolwisseling ook al zo was. Ongeveer een derde van de MV-transgenders en twee vijfde van de VM-transgenders merkte wél een verandering op.

Tabel 2.14. Verandering in seksuele aantrekking sinds vóór transitie of rolwisseling (%)

	MV-transgenders	VM-transgenders
Iedereen die (bijna) klaar is met een transitie	N=149	N=115
Hetzelfde gebleven	67,1	60,9
Enigszins veranderd	17,4	27,0
Sterk veranderd	15,4	12,2

▲▼ = hoger/lager dan bij MV-transgenders, $p < .05$ en Cramer's $V > .10$

Tabel 2.15. Relatieel en seksueel gedrag (%)

	Trans- vrouw	MV- transgenderist	Trans- man	VM- transgenderist
Iedereen met een vaste partner	N=86	N=74	N=59	N=48
Huidige vaste partner*				
Man	16,3	8,1*	32,2	54,2*
Vrouw	79,1	90,5*	66,1	31,3*
Anders dan man óf vrouw	4,7	1,4*	1,7	14,6*
Iedereen die ooit seks heeft gehad	N=164	N=131	N=118	N=93
Sekspartners ooit*				
Alleen mannen	10,4	6,1*	22,9	34,4*
Mannen en vrouwen	36,0	42,0*	41,5	39,8*
Alleen vrouwen	48,8	45,0*	33,1	20,4*
Alleen/vooral anderen	4,9	6,9*	2,5	5,4*
Iedereen die de laatste 6 maanden seks heeft gehad	N=76	N=84	N=70	N=52
Sekspartners laatste 6 maanden*				
Alleen mannen	27,6	21,4*	37,1	46,2*
Mannen en vrouwen	13,2	14,3*	7,1	13,5*
Alleen vrouwen	55,3	57,1*	55,7	30,8*
Alleen/vooral anderen	3,9	7,1*	0,0	9,6*

* Celvulling te klein om verschillen te kunnen toetsen

Tabel 2.15 laat zien dat de meerderheid van de transgenders die een relatie heeft, een vrouwelijke partner heeft. Alleen bij de VM-transgenderisten heeft iets meer dan de helft een mannelijke partner, en komt het wat vaker voor dat de partner zich identificeert als iets anders dan man of vrouw. Transvrouwen en MV-transgenders hebben wat vaker vrouwelijke sekspartners. Een kleine groep heeft alleen of vooral seks (gehad) met mensen die zich niet (geheel) man of vrouw voelen.

2.4 Samenvatting en conclusies

Variaties in seksuele oriëntatie bij cisgender LHB's

Het huidige onderzoek bevestigt de resultaten uit vorig onderzoek (Kooiman & Keuzenkamp, 2012; Rutgers WPF, 2013) in de zin dat verschillende aspecten van seksuele oriëntatie niet één op één met elkaar corresponderen. Seksuele aantrekking, zelfbenoeming en romantisch gedrag komen niet altijd overeen als naar het hele leven gekeken wordt. In

de laatste 6 maanden komt het seksuele en romantische gedrag van LHB's grotendeels wel overeen met seksuele aantrekking.

De groep respondenten die zichzelf vooral tot het andere, maar ook tot het eigen geslacht aangetrokken voelt is groot. De zelfbenoeming in deze groep verschilt. Van de vrouwen uit deze groep noemt meer dan de helft zichzelf heteroseksueel en een derde zichzelf biseksueel. Bij de mannen is het andersom: bij hen noemt de meerderheid zichzelf biseksueel en een derde noemt zich heteroseksueel.

De overgrote meerderheid van de respondenten kan zich wel identificeren met een homoseksueel, heteroseksueel of biseksueel label. Dit geldt voor respondenten uit alle categorieën van seksuele aantrekking. Niet altijd is de scheidslijn tussen hetero- en biseksualiteit zo duidelijk te trekken. Een deel van de respondenten lijkt te ervaren ergens tussen in te zitten. In de categorie 'anders namelijk' werden hiervoor vaak woorden als 'bischierig' en 'heteroflexibel' of omschrijvingen als 'hetero met bi gevoelens' ingevuld. Dit roept de vraag op of deze voorkeur wellicht in vervolgonderzoek als aparte seksuele voorkeur moet worden beschouwd, zoals ook werd gesuggereerd door Thompson en Morgan (2008) en Vrangalova en Savin-Williams (2012).

Uit eerder onderzoek is bekend dat jonge LHB's het lastig kunnen vinden hun seksuele oriëntatie te ontdekken en benoemen omdat zij zich vaak niet bewust zijn van de grote variatie in aantrekking, zelfbenoeming en gedrag onder LHB (Doorduyn & Van Lee, 2013). Het strekt daarom tot aanbeveling om hen hier meer bekend mee te maken, bijvoorbeeld door er in voorlichting en informatiemateriaal meer aandacht aan te besteden. Hiervoor kunnen de resultaten uit het huidige onderzoek het uitgangspunt vormen.

De seksuele oriëntatie van transgenders

De seksuele oriëntatie van transgenders blijkt zeer divers te zijn. De meerderheid van de transmannen en transvrouwen valt vanuit hun genderidentiteit bekeken niet (uitsluitend) op mensen van het andere geslacht, en noemt zichzelf iets anders dan heteroseksueel. Transvrouwen, MV-transgenderisten en transmannen voelen zich meer tot vrouwen dan tot mannen aangetrokken.

De resultaten komen grotendeels overeen met resultaten van Vennix (2010), waaruit ook bleek dat transmannen en transvrouwen, vaker dan de algemene bevolking, homo- of biseksueel zijn (vanuit genderidentiteit) en dat transgenders over de gehele linie meer op vrouwen dan op mannen vallen. De resultaten verschillen echter van een aantal studies waarin klinische steekproeven zijn gebruikt (De Cuypere et al., 2005; Smith et al., 2005a). In deze onderzoeken is de meerderheid van de transmannen en transvrouwen heteroseksueel (vanuit genderidentiteit). Waar de verschillen precies vandaan komen is niet bekend. Mogelijk trekken beide manieren van werven verschillende respondenten aan. Er kan bijvoorbeeld een verschil zijn in de fase van transitie van de respondenten. Uit het huidige onderzoek en uit het onderzoek van Motmans, T'Sjoen en Meier (2011) blijkt immers dat bij een kwart tot een derde van de transgenders de seksuele oriëntatie enigszins tot sterk is veranderd sinds de periode voor de transitie of rolwisseling.

Hoewel veel transgenders (ook) op mannen vallen, is een ruime meerderheid van de partners van transgenders vrouw. Dit roept de vraag op waarom er niet meer mannelijke partners zijn. Uit kwalitatief onderzoek bleek dat transvrouwen relatief vaak negatieve ervaringen opdoen met cisgender mannen, waarbij homofobie en transfobie een belangrijke rol leken te spelen (Doorduyn & Van Berlo, 2012). Ook is bekend dat mannen gendernonconformiteit minder accepteren dan vrouwen (Kuyper, 2012). Mogelijk hebben transgenders die (ook) op mannen vallen minder geluk onder de mannen dan onder de vrouwen.

In kwalitatief onderzoek gaf een aantal transgenders aan dat zij vóór hun coming out als transgender veronderstelden dat transgenders na hun transitie heteroseksueel zijn. Dit maakte het voor hen moeilijker om hun genderidentiteit te ontdekken en onderkennen (Doorduyn & Van Berlo, 2012). Het strekt daarom tot aanbeveling om de resultaten uit het huidige onderzoek aan te wenden om meer bekendheid te creëren over de diversiteit aan seksuele oriëntaties van transgenders.

Genderidentiteit en transitiewens bij transgenderisten, transmannen en transvrouwen

Transvrouwen en transmannen zijn qua genderidentiteit zeer homogene groepen, terwijl de groep transgenderisten zeer heterogeen is.

HOOFDSTUK 2

Transmannen en transvrouwen identificeren zich zeer sterk met het ene geslacht, en zeer zwak met het andere. Zij hebben, in andere woorden, een ‘either/or’ genderidentiteit (Roen, 2002): zij voelen zich óf het een, óf het ander. Transgenderisten verschillen onderling sterk in hun genderidentiteit. Bij hen is een sterke spreiding te zien in de mate waarin zij zich man en vrouw voelden. Maar tegelijkertijd hebben ook zij iets met elkaar gemeen, namelijk dat zij zich met beide of geen van beide geslachten identificeren: zij hebben een ‘both/neither’ genderidentiteit (Roen, 2002).

Ook in hun transitiewens verschillen transmannen en transvrouwen van transgenderisten. Transmannen en transvrouwen willen vaker in transitie gaan, hormoonbehandeling krijgen en operaties ondergaan. Vooral operaties aan hun borst(en) en geslachtsdelen vinden zij belangrijk, al twijfelen veel transmannen of zij een penisoperatie willen (en zo ja, welke).

Transgenderisten hebben minder behoefte aan transitie, hormoonbehandeling en operaties dan transmannen en transvrouwen. Wanneer transgenderisten een operatie willen, dan is dit vaak aan lichaamsdelen die voor de buitenwereld het meest zichtbaar zijn, namelijk de borst(en) en het gezicht.

Het uiten van genderidentiteit

Transgenderisten uiten hun genderidentiteit minder dan transmannen en transvrouwen. De meerderheid van hen zou dit echter wel meer willen doen. Dit kan meerdere dingen betekenen. Het is mogelijk dat zij hun genderidentiteit wel meer zouden willen uiten, maar dat dit voor hen minder prioriteit heeft dan voor transmannen en transvrouwen. Het kan ook betekenen dat het voor transgenderisten relatief moeilijk is om hun genderidentiteit te uiten vanwege de dichotome manier waarop in de samenleving naar gender wordt gekeken. De meerderheid van de Nederlanders vindt het belangrijk om te weten of iemand man of vrouw is, en één op de vijf Nederlanders gaat liever niet om met iemand van wie het geslacht niet duidelijk is (Kuyper, 2012). Voor transmannen en transvrouwen die als man óf vrouw willen leven, is het daarom wellicht gemakkelijker om hun genderidentiteit volledig te uiten dan voor transgenderisten die het liefst als iets anders dan man óf vrouw willen

leven. De resultaten onderstrepen dan ook het belang van meer acceptatie voor genderuitingen buiten de man/vrouw dichotomie.

Zelfbenoeming

Een opvallend verschil tussen transgenders in het MV-spectrum en transgenders in het VM-spectrum betreft zelfbenoeming. In beide genderspectra is ongeveer dezelfde verdeling te zien in verschillende genderidentiteiten. Maar de manier waarop ze hun transgender-zijn benoemen verschilt. MV-transgenders scharen zich vaker in de categorie travestiet/ crossdresser/ deeltijdvrouw(/man), terwijl VM-transgenders zich vaker in de categorieën 'anders, namelijk' of 'weet niet' plaatsen. Dit wekt de indruk dat er voor VM-spectrum transgenders weinig woorden beschikbaar of gebruikelijk zijn om hun transgender-zijn te benoemen.

Hokjes zonder scherpe scheidslijnen

Concluderend kan worden gezegd dat er binnen de groep LHBT's veel variatie is in seksuele oriëntatie, genderidentiteit en transitiewens. Scheidslijnen tussen verschillende categorieën zijn niet altijd duidelijk te trekken. Dit betekent echter niet dat categorisering onmogelijk is. De meeste LHBT's kunnen desgevraagd wel een label voor zichzelf kiezen, en ook blijkt bij vergelijking dat deze categorieën op allerlei deelaspecten significant van elkaar verschillen. Deze verschillen zijn echter niet absoluut, maar gradueel.

HOOFDSTUK 3

SEKSUEEL GEDRAG, SEKSUELE BELEVING EN SEKSUELE PROBLEMEN VAN HOMO- EN BISEKSUELE MANNEN EN LESBISCHE EN BISEKSUELE VROUWEN

Hanneke de Graaf en Charles Picavet

3.1 Inleiding

Seksueel gedrag (of de afwezigheid hiervan) vormt voor een groot deel de basis van seksuele gezondheid. Zonder seksueel gedrag loop je doorgaans weinig risico op negatieve gevolgen, en heb je weinig kans op seksueel plezier. Seksueel gedrag krijgt echter pas betekenis als het gekoppeld wordt aan de waardering of de gevolgen ervan. Dat iemand nooit of zelden seksueel actief is met een partner is bijvoorbeeld alleen zorgelijk wanneer iemand hier ook last van heeft. Of iemand seks heeft met veel verschillende partners is alleen relevant wanneer gekeken wordt of iemand hier ook van geniet en of iemand zichzelf goed beschermt tegen negatieve gevolgen. Inzicht in seksueel gedrag is ook belangrijk omdat het de basis vormt van onderzoek naar seksuele problemen. Veel seksuele problemen in de DSM-5 (een Amerikaans handboek voor diagnose en statistiek van psychische aandoeningen) hebben uitsluitend betrekking op seks met een partner (American Psychiatric Association, 2013). Wanneer iemand geen seks heeft met een partner, kan ook niet worden bekeken of iemand problemen ervaart bij seksuele activiteiten met een partner.

In de werkdefinitie van seksuele gezondheid is seksueel welzijn - of welbevinden - een centraal begrip: 'Seksuele gezondheid is een toestand van seksueel welbevinden, zowel fysiek als emotioneel en mentaal' (WHO, 2010, pag. 3). Seksueel welbevinden is dus meer dan alleen de afwezigheid van problemen, maar wat het precies betekent is niet duidelijk. In verreweg het meeste onderzoek wordt seksueel welzijn gedefinieerd als seksuele tevredenheid. Seksueel plezier of genot is net iets anders en komt veelal niet in de definitie terug. Uit onderzoek onder de Nederlandse bevolking weten we dat tevreden zijn en genieten twee verschillende dingen zijn: vrouwen zeggen bijvoorbeeld minder vaak dan mannen dat ze

HOOFDSTUK 3

genieten van seks, maar ze zijn wel even tevreden met hun seksleven als mannen (De Graaf, 2012). Om deze reden nemen wij beide aspecten van welzijn mee in het huidige onderzoek: zowel tevredenheid als plezier.

Mensen kunnen verschillende problemen ervaren op seksueel gebied. In dit hoofdstuk gaan we in op problemen die te maken hebben met seksueel functioneren en pijn: problemen met opwinding en verlangen, orgasmeproblemen, erectieproblemen, lubricatieproblemen, vroegtijdig klaarkomen en genitopelviene pijn/penetratieproblemen. We sluiten hiermee zoveel mogelijk aan bij de DSM-5, maar maken hierbij minder dan de DSM-5 onderscheid tussen mannen en vrouwen. Zo worden orgasmeproblemen in de DSM-5 bijvoorbeeld alleen bij vrouwen zo genoemd. Bij mannen spreekt men hier van ‘vertraagde ejaculatie’. Wij hebben zoveel mogelijk dezelfde vragen aan mannen en vrouwen voorgelegd en benoemen de problemen ook voor beide seksen hetzelfde. Waarin we de DSM-5 wel volgen, is dat we iets pas een seksueel probleem noemen als iemand dit ook zelf als een probleem ervaart. Ook proberen we zoveel als mogelijk het frequentie criterium van de DSM-5 te volgen, namelijk dat het seksuele probleem in minstens 75% van de gevallen voor moet komen. Iemand die incidenteel niet klaarkomt, heeft dus volgens deze definitie geen seksueel probleem.

In dit hoofdstuk besteden we ook aandacht aan overmatig seksueel verlangen. Dit probleem verschilt van de eerder genoemde problemen, omdat het niet is opgenomen in de DSM-5. Het voorstel voor opname van ‘hypersexual disorder’ in de DSM-5 is uiteindelijk niet doorgegaan, maar de criteria hiervoor waren: door de tijd die besteedt wordt aan (denken over) seks andere verplichtingen verwaarlozen, niet in staat zijn om het gedrag te stoppen, doorgaan ondanks de negatieve gevolgen voor zichzelf of anderen en seks gebruiken als reactie op een negatieve stemming of stress.

Er zijn aanwijzingen dat lesbische vrouwen, homoseksuele mannen en biseksuele mannen en vrouwen (LHB) verschillen van heteroseksuele personen wat betreft seksueel gedrag, welzijn en seksuele problemen. In *Seksuele Gezondheid in Nederland* (Rutgers WPF, 2013) werd gevonden dat homo- en biseksuele mannen vaker masturberen of seks hebben met een partner dan heteroseksuele mannen. Datzelfde geldt voor biseksuele

vrouwen, vergeleken met heteroseksuele vrouwen. Homo- en biseksuele mannen hebben minder seksueel plezier en biseksuele mannen zijn minder tevreden over hun seksleven dan heteroseksuele mannen. Ook lesbische vrouwen zijn minder tevreden dan biseksuele vrouwen. Op basis van een review van grootschalige populatiestudies wordt geschat dat 40-45% van de vrouwen en 20-30% van de mannen minstens één seksueel probleem heeft (Lewis et al., 2010). In *Seksuele Gezondheid in Nederland* gaf 19% van de mannen en 27% van de vrouwen aan minstens één seksueel probleem te hebben (Kedde, 2012). In deze studie kwamen seksuele problemen het meest voor bij biseksuele mannen en vrouwen (Rutgers WPF, 2013). In een Amerikaanse studie werd gevonden dat erectieproblemen vaker voorkomen bij homoseksuele mannen dan bij heteroseksuele mannen, terwijl voortijdig klaarkomen juist relatief weinig voorkomt bij homomannen (Bancroft, Carnes, Janssen, Goodrich & Scott Long, 2005). De hier beschreven inzichten zijn ofwel gebaseerd op de kleine groep LHB in *Seksuele Gezondheid in Nederland*, ofwel op gelegenheidssteekproeven in internationale studies. In dit hoofdstuk wordt daarom beschreven hoe het gesteld is met het seksuele gedrag, het seksueel welzijn en de seksuele problemen van lesbische vrouwen, homoseksuele mannen en biseksuele mannen en vrouwen in Nederland. Deze inzichten worden aan het eind van dit hoofdstuk verwerkt in aanbevelingen voor preventie en zorg.

Om deze aanbevelingen te kunnen doen, is naast voornoemde beschrijving ook inzicht in factoren die samenhangen met seksueel welzijn en seksuele problemen van belang. Ten eerste hangen seksueel gedrag, welzijn en seksuele problemen ook onderling samen. Mensen die geen seks hadden in het afgelopen half jaar, zijn bijvoorbeeld minder tevreden over hun seksleven dan mensen die wel seks hadden (De Graaf, 2012). Ook hangt het hebben van een seksueel probleem matig tot sterk samen met een verminderd seksueel welzijn (Chang, Klein & Gorzalka, 2013; Dunn, Croft, & Hackett, 2000). Seksuele tevredenheid maakt daarom vaak deel uit van instrumenten voor het meten van seksuele problemen (Corona, Jannini & Maggi, 2006). Er zijn echter ook mensen bij wie verlangen, opwinding en orgasme uitblijven of minder zijn dan verwacht, maar die toch tevreden zijn over het seksleven, bijvoorbeeld over de mate van emotionele intimiteit. Bovendien hangt de tevredenheid vaak sterker samen met de eventuele seksuele problemen van de partner dan met de eigen problemen

(Dunn, Croft, & Hackett, 2000; Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 2002). De causale richting van deze samenhangen kennen we niet.

Daarnaast zijn er andere factoren die seksueel welzijn of problemen beïnvloeden. Deze zijn vaak specifiek voor een bepaald seksueel probleem. Dergelijke factoren kunnen zowel lichamelijk als psychosociaal zijn. Lichamelijke factoren, bijvoorbeeld testosteronniveaus, neurologische afwijkingen of beschadigingen, ziekte en medicijngebruik, blijven in dit onderzoek buiten beschouwing, omdat wij ons beperken tot de psychosociale aspecten van seksualiteit. Zo is uit onderzoek onder de algemene bevolking bekend dat problemen met seksueel verlangen en opwinding bijvoorbeeld samenhangen met een negatieve evaluatie van seksuele stimuli of situaties, snel afgeleid zijn, psychosociaal welzijn en relatieproblemen. Orgasme problemen bij vrouwen kunnen ook gerelateerd zijn aan angst of snel afgeleid zijn. Erectieproblemen zijn vooral gerelateerd aan leeftijd, maar daarnaast bijvoorbeeld ook aan faalangst en depressie. Voortijdig klaarkomen komt iets vaker voor onder mannen met een angststoornis (Van Lankveld, Ter Kuile & Leusink, 2010).

Bepaalde factoren die samenhangen met het hebben van een seksueel probleem, lijken vaker voor te komen bij lesbische of biseksuele vrouwen of homo- en biseksuele mannen. Zo is bekend dat homoseksuele mannen meer prestatieangst hebben of prestatiedruk ervaren dan heteroseksuele mannen (Bancroft et al., 2005). Ook weten we dat bepaalde angst- en stemmingsstoornissen vaker voorkomen bij homo- en biseksuele mannen (Sandfort, De Graaf, Bijl & Schnabel, 2001). In eerder onderzoek is dit ook al eens aangevoerd als verklaring voor verschillen in seksueel verlangen of erectieproblemen tussen heteroseksuele en homoseksuele mannen (Bancroft, Janssen, Strong & Vukadinovic, 2003). De verhoogde aanwezigheid van angst- en stemmingsstoornissen onder lesbische vrouwen, homoseksuele mannen en biseksuele mannen en vrouwen is vaak in verband gebracht met minderheidsstress (Meyer, 2003). Minderheidsstress zou daarom, via het effect op psychosociaal welzijn, ook kunnen samenhangen met seksueel welzijn en seksuele problemen.

3.2 Methode

Steekproef

De resultaten in dit hoofdstuk hebben betrekking op de LHB panel steekproef, bestaande uit 333 lesbische vrouwen, 815 homoseksuele mannen, 1141 biseksuele vrouwen en 765 biseksuele mannen. Dit zijn mannen en vrouwen die niet transgender zijn. Lesbische, homoseksuele en biseksuele transgenders hebben een vragenlijst speciaal voor transgenders ingevuld (zie hoofdstuk 1). De wervingsprocedure en samenstelling van de steekproef zijn beschreven in hoofdstuk 1.

Meetinstrument

De volledige vragenlijst bevatte vragen naar demografische achtergrondvariabelen en verschillende aspecten van seksuele gezondheid. Voor dit hoofdstuk werden de volgende concepten in de analyses meegenomen:

Seksueel gedrag. Gevraagd is of men ooit seks heeft gehad met een partner. Seks werd hier breed gedefinieerd (“Seks kan van alles zijn. Bijvoorbeeld strelen (van borsten, penis of vagina), orale seks, anale seks of vaginale seks”). Aan mensen met een vaste partner is daarnaast gevraagd of ze de afgelopen 6 maanden seks hadden met hun vaste partner en/of met anderen, aan mensen zonder vaste partner is gevraagd of ze de afgelopen 6 maanden seks hadden met iemand. Aan de mensen die ooit seks hebben gehad, is gevraagd op een 7-puntsschaal aan te geven hoe vaak dit de laatste tijd gebeurde (1=minder dan 1 keer per maand, 7=meerdere keren per dag). Met een open vraag is nagegaan met hoeveel personen men in totaal seks heeft gehad in de afgelopen 6 maanden. Mensen met losse partners kregen een vraag naar de locatie waar zij deze losse partners ontmoeten (waaronder internet). Deze mensen kregen ook een vraag over geld of iets anders betaald hebben voor seks, en één over geld of iets anders gekregen hebben voor seks.

Seksuele beleving. Seksuele beleving werd nagegaan met twee schalen en drie losse vragen. De schaal ‘seksuele tevredenheid’ bestaat uit 5 items, de schaal ‘positieve beleving’ uit 8 items, waarvan er 6 een betrouwbare schaal vormen. De items en psychometrische kenmerken van deze schalen zijn te vinden in bijlage 3. Aan iedereen is gevraagd of men vaker of

minder vaak seks zou willen hebben (1=veel vaker, 5=veel minder vaak). Aan de mensen die de afgelopen 6 maanden geen seks hadden is gevraagd hoe fijn ze dit vonden (1=heel fijn, 5=heel jammer). Aan mensen met een vaste partner is gevraagd hoe tevreden men is over de huidige relatie (1=heel erg tevreden, 5=heel erg ontevreden).

Seksuele problemen. Voor het meten van seksuele problemen is uitgegaan van bestaande vragenlijsten: de Vragenlijst voor Seksuele Disfuncties (VSD; Vroege, 2003), de International Index of Erectile Function (IIEF; Rosen, Riley, Wagner, Osterloh, Kirkpatrick, & Mishra, 1997), de Female Sexual Function Index (FSFI; Rosen, Brown, Heiman, Leiblum, Meston, Shabsigh, Ferguson, & D'Agostino, 2000) en de Sexual Function Questionnaire (SFQ; Quirk, Heiman, Rosen, Laan, Smith, & Boolell, 2002). Deze zijn aangepast om ze geschikt te maken voor een bevolkingsstudie en voor zowel homo- en biseksuele mannen als voor lesbische en biseksuele vrouwen. Ook is getracht de vragen zo concreet mogelijk te formuleren (dus niet 'blijft uw penis wel eens minder lang stijf dan u zou willen?' maar 'hoe vaak blijft uw penis stijf tot de seksuele activiteit voltooid is'). Over de aanpassingen is overleg gevoerd met enkele experts.

Er is gevraagd naar de frequentie en sterkte van seksuele verlangens, de sterkte van gevoelens van opwindning, de mate waarin en de duur dat de penis stijf of de vagina vochtig wordt, de frequentie waarmee men binnen een minuut een orgasme krijgt, de frequentie waarmee men bij seks een orgasme krijgt en de moeite die dit kost, de frequentie waarmee men pijn heeft tijdens of na seks en of men bang is voor pijn. In de tabel wordt steeds weergegeven bij hoeveel mensen dit vaak of altijd voorkomt of (bijna) nooit lukt (om aan DSM-5 criterium te voldoen dat iets in ten minste 75% van de keren dat men seksueel actief is moet voorkomen). Daarnaast tonen de tabellen hoeveel mensen dit ook als een probleem ervaren. Conform de DSM-5 worden problemen en verlangen ook gecombineerd gepresenteerd. Overmatig seksueel verlangen is bevraagd met een schaal, bestaande uit 7 items (1=helemaal mee eens, 5=helemaal niet mee eens). Zie voor de psychometrische kenmerken van deze schaal bijlage 3.

3.3 Resultaten

Gedrag

In Tabel 3.1a en 3.1b is informatie te vinden over het seksuele gedrag van respectievelijk homo- en biseksuele mannen en lesbische en biseksuele vrouwen. Vrijwel iedereen heeft ooit seks gehad, maar in het afgelopen half jaar heeft een kwart geen seks gehad. Bij lesbische vrouwen is dat meer dan een derde. De helft van de respondenten die ooit seks hebben gehad, doen dat de laatste tijd vaker dan eens per maand. Meer mannen dan vrouwen hebben meer dan één sekspartner in de laatste 6 maanden, namelijk een derde tegenover een op tien. Biseksuele vrouwen hebben vaker seks en met meer verschillende partners dan lesbische vrouwen.

Tabel 3.1a. Seksueel gedrag van homo- en biseksuele mannen (%)

	Homoseksueel N=815	Biseksueel N=763	Totaal N=1577
Ooit seks gehad	96,6	92,9 [▽]	94,8
Masturbatiefrequentie			
Nooit	3,4	2,8	3,1
Hooguit eens per maand	7,7	9,7	8,7
Hooguit eens per week	22,0	23,0	22,5
Meer dan eens per week	66,9	64,5	65,7
Mannen die ooit seks hebben gehad	N=787	N=709	N=1496
Seksfrequentie*			
Nooit	17,8	23,7 [▲]	20,6
Hooguit eens per maand	21,0	25,4 [▲]	23,0
Hooguit eens per week	34,7	32,7	33,7
Meer dan eens per week	26,6	18,3 [▼]	22,6
Meer dan 1 sekspartner*	34,8	30,5	32,7
Seks met partner via internet*	22,9	16,9 [▽]	20,0
Seks gehad onder invloed van alcohol*	41,6	37,0	39,4
Seks gehad onder invloed van drugs*	22,5	12,0 [▼]	17,5
Geld betaald voor seks*	3,9	5,7	4,7
Geld gekregen voor seks*	1,2	1,1	1,2

* in de afgelopen 6 maanden

▲▼ = hoger/lager dan bij homoseksuele mannen, $p < .05$, Cramer's $V > .10$

△▽ = hoger/lager dan bij homoseksuele mannen, $p < .05$, Cramer's $V < .10$

HOOFDSTUK 3

Tabel 3.1b. Seksueel gedrag van lesbische en biseksuele vrouwen (%)

	Lesbisch	Biseksueel	Totaal
	N=333	N=1141	N=1474
Ooit seks gehad*	93,4	97,6 [△]	96,7
Masturbatiefrequentie*			
Nooit	21,0	8,8 [▼]	11,4
Hooguit eens per maand	39,4	33,0 [▼]	34,4
Hooguit eens per week	28,7	38,2 [▲]	36,2
Meer dan eens per week	11,0	20,0 [▲]	18,1
Vrouwen die ooit seks hebben gehad	N=311	N=1114	N=1425
Seksfrequentie*			
Nooit	37,3	26,5 [▼]	28,8
Hooguit eens per maand	27,7	23,6	24,5
Hooguit eens per week	24,8	29,2	28,2
Meer dan eens per week	10,3	20,7 [▲]	18,5
Meer dan 1 sekspartner*	2,6	12,5 [▲]	10,4
Seks met partner via internet*	0,7	2,6	2,2
Seks gehad onder invloed van alcohol*	23,1	43,0 [▲]	38,6
Seks gehad onder invloed van drugs*	2,3	10,4 [▲]	8,6
Geld betaald voor seks*	0,0	0,0	0,0
Geld gekregen voor seks*	0,0	0,5	0,4

* in de afgelopen 6 maanden

▲▼ = hoger/lager dan bij lesbische vrouwen, $p < .05$, Cramer's $V > .10$

△▽ = hoger/lager dan bij lesbische vrouwen, $p < .05$, Cramer's $V < .10$

Vrouwen zoeken en vinden bijna nooit sekspartners via internet. Bij mannen is dat best gebruikelijk. Een op vijf mannen, vooral de homoseksuele, heeft het laatste half jaar seks gehad met iemand die hij via internet heeft leren kennen. Betaalde seks komt weinig voor, in tegenstelling tot seks onder invloed van alcohol of drugs. Ruim 22% van de homomannen en 12% van de biseksuele mannen hebben drugs gebruikt voor of tijdens seks. Van de vrouwen zijn het vooral de biseksuele vrouwen die middelen gebruiken. Een op de tien biseksuele vrouwen geeft aan het afgelopen jaar seks te hebben gehad onder invloed van drugs.

Seksuele beleving

In Tabel 3.2 is te zien in hoeverre homo- en biseksuele mannen en lesbische en biseksuele vrouwen tevreden zijn over verschillende aspecten

van hun seksleven. Ook is hier te zien welke positieve en negatieve gevoelens zij ervaren rondom seksualiteit.

Tabel 3.2. Seksuele tevredenheid en positieve beleving

	Mannen		Vrouwen	
	Homo	Bi	Lesbisch	Bi
	N=815	N=763	N=333	N=1141
Seksuele tevredenheid (% tevreden)				
Over seksuele verlangens	79,0	74,7 [▽]	59,8	61,3
Over gevoel van seksuele opwindning	77,2	76,2	64,8	65,5
Over de emotionele verbondenheid	68,1	63,1 [▽]	64,6	63,2
Over de manier waarop u seks hebt	68,3	57,1 [▼]	62,2	59,4
Over het seksleven in het algemeen	57,2	47,8 [▽]	48,2	46,0
Gemiddelde op 5-puntsschaal	3,8	3,6 [▼]	3,7	3,6
Iedereen die ooit seks heeft gehad	N=787	N=709	N=311	N=1114
Positieve seksbeleving (% eens)				
Ik geniet erg van seks	90,6	89,8	73,6	74,6
Door seks voel ik mij ontspannen	85,4	85,2	75,6	75,4
Onzeker over prestaties tijdens seks	14,1	15,9	11,9	16,6 [△]
Onzeker over lichaam tijdens seks	19,4	16,2	15,8	25,0 [△]
Helemaal op gemak tijdens seks	65,9	68,1	61,7	52,9 [▽]
Schuldgevoelens*	6,6	16,6 [▲]	4,2	7,6 [△]
Ik geniet van porno kijken*	63,8	63,9	16,7	31,4 [▲]
Leuk om seksualiteit te ontdekken	70,8	73,3	47,3	57,0 [△]
Gemiddelde op 5-puntsschaal	3,9	3,9	3,7	3,7

▲▼ = hoger/lager dan bij homomannen/lesbische vrouwen, $p < .05$, Cramer's $V > .10$;

△▽ = hoger/lager dan bij homomannen/lesbische vrouwen, $p < .05$, Cramer's $V < .10$

* In de schaal 'positieve seksbeleving' zijn deze items niet meegenomen

Op een schaal van 1 tot 5, scoort men gemiddeld bijna een 4 op positieve seksbeleving en iets lager op seksuele tevredenheid. Verreweg de meeste mannen en vrouwen genieten van seks, mannen wat meer dan vrouwen. Toch is 12 tot 17% bang het niet goed te doen tijdens seks. Onzekerheid over het eigen lichaam tijdens seks komt bij ongeveer een op de vijf LHB's voor. Homoseksuele mannen zijn meer tevreden over hun seksleven dan biseksuele mannen. Bij positieve seksbeleving zien we een dergelijk verschil niet. Schuldgevoelens komen vooral voor bij biseksuele mannen. Van pornokijken genieten mannen meer dan vrouwen. Biseksuele vrouwen

HOOFDSTUK 3

rapporteren vergeleken met lesbische vrouwen meer gevoelens van onzekerheid, maar ze voelen zich daarentegen vaker op hun gemak, genieten meer van porno kijken en geven vaker aan dat ze het leuk vinden om hun seksualiteit te ontdekken.

Tabel 3.3. Tevredenheid over seksfrequentie en relatie (%)

	Mannen		Vrouwen	
	Homo	Bi	Lesbisch	Bi
Afgelopen 6 maanden seks gehad	N=647	N=543	N=196	N=820
Gewenste frequentie (%)				
(Veel) vaker	60,1	65,6	46,4	54,9
Precies goed zo	39,7	33,9 [▽]	52,6	42,0
(Veel) minder vaak	0,2	0,6	1,0	3,1
Ooit wel, maar afgelopen 6 maanden geen seks gehad ³	N=136	N=165	N=114	N=295
Beleving geen seks afgelopen 6 maanden (%)				
(Heel) fijn	5,9	6,1	17,5	13,6
Soms fijn, soms jammer	34,6	29,1	39,5	42,0
(Heel) jammer	59,6	64,8	43,0	44,4
Mensen met een vaste partner	N=475	N=491	N=226	N=770
Tevredenheid relatie (%)				
(Heel) tevreden	90,8	82,3 [▼]	96,9	84,3 [▼]
Niet tevreden, niet ontevreden	7,1	13,3 [▲]	2,2	12,3 [▲]
(Heel) ontevreden	2,1	4,3	0,9	3,4 [▲]

▲▼ = hoger/lager dan bij homomannen/lesbische vrouwen, $p < .05$, Cramer's $V > .10$;

▽ = lager dan bij homoseksuele mannen, $p < .05$, Cramer's $V < .10$

Van de homo- en biseksuele mannen en lesbische en biseksuele vrouwen die de afgelopen 6 maanden seks hebben gehad, is een aanzienlijke groep niet (helemaal) tevreden met de seksfrequentie van de laatste tijd (zie Tabel 3.3). Bijna twee derde van de mannen en bijna de helft van de vrouwen die in de afgelopen 6 maanden geen seks hadden, vindt dat jammer. Onder mensen met een vaste relatie is de tevredenheid over deze relatie hoog, hoewel biseksuelen iets minder vaak tevreden zijn dan homoseksuele mannen en lesbische vrouwen.

³ De vraag hoe men het vindt om geen seks te hebben, is onbedoeld niet voorgelegd aan degenen die nooit seks hebben gehad. Dit zijn 70 mensen.

Prevalentie van seksuele problemen

In Tabel 3.4a en Tabel 3.4b is te vinden hoeveel homo- en biseksuele mannen en lesbische en biseksuele vrouwen seksuele problemen ondervinden. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen belemmeringen die structureel voorkomen en belemmeringen die structureel voorkomen en die echt als een probleem worden ervaren. In de tabellen is ook te zien dat hier een duidelijk verschil tussen is. Zo geeft 14% van de homomannen aan dat de penis nooit of soms stijf genoeg wordt om te kunnen penetreren als ze dat zouden willen en/of dat de penis nooit of soms stijf blijft totdat zij zelf vinden dat de seksuele activiteit voltooid is. Een meerderheid van deze mannen ervaart dit echter niet als een probleem.

Tabel 3.4a. Seksuele problemen bij homo- en biseksuele mannen (%)

	Komt voor		Komt voor en is probleem	
	Homo	Bi	Homo	Bi
	N=815	N=765	N=815	N=765
Overmatig seksueel verlangen	0,5	1,5 [△]		
(Bijna) nooit/(zeer) zwakke verlangens	1,6	1,9	0,5	0,5*
Mannen met seks in afgelopen 6 mnd	N=653	N=547	N=653	N=547
(Zeet) zwak gevoel van opwinding	1,7	2,0	0,9	1,7
Weinig verlangen of opwinding ^a	2,6	2,6	1,4	2,3
Penis nooit of soms (lang genoeg) stijf	14,4	16,7	5,5	9,4 [△]
Vaak/altijd orgasme < 1 minuut	2,9	2,9	0,9	1,8
(Bijna) nooit of moeilijk een orgasme	7,8	9,1	3,0	4,4
(Angst voor) pijn tijdens/na seks	4,5	4,2	-	-
Minstens één seksueel probleem	-	-	11,6	16,2 [△]

* Celvulling te laag om verschillen te kunnen toetsen

^a (Bijna) nooit of (zeer) zwakke verlangens en/of opwinding

[△] Hoger dan bij homoseksuele mannen, $p < .05$, Cramer's $V < .10$

Bij zowel homo- als biseksuele mannen komen erectieproblemen het meeste voor (bij 5,5% van de homoseksuele mannen en bijna 9,4% van de biseksuele mannen), gevolgd door orgasmeproblemen (niet of moeilijk klaarkomen en dit als een probleem ervaren) en pijnproblemen (pijn tijdens of na seks of angst voor pijn). Er zijn weinig verschillen in seksuele problemen tussen homo- en biseksuele mannen. Biseksuele mannen rapporteren iets vaker een erectieprobleem of overmatig seksueel verlangen, maar het verschil is marginaal.

HOOFDSTUK 3

Tabel 3.4b. Seksuele problemen bij lesbische en biseksuele vrouwen (%)

	Komt voor		Komt voor en is probleem	
	Lesbisch	Bi	Lesbisch	Bi
	N=333	N=1141	N=333	N=1141
Overmatig seksueel verlangen	0,0	0,5		
Zelden of zwakke verlangens	21,0	10,2 [▼]	2,8	2,6
Vrouwen die seks hadden in afgelopen 6 mnd	N=195	N=820	N=195	N=820
(Zeer) zwak gevoel van opwinding	2,0	6,0 [△]	1,5	3,6
Weinig verlangen of opwinding ^a	15,3	9,2 [▽]	5,1	6,0
Vagina nooit/soms vochtig	16,4	14,5	4,2	5,2
Vaak/altijd orgasme < minuut	1,4	3,3	0,0	0,0*
(Bijna) nooit of moeilijk orgasme	18,4	31,0 [▲]	5,7	8,0
(Angst voor) pijn tijdens/na seks	3,3	10,8 [▲]	-	-
Penetratie (bijna) nooit mogelijk	15,2	5,9 [▼]	0,5	1,2
Minstens één seksueel probleem	-	-	13,7	20,9 [△]

* Celvulling te laag om verschillen te kunnen toetsen

^a (Bijna) nooit of (zeer) zwakke verlangens en/of opwinding

^{△▽} Hoger/lager dan bij lesbische vrouwen, $p < .05$, Cramer's $V < .10$

^{▲▼} Hoger/lager dan bij lesbische vrouwen, $p < .05$, Cramer's $V > .10$

Bij lesbische en biseksuele vrouwen komen problemen met opwinding en verlangen, orgasme en pijn het meeste voor, maar de mate waarin deze problemen voorkomen, verschilt tussen lesbische en biseksuele vrouwen. Voor lesbische vrouwen komt niet of moeilijk klaarkomen - en dit als een probleem ervaren - het vaakst voor (5,7%), gevolgd door problemen met opwinding en verlangen (5,1%) en pijnproblemen (3,3%). Biseksuele vrouwen hebben het meest last van pijn (10,8%), gevolgd door orgasmeproblemen (8,0%) en lubricatieproblemen (5,2%). Als geen rekening wordt gehouden met de mate waarin de vrouwen iets zelf als een probleem ervaren, worden nog wel verschillen tussen lesbische en biseksuele vrouwen gevonden. Lesbische vrouwen geven bijvoorbeeld relatief vaak aan dat ze (bijna) nooit of alleen (zeer) zwakke seksuele verlangens hebben. Biseksuele vrouwen geven vaker dan lesbische vrouwen aan dat ze (bijna) nooit een orgasme krijgen tijdens seks of dat het voor hen moeilijk is om een orgasme te krijgen. Wanneer echter ook rekening wordt gehouden met de mate waarin vrouwen deze belemmeringen ook

zelf als een probleem ervaren, vallen vrijwel alle verschillen tussen lesbische en biseksuele vrouwen weg.

In de afgelopen 12 maanden zochten 110 homo- en biseksuele mannen en lesbische en biseksuele vrouwen professionele hulp voor een seksueel probleem: 3,0% van de homomannen, 4,6% van de biseksuele mannen, 2,4% van de lesbische vrouwen en 3,7% van de biseksuele vrouwen. Zij zochten vooral hulp bij de huisarts, een medisch specialist (bijvoorbeeld een gynaecoloog of uroloog) of een vrijgevestigd psycholoog, psychiater of psychotherapeut. De geboden hulp kreeg gemiddeld een ruime voldoende: mannen gaven gemiddeld een 7,6 en vrouwen een 7,2. Vrijwel iedereen (95% van de mannen en 86% van de vrouwen) vond dat ze respectvol werden behandeld. Een kleiner deel (ongeveer driekwart van zowel de mannen als de vrouwen) vond de hulpverlener homovriendelijk.

Tabel 3.5. Beoordeling van laatste hulpverlener bij hulp voor seksueel probleem (% (helemaal) mee eens)

	Homo- en biseksuele mannen	Lesbische en biseksuele vrouwen
	N=60	N=50
Ik ben goed geholpen door deze hulpverlener	72,6	52,0
De hulpverlener was deskundig	77,0	71,4
Ik kon deze hulpverlener vertrouwen	91,9	84,0
De hulpverlener ging respectvol met mij om	95,2	86,0
De hulpverlener was homovriendelijk	74,4	75,9
Rapportcijfer (gemiddelde)	7,6	7,2

Factoren die samenhangen met seksuele beleving en problemen

De factoren die samenhangen met positieve seksbeleving zijn beschreven met behulp van bivariate en multivariate lineaire regressieanalyses. Bivariate analyses laten zien in welke groepen de seksuele beleving positiever is. In multivariate analyses wordt elke samenhang gecontroleerd voor de andere factoren, zodat duidelijk wordt welke het meest bijdragen aan hoe men seks beleeft. Inspelen op deze factoren in hulpverlening en zorg zal naar verwachting het meest bijdragen aan het verbeteren van de seksuele beleving.

HOOFDSTUK 3

Tabel 3.6. Factoren die samenhangen met seksuele beleving (β)

	Homo- en biseksuele mannen		Lesbische en biseksuele vrouwen	
	Bivariaat	Multivariaat	Bivariaat	Multivariaat
Leeftijd	.08***	.05**	-.04	.12***
Heeft vaste partner	.20***	.02	.16***	-.19**
Gezondheid	.18***	.04	.14***	-.05
Psychische gezondheid	.27***	-.02	.26***	.06
Eigenwaarde	.45***	.36***	.41***	.36***
Seksfrequentie	.38***	.26***	.39***	.40***
Seks onder invloed van alcohol	.09***	-.05*	.19***	.00
Seks onder invloed van drugs	.13***	.00	.09***	.01
Seksueel geweld voor 16e jaar	-.07***	-.02	-.02	.03
Homonegatieve ervaringen	-.10***	-.06***	-.03	.00
Zichtbaarheid seksuele oriëntatie	-.14***	-.05**	-.26***	-.18***
Spanning zoeken	.27***	.22***	.31***	.28***

* = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

Tabel 3.6 toont welke factoren samenhangen met seksuele beleving. Bij mannen hangt elk van de door ons onderzochte factoren hiermee samen. Bij vrouwen hangen leeftijd, seksueel geweld voor het 16^e jaar en ervaringen met homonegativiteit niet samen met seksuele beleving. Wanneer de factoren in een multivariate analyse voor elkaar worden gecontroleerd, spelen bij zowel mannen als vrouwen eigenwaarde, seksfrequentie en gericht zijn op seksuele spanning een belangrijke rol. Bij vrouwen telt daarnaast leeftijd mee: hoe ouder de vrouw, hoe positiever de seksbeleving. Daarnaast hangt zichtbaarheid van de seksuele oriëntatie bij vrouwen samen met een minder positieve seksbeleving.

De factoren die samenhangen met het hebben van een seksueel probleem zijn beschreven met behulp van bivariate en multivariate logistische regressieanalyses. In Tabel 3.7a en 3.7b zijn Odds Ratio's (OR) en betrouwbaarheidsintervallen (95% BI) weergegeven. Odds Ratio's laten zien hoeveel groter of kleiner de kans op het hebben van een seksueel probleem wordt als iemand in een bepaalde groep zit (bijvoorbeeld, als iemand een vaste partner heeft) of als iemand op een schaal één punt omhoog gaat (bijvoorbeeld op de schaal van psychische gezondheid). Bij homo- en biseksuele mannen wordt de kans op een seksueel probleem

bijvoorbeeld 0,51 keer zo groot (dus: ongeveer twee keer zo klein) als iemand één punt omhoog gaat op de schaal voor psychische gezondheid.

Tabel 3.7a. Factoren die samenhangen met het hebben van een seksueel probleem bij homo- en biseksuele mannen (N=1202)

	Bivariaat		Multivariaat	
	OR	95% BI	OR	95% BI
Leeftijd	1.02***	1.01-1.03	1.02***	1.01-1.04
Heeft vaste partner	0.76	0.54-1.08	0.81	0.56-1.18
Gezondheid	0.54***	0.43-0.66	0.73*	0.57-0.93
Psychische gezondheid	0.51***	0.41-0.62	0.62**	0.46-0.82
Eigenwaarde	0.55***	0.43-0.71	0.78	0.57-1.07
Seks onder invloed van alcohol	0.94	0.68-1.30	0.98	0.69-1.40
Seks onder invloed van drugs	1.40	0.97-2.03	1.42	0.94-2.14
Seksueel geweld voor 16e jaar	1.98*	1.09-3.57	1.17	0.61-2.23
Homonegatieve ervaringen	1.03	0.70-1.53	0.98	0.64-1.49
Spanning zoeken	1.08	0.84-1.40	0.91	0.69-1.21

* = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

Bij zowel mannen als vrouwen hangt leeftijd samen met het hebben van een seksueel probleem, maar wel in omgekeerde richting. Bij mannen neemt de kans op een seksueel probleem toe met het ouder worden, bij vrouwen juist af. Naast leeftijd spelen gezondheid, psychische gezondheid en eigenwaarde een belangrijke rol, maar sommige van deze verbanden vallen weg in de multivariate analyses. Dat geldt bijvoorbeeld voor de verbanden met eigenwaarde of seksueel misbruikt zijn in de jeugd bij mannen en het verband met gezondheid bij vrouwen. Deze bivariate verbanden worden dan deels verklaard door de andere variabelen in de analyse, bijvoorbeeld door psychische gezondheid. Mannen die misbruikt zijn in hun jeugd vormen dan bijvoorbeeld wel een risicogroep als het gaat om seksuele problemen, maar als je seksuele problemen wilt beïnvloeden, is een focus op (psychische) gezondheid waarschijnlijk effectiever. Bij vrouwen hangt het zoeken van spannende seks in positieve zin samen met seksuele problemen: vrouwen die meer op zoek zijn naar spanning in hun seksleven, rapporteren minder vaak een seksueel probleem.

HOOFDSTUK 3

Tabel 3.7b. Factoren die samenhangen met het hebben van een seksueel probleem bij lesbische en biseksuele vrouwen (N=1067)

	Bivariaat		Multivariaat	
	OR	95% BI	OR	95% BI
Leeftijd	0.97***	0.96-0.98	0.97***	0.96-0.98
Heeft vaste partner	0.75	0.50-1.11	0.88	0.57-1.35
Gezondheid	0.78**	0.65-0.94	0.91	0.73-1.14
Psychische gezondheid	0.58***	0.48-0.70	0.71*	0.55-0.93
Eigenwaarde	0.51***	0.41-0.63	0.72*	0.54-0.96
Seks onder invloed van alcohol	0.96	0.70-1.30	0.91	0.64-1.28
Seks onder invloed van drugs	0.91	0.56-1.47	0.74	0.43-1.25
Seksueel geweld voor 16e jaar	1.44	0.98-2.13	1.23	0.81-1.87
Homonegatieve ervaringen	0.81	0.46-1.42	0.58	0.32-1.08
Spanning zoeken	0.78*	0.62-0.98	0.61***	0.47-0.80

* = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

3.4 Samenvatting en conclusies

Ongeveer een kwart van de totale groep lesbische vrouwen, homoseksuele mannen en biseksuele mannen en vrouwen heeft in het afgelopen half jaar geen seks gehad. Daarin komen ze overeen met de landelijke populatie homo-, bi- en heteroseksuele mannen en vrouwen (De Graaf, 2012). Homoseksuele mannen hebben iets minder vaak geen seks gehad in de laatste 6 maanden, lesbische vrouwen juist relatief vaak. Mensen die geen seks hebben of minder vaak seks dan ze zouden willen, krijgen doorgaans in beleid, preventie en zorg minder aandacht dan mensen die juist bovengemiddeld veel seks hebben. Deze laatste groep loopt tenslotte de grootste kans op de negatieve gevolgen van seks. Veel homo- en biseksuele mannen en lesbische en biseksuele vrouwen zouden vaker seks willen hebben. Bovendien vindt twee derde van de homo- en biseksuele mannen die geen seks hadden in de afgelopen 6 maanden dit jammer. Hetzelfde geldt voor iets meer dan twee vijfde van de vrouwen. In de hulpverlening en zorg zou nagegaan kunnen worden of mensen seksueel actief zijn, wat de reden is dat zij niet seksueel actief zijn en hoe zij dit beleven. Eventueel kan ondersteuning worden geboden bij het vinden van een partner, bij het opnieuw seks hebben met de huidige partner of bij het accepteren van hun huidige seksleven (of de afwezigheid hiervan).

Ongeveer een op de drie homo- en biseksuele mannen en een op de tien biseksuele vrouwen had de laatste zes maanden meer dan een sekspartner. Dit is iets meer dan in de Nederlandse bevolking (De Graaf, 2012). Seks via internet, betaalde seks en seks onder invloed van middelen zie je nauwelijks terug bij lesbische vrouwen. Homo- en biseksuele mannen hebben wel relatief vaak seks met iemand die ze op internet leren kennen, of seks onder invloed van alcohol en drugs. Dit laatste geldt ook voor biseksuele vrouwen. Seks via internet en seks onder invloed brengen bepaalde risico's met zich mee. Partners die men via internet ontmoet zijn meestal losse partners die men nog niet lang kent, waardoor het risico op soa en hiv of op grensoverschrijding met deze partners groter is. Bij seks onder invloed is het lastiger om een intentie voor condoomgebruik om te zetten in daadwerkelijk gedrag, of om controle te houden over het seksuele contact. Hierdoor is het risico op soa en hiv of grensoverschrijding ook groter. De risico's van deze vormen van seks vragen voor deze doelgroepen daarom extra aandacht. Dat kan bij de hulpverlening rondom soa en hiv en grensoverschrijding, maar ook in informatievoorziening voor deze doelgroepen.

De meeste lesbische vrouwen, homoseksuele mannen en biseksuele mannen en vrouwen zijn tevreden over hun seksleven en beleven seksualiteit positief. Toch komt er onder alle groepen behoorlijk wat onzekerheid voor tijdens seks, zowel over het uiterlijk als over de prestaties. Wat seksuele problemen betreft hebben mannen het meest te maken met erectieproblemen (biseksuele mannen iets vaker dan homoseksuele mannen) en vrouwen met problemen met opwinden en verlangen, orgasme en (vooral biseksuele vrouwen) pijn. Of dit vergeleken met de landelijke populatie veel of weinig is, is lastig te zeggen, omdat in eerdere bevolkingsstudies met een ander meetinstrument is gewerkt. De vergelijkbaarheid is hierdoor beperkt. In elk geval is duidelijk dat er veel mensen rondlopen met een seksueel probleem: bij homomannen is dat één op de acht, bij biseksuele mannen één op de zes, bij lesbische vrouwen één op de zeven en bij biseksuele vrouwen zelfs één op de vijf. Het is daarom belangrijk dat er in de hulpverlening aandacht wordt besteed aan onzekerheden op seksueel gebied of seksuele problemen. Hiervoor is het van belang dat hulpverleners in staat zijn op een professionele manier over seksualiteit te praten met deze doelgroep. Patiënten moeten zich uitgenodigd voelen om vragen of problemen naar voren te brengen.

Professionals kunnen vervolgens patiënten informeren, geruststellen, of hen helpen bij het zoeken van de oorzaak en vinden van een oplossing voor het probleem. Voor mensen die (nog) niet met een seksueel probleem in de hulpverlening terecht komen, moet voldoende goede informatie beschikbaar zijn en moet de weg naar de hulpverlening zo laagdrempelig mogelijk zijn.

De factoren die samenhangen met seksuele beleving of het hebben van een seksueel probleem verschillen nauwelijks tussen mannen en vrouwen. Aan een positieve beleving dragen vooral een goed gevoel van eigenwaarde, een hogere seksfrequentie en het zoeken van spanning in het seksleven bij. Bij seksuele problemen spelen vooral leeftijd (ouder zijn bij mannen, jonger zijn bij vrouwen), gezondheid, psychische gezondheid en eigenwaarde een rol. Het verband tussen ervaringen met seksueel misbruik in de jeugd en seksuele problemen bij mannen valt weg na controle voor voornoemde kenmerken. Dit zou kunnen betekenen dat het misbruik heeft geleid tot een minder goede psychische gezondheid en dat dit vervolgens bijdraagt aan het hebben van een seksueel probleem. Vanwege de cross-sectionele aard van dit onderzoek is de richting van de gevonden verbanden echter niet vast te stellen. Minder psychosociaal welzijn kan uiteraard leiden tot een minder positieve seksualiteitsbeleving en meer seksuele problemen, maar het omgekeerde is evengoed mogelijk. Zolang er geen zicht is op de richting van deze verbanden, lijkt een integrale aanpak het meest opportuun. Bij patiënten die vanwege problemen met de psychische gezondheid in de hulpverlening terecht komen, is het uitvragen en eventueel behandelen van seksuele problemen van belang. Bij patiënten die hulp zoeken voor een seksueel probleem, mag de mogelijke achterliggende psychosociale problematiek niet vergeten worden.

HOOFDSTUK 4

SEKSUEEL GEDRAG, SEKSUELE BELEVING EN SEKSUELE PROBLEMEN VAN TRANSGENDERS

Tamar Doorduyn, Hanneke de Graaf en Charles Picavet

4.1 Inleiding

Seksueel gedrag, seksuele beleving en seksuele problemen zijn belangrijke aspecten van seksuele gezondheid. Dit geldt ook voor transgenders. Er zijn aanwijzingen dat transgenders op deze aspecten verschillen van niet-transgenders. In een Nederlandse bevolkingsstudie werd gevonden dat mensen met transgendergevoelens minder vaak seks hebben, minder seksueel tevreden zijn en vaker seksuele problemen hebben dan mensen zonder transgendergevoelens (Rutgers WPF, 2013). Helemaal verwonderlijk is dit wellicht niet, want transgender-zijn heeft alles te maken met identiteit en lichaamsbeleving en voor een deel van de transgenders met medisch ingrijpen in de hormoonhuishouding en geslachtskenmerken. Dit zijn aspecten die bepalend zijn voor seksueel gedrag, beleving en problemen. Uit eerder onderzoek komen inderdaad diverse aanwijzingen dat transgender-zijn op verschillende manieren impact kan hebben op seksueel gedrag, beleving en problemen.

Onderzoek naar seksueel gedrag, beleving en problemen van transgenders richtte zich tot nu toe vooral op de impact van de geslachtsaanpassende behandeling. Seksueel functioneren en seksuele tevredenheid na een operatie spelen namelijk een belangrijke rol in tevredenheid met de operatie en de kwaliteit van leven na de operatie (De Cuypere et al., 2005; Lawrence, 2003). Ook kunnen verwachtingen over seksueel functioneren na een operatie een rol spelen in de beslissing om voor een bepaalde operatie te kiezen of niet (Doorduyn & Van Berlo, 2012; Klein & Gorzalka, 2009).

Uit het meest recente Nederlandse onderzoek naar seksuele tevredenheid na een geslachtsaanpassende behandeling bleek dat de meerderheid van

de post-operatieve⁴ transmannen en transvrouwen met een vaste relatie tevreden zijn over hun seksuele leven (Smith, Van Goozen, Kuiper & Cohen-Kettenis, 2005b). Recent Vlaams onderzoek geeft andere resultaten (De Cuypere et al., 2005). Terwijl driekwart van de transmannen in dit onderzoek aangeeft tevreden te zijn met hun seksleven én seksueel tevredener zijn dan vóór hun geslachtsoperatie(s), is slechts 48% van de transvrouwen seksueel tevreden. Wel geeft driekwart van de transvrouwen aan dat zij seksueel tevredener zijn dan vóór hun vaginaplastiek. Dit betekent dat een deel van de transvrouwen na de vaginaplastiek niet seksueel tevreden is, maar wel meer seksueel tevreden dan ervoor.

Resultaten uit onderzoek naar seksueel functioneren en seksuele problemen zijn zeer uiteenlopend (Klein & Gorzalka, 2009). De afgelopen jaren is een aantal nieuwe studies verschenen die een aantal hiaten in de kennis gedeeltelijk opvullen (Wierckx et al., 2011, Wierckx et al., 2013).

Onderzoeken naar seksueel verlangen van MV-transgenders die een geslachtsaanpassende behandeling hebben afgerond spreken elkaar sterk tegen. Er wordt ongeveer even vaak geconcludeerd dat seksueel verlangen door een geslachtsaanpassende behandeling toeneemt, dat het afneemt als dat het stabiel blijft (Klein & Gorzalka, 2009). Recent Vlaams onderzoek onder 214 transvrouwen wees uit dat 63% een afname in seksueel verlangen rapporteert na aanvang van hormoonbehandeling, en dat 73% van deze vrouwen zelden of nooit seksueel verlangen ervaart (Wierckx et al., 2013). Het is bekend dat een deel van de MV-transgenders met een neovagina een lichte mate van lubricatie heeft en dat fysieke opwinding zich bij hen kan uiten door middel van het samentrekken van de vagina, net als bij cisgender vrouwen het geval is. Het percentage MV-transgenders dat na een operatie een orgasme kan krijgen varieert sterk in verschillende studies, van 27% tot 100% van de ondervraagde MV-transgenders in 19 steekproeven tussen 1986 en 2005. In de twee meest recente studies met de grootste steekproeven bleek dat respectievelijk 85% en 82% van de respondenten een orgasme kon krijgen (Klein & Gorzalka, 2009).

⁴ “Post-operatief” betekent dat iemand een penis- of vagina-operatie heeft ondergaan, “pre-operatief” dat iemand zich wel heeft aangemeld voor de geslachtsaanpassende behandeling en deze operatie(s) wenst, maar deze nog niet heeft ondergaan.

Over VM-transgenders is minder bekend dan over MV-transgenders. Recent is wel een aantal studies verschenen onder transmannen die een geslachtsaanpassende behandeling hebben afgerond, waarin is gevraagd naar seksueel verlangen, seksueel gedrag, seksuele opwinding en/of het kunnen krijgen van een orgasme. Uit retrospectief onderzoek naar de effecten van hormoonbehandeling blijkt dat bij de meerderheid van de transmannen (71%) het seksueel verlangen is toegenomen na aanvang van hormoonbehandeling (Wierckx et al., 2013). Uit prospectief onderzoek blijkt dat transmannen 12 maanden na de eerste inname van hormonen significant vaker masturberen, vaker zin hebben in seks, vaker seksueel fantaseren en zich vaker opgewonden voelen (Constantino et al., 2013). Na de geslachtsaanpassende behandeling⁵ werd 23% van de transmannen meer dan de helft van de tijd gemakkelijk opgewonden, 48% ongeveer de helft van de tijd en 28% minder dan de helft van de tijd. Ook blijkt dat 65% van de transmannen na een penisoperatie (meestal falloplastiek) (bijna) altijd een orgasme kon krijgen door masturbatie (Wierckx et al., 2011).

Seksuele beleving en seksuele problemen zijn niet alleen relevant voor transgenders die hun geslachtsaanpassende behandeling achter de rug hebben, maar ook voor diegenen die nog aan het begin of middenin hun behandeling zitten. In recent kwalitatief onderzoek geven transgenders echter aan dat genderdysfore gevoelens - het gevoel dat lichaam of genderrol niet 'kloppen' met hoe iemand zich voelt - het moeilijk kunnen maken om van seks te genieten. Dit brachten zij ook in verband met seksuele problemen, zoals problemen met de subjectieve opwinding of verminderd seksueel verlangen (Doorduyn & Van Berlo, 2012).

Over seksueel gedrag, problemen en beleving van transgenders die geen behandeling wensen, is weinig bekend. Het enige bij ons bekende onderzoek is de studie naar travestie in Nederland en Vlaanderen (Vennix, 1997). Hieruit bleek dat mensen die zich als travestiet identificeerden⁶ en een vaste partner hadden, hun seksleven een significant lager rapportcijfer

⁵ Bijna alle respondenten in dit onderzoek hadden een falloplastiek laten doen, een enkeling een metaidioioplastiek.

⁶ Het woord 'transgender' werd in 1997 nog nauwelijks gebruikt in Nederland. Mogelijk zouden veel mensen die zich in 1997 'travestiet' noemden, zich nu als 'transgender' identificeren.

(6,6) gaven dan de algemene bevolking (7,3). Ook had men een lagere seksfrequentie (Vennix, 1997).

In hoofdstuk 3 is beschreven welke factoren in de Nederlandse volwassen bevolking samenhangen met seksueel gedrag, seksuele beleving en seksuele problemen. Daarnaast is uit eerder onderzoek het één en ander bekend over transgenderspecifieke factoren. Ten eerste hangt geboortegeslacht samen met seksuele beleving: transmannen zijn seksueel tevredener dan transvrouwen (De Cuypere et al., 2005). Er zijn verschillende aanwijzingen dat onvrede met het lichaam of uiterlijk en genderdysfore gevoelens het moeilijker maken om van seks te genieten of seksueel tevreden te zijn (Doorduyn & Van Berlo, 2012; Vennix, 1997; Weyers et al., 2009). Ook zijn er sterke aanwijzingen dat een hormoonbehandeling zorgt voor een toename in seksueel verlangen en seksuele opwindning bij VM-transgenders en voor een afname bij MV-transgenders (Constantino et al., 2013; Klein & Gorzalka, 2009; Wierckx et al., 2013). De rol van de partner kwam naar voren in onderzoek onder travestieten. Zij hadden minder vaak seks wanneer hun partner meer moeite had met hun travestie en wanneer zij het gevoel hadden geen uiting te kunnen geven aan hun travestie (Vennix, 1997). Tot slot zijn transgenders na hun geslachtsaanpassende behandeling vaak meer seksueel tevreden dan ervoor (De Cuypere et al., 2005; Doorduyn & Van Berlo, 2012). Deze toename in tevredenheid kan te maken hebben met de afname of het verdwijnen van hun genderdysfore gevoelens. Tegelijkertijd blijkt uit kwalitatief onderzoek dat transgenders niet altijd tevreden zijn met het seksueel functioneren van hun post-operatieve geslachtsdelen, bijvoorbeeld doordat zij bepaalde sensaties minder sterk voelen, moeten wennen aan hun nieuwe lichaamsdeel, en/of er iets mis is gegaan bij de operatie (Doorduyn & Van Berlo, 2012). Uit kwantitatief onderzoek blijkt dat seksuele tevredenheid na de operatie sterk samenhangt met de mate waarin men tevreden is met de fysieke uitkomsten van de operatie (De Cuypere et al., 2005, Rehman, Lazer, Benet, Schaefer & Melman, 1999).

In het huidige onderzoek worden aspecten van seksueel gedrag, seksuele beleving en seksuele problemen beschreven van transvrouwen, transmannen en transgenderisten in alle stadia van transitie. Het onderzoek werpt meer licht op de situatie van diegenen die geen behandeling wensen of bezig zijn met hun behandeling, en voegt kennis

toe over de situatie van transgenders die een transitie hebben afgerond. Naast een beschrijvende analyse wordt gekeken naar factoren die samenhangen met seksuele beleving en seksuele problemen. Hiermee wordt getoetst of factoren die in kwalitatief onderzoek een rol leken te spelen, in een grootschaliger verband aantoonbaar samenhangen met seksuele problemen en beleving.

4.2 Methode

In dit hoofdstuk worden de resultaten gerapporteerd van onderzoek onder 576 transgenders, waarvan 325 in het man-naar-vrouw spectrum en 251 in het vrouw-naar-man spectrum⁷. De meeste van hen zijn geworven via transgenderorganisaties en andere transgenderspecifieke kanalen; een klein deel is geworven via een panel. Een uitgebreide beschrijving van de steekproef en wervingsmethoden is te vinden in hoofdstuk 1.

Hoe de verschillende uitkomstmaten van seksueel gedrag, seksueel functioneren en seksuele beleving zijn gemeten in de vragenlijst voor cisgender homo- en biseksuele mannen en vrouwen is in hoofdstuk 3 beschreven. Deze meetinstrumenten zijn als basis genomen voor de meetinstrumenten die in dit hoofdstuk worden gebruikt, maar zijn op verschillende manieren aangepast om ze geschikt te maken voor transgenders. Bij de vragen naar seksuele problemen is rekening gehouden met gevoelens van onvrede met het lichaam. In algemeen bevolkingsonderzoek wordt vaak aangenomen dat het niet kunnen krijgen van een erectie als problematisch wordt ervaren, terwijl MV-transgenders het juist vervelend kunnen vinden om wél een erectie te krijgen. Hetzelfde geldt voor VM-transgenders wat betreft het vochtig worden van hun vagina. Bij de vragen naar seksuele beleving is op grond van kwalitatief onderzoek (Doorduyn & Van Berlo, 2012) een aantal transgenderspecifieke belevingsaspecten toegevoegd, zoals ‘tijdens seks fantaseren over een lichaam dat bij je past’, ‘seks tegelijkertijd fijn én vervelend vinden’ en ‘niet aangeraakt willen worden bij de geslachtsdelen tijdens seks’. De operationalisatie van de factoren die samenhangen met seksuele beleving en problemen zijn te vinden in Bijlage 3.

⁷ Zie hoofdstuk 2 voor een toelichting van deze begrippen.

4.3 Resultaten

Seksueel gedrag

Ongeveer de helft van de transgenders die ooit seks heeft gehad, deed dit de laatste 6 maanden niet (zie Tabel 4.1a en 4.1b). Dit geldt vooral voor transvrouwen. Van de transmannen heeft een relatief groot deel (20%) nog nooit seks gehad. Transmannen en MV-transgenderisten masturberen het vaakst en transvrouwen het minst vaak. Het aantal transgenders dat in de laatste 6 maanden betaald is voor seks is in beide spectra ongeveer 3% van iedereen die ooit seks heeft gehad.

Tabel 4.1a. Seksueel gedrag van MV-transgenders (%)

	Transvrouw	Transgenderist	Totaal
	N=183	N=142	N=325
Ooit seks gehad	89,6	92,3	90,8
Masturbatiefrequentie			
Nooit	20,8	5,2▼	14,1
Hooguit eens per maand	29,2	10,4▼	21,1
Hooguit eens per week	29,8	23,7	27,2
Meer dan eens per week	20,2	60,7▲	37,7
Iedereen die ooit seks heeft gehad	N=164	N=131	N=295
Sekspartners laatste 6 maanden			
0	58,3	40,7▼	50,6
1	25,6	27,1	26,3
Meer dan 1	16,1	32,1▲	23,1
Seksfrequentie laatste 6 maanden			
Nooit	58,0	40,7▼	50,3
Hooguit eens per maand	13,8	28,4▲	20,2
Hooguit eens per week	18,2	18,4	18,3
Meer dan eens per week	9,9	12,8	11,2
Geld gekregen voor seks	2,7	2,8	2,8

▲▼ = hoger/lager dan bij transvrouwen, $p < .05$ en Cramer's $V > .10$

Tabel 4.1b. Seksueel gedrag van VM-transgenders (%)

	Transman	Transgenderist	Totaal
	N=148	N=103	N=251
Ooit seks gehad	79,7	90,3 [▲]	84,1
Masturbatiefrequentie			
Nooit	11,1	10,9	11,0
Hooguit eens per maand	13,9	25,7 [▲]	18,8
Hooguit eens per week	14,6	31,7 [▲]	21,6
Meer dan eens per week	60,4	31,7 [▼]	48,6
Iedereen die ooit seks heeft gehad	N=118	N=93	N=211
Sekspartners laatste 6 maanden			
0	52,7	49,5	51,4
1	22,6	30,7	25,9
Meer dan 1	24,7	19,8	22,7
Seksfrequentie laatste 6 maanden			
Nooit	52,4	49,0	51,0
Hooguit eens per maand	17,0	24,5	20,1
Hooguit eens per week	18,4	18,6	18,5
Meer dan eens per week	12,2	7,8	10,4
Geld gekregen voor seks	1,4	1,9	2,8

▲▼ = hoger/lager dan bij transmannen, $p < .05$ en Cramer's $V > .10$

Seksuele tevredenheid en beleving

In Tabel 4.2a en 4.2b wordt weergegeven welk belang transgenders hechten aan seks en hoe tevreden zij zijn met hun seksfrequentie. Voor ongeveer de helft van de respondenten is seks belangrijk. De meesten zouden vaker seks willen hebben. Van degenen die seks hebben gehad het afgelopen half jaar geeft bijna twee derde aan dat ze dit vaker zouden willen. Van degenen die géén seks hebben gehad, vindt de helft dat jammer.

HOOFDSTUK 4

Tabel 4.2a. Belang van seks en tevredenheid met seksfrequentie van MV-transgenders (%)

	Transvrouw N=183	Transgenderist N=142	Totaal N=325
Belang van seks			
(Heel) belangrijk	45,4	56,3 [▲]	50,2
Niet belangrijk, niet onbelangrijk	27,9	31,0	29,2
(Heel) onbelangrijk	26,8	12,7 [▼]	20,6
Mensen die de laatste 6 maanden seks hebben gehad	N=76	N=84	N=160
Gewenste frequentie			
(Veel) vaker	53,9	70,2 [△]	62,5
Precies goed zo	44,7	28,6 [▽]	36,3
(Veel) minder vaak	1,3	1,2	1,3
Mensen die ooit seks hebben gehad, maar laatste 6 maanden niet*	N=86	N=46	N=133
Beleving geen seks afgelopen 6 maanden*			
(Heel) fijn	20,7	10,9	17,3
Soms fijn, soms jammer	31,0	32,6	31,6
(Heel) jammer	48,3	56,5	51,1

^{▲▼} = hoger/lager dan bij transvrouwen, $p < .05$ en Cramer's $V > .10$

^{△▽} = hoger/lager dan bij transvrouwen, $p < .05$ en Cramer's $V < .10$

*Deze vraag is onbedoeld niet voorgelegd aan transgenders die nooit seks hebben gehad

GEDRAG, BELEVING EN PROBLEMEN VAN TRANSGENDERS

Tabel 4.2b. Belang van seks en tevredenheid met seksfrequentie van VM-transgenders (%)

	Transman	Transgenderist	Totaal
	N=148	N=103	N=251
Belang van seks			
(Heel) belangrijk	55,4	44,7	51,0
Niet belangrijk, niet onbelangrijk	28,4	29,1	28,7
(Heel) onbelangrijk	16,2	26,2	20,3
Mensen die de laatste 6 maanden seks hebben gehad	N=70	N=52	N=122
Gewenste frequentie			
(Veel) vaker	65,7	53,8	60,7
Precies goed zo	32,9	38,5	35,2
(Veel) minder vaak	1,4	7,7	4,1
Mensen die ooit seks hebben gehad, maar laatste 6 maanden niet*	N=47	N=41	N=88
Beleving geen seks afgelopen 6 maanden*			
(Heel) fijn	12,8	29,3	20,5
Soms fijn, soms jammer	31,9	31,7	31,8
(Heel) jammer	55,3	39,0	47,7

▲▼ = hoger/lager dan bij transmannen, $p < .05$ en Cramer's $V > .10$

*Deze vraag is onbedoeld niet voorgelegd aan transgenders die nooit seks hebben gehad

In Tabel 4.3a en 4.3b is te zien dat de gemiddelde score op de vijfpuntsschaal voor seksuele tevredenheid net boven het middelpunt ligt. Dit betekent dat MV-transgenders gemiddeld meer positief dan negatief zijn over hun seksuele leven. Tegelijkertijd antwoordt slechts een kwart (MV-transgenders) tot een derde (VM-transgenders) positief op de vraag of men tevreden is over het seksleven in het algemeen. Een minderheid is tevreden over de manier waarop men seks heeft. Met de seksuele verlangens, de seksuele opwinding en de emotionele verbondenheid is ongeveer de helft tevreden.

HOOFDSTUK 4

Tabel 4.3a. Seksuele tevredenheid van MV-transgenders (%)

	Transvrouw	Transgenderist	Totaal
	N=183	N=142	N=325
Over seksuele verlangens	50,8	52,1	51,4
Over gevoel van seksuele opwinding	42,6	57,0 [▲]	48,9
Over de emotionele verbondenheid	47,0	54,9	50,5
Over de manier waarop u seks hebt	33,9	38,0	35,7
Over seksleven in het algemeen	23,5	30,3	26,5
Gemiddelde op 5-puntsschaal	3,24	3,32	3,27

▲▼ = hoger/lager dan bij transvrouwen, $p < .05$ en Cramer's $V > .10$

Tabel 4.3b. Seksuele tevredenheid van VM-transgenders (%)

	Transman	Transgenderist	Totaal
	N=148	N=103	N=251
Over seksuele verlangens	63,5	50,5 [▼]	58,2
Over gevoel van seksuele opwinding	58,8	45,6 [▼]	53,4
Over de emotionele verbondenheid	50,7	45,6	48,6
Over de manier waarop u seks hebt	31,8	37,9	34,3
Over seksleven in het algemeen	33,1	30,1	31,9
Gemiddelde op 5-puntsschaal	3,44	3,29	3,38

▲▼ = hoger/lager dan bij transmannen, $p < .05$ en Cramer's $V > .10$

In Tabel 4.4a en 4.4b is te zien op welke aspecten transgenders een positieve of negatieve seksuele beleving hebben. De gemiddelde score op de schaal ligt voor alle groepen net boven het middelpunt. De meerderheid geniet erg van seks en voelt zich ontspannen tijdens seks. Een tot drie op de tien wil niet aangeraakt worden bij de geslachtsdelen tijdens seks. Een minderheid vindt zichzelf aantrekkelijk en helemaal op het gemak tijdens seks. Meer dan de helft fantaseert tijdens seks over een lichaam dat bij hen past.

GEDRAG, BELEVING EN PROBLEMEN VAN TRANSGENDERS

Tabel 4.4a. Seksuele beleving van MV-transgenders (%)

	Transvrouw N=164	Transgenderist N=131	Totaal N=295
Iedereen die ooit seks heeft gehad			
Erg van seks genieten	56,1	72,1 [▲]	63,5
Zich ontspannen voelen	59,9	72,1	65,6
Bang zijn het niet goed te doen	21,1	41,7 [▲]	30,9
Onzekerheid over lichaam	48,3	40,6	44,7
Zich helemaal op het gemak voelen	36,4	51,5 [▲]	43,6
Schuldgevoel seksuele gedachten en gevoelens	18,1	35,4 [▲]	26,2
Zichzelf best aantrekkelijk vinden	37,0	43,5	40,0
Ambivalent gevoel tijdens seks	39,9	36,2	38,1
Fantaseren over een passend lichaam*	59,0	59,2	59,1
Moeilijk eerlijk zijn over seksuele gevoelens	26,5	52,3 [▲]	38,2
Weinig invloed op wat er gebeurt	11,8	16,8	14,2
Meteen laten merken als dingen niet fijn zijn	67,4	64,5	66,0
Moeilijk om initiatief te nemen	41,1	38,3	39,8
Laten merken wat ik lekker vind	72,5	68,9	70,8
Dingen doen die ik eigenlijk niet fijn vind*	12,4	9,7	11,1
De ander vragen wat hij/zij lekker vindt*	75,7	71,8	73,8
Geen aanraking willen bij borst(en)	2,8	5,9	4,2
Geen aanraking willen bij geslachtsdelen	30,9	10,2 [▼]	21,3
Zich vooral op sekspartner richten	55,7	53,6	54,7
Gemiddelde op 5-puntsschaal	3,31	3,35	3,33

^{▲▼}= hoger/lager dan bij transvrouwen, $p < .05$ en Cramer's $V > .10$

* In de schaal voor positieve seksuele beleving zijn deze items niet meegenomen

Tabel 4.4b. Seksuele beleving van VM-transgenders (%)

	Transman	Transgenderist	Totaal
	N=118	N=93	N=211
Iedereen die ooit seks heeft gehad			
Erg van seks genieten	77,6	61,8▼	70,4
Zich ontspannen voelen	72,7	59,1▼	66,7
Bang zijn het niet goed te doen	26,9	31,8	29,2
Onzekerheid over lichaam	49,5	46,1	47,9
Zich helemaal op het gemak voelen	38,9	30,7	35,2
Schuldgevoel seksuele gedachten en gevoelens	11,9	28,9▲	19,6
Zichzelf best aantrekkelijk vinden	49,1	34,1▼	42,4
Ambivalent gevoel tijdens seks	40,4	38,6	39,6
Fantaseren over een passend lichaam*	66,0	41,4▼	54,9
Moeilijk eerlijk zijn over seksuele gevoelens	26,6	52,3▲	38,1
Weinig invloed op wat er gebeurt	8,9	16,3	12,3
Meteen laten merken als dingen niet fijn zijn	79,0	57,6▼	69,2
Moeilijk om initiatief te nemen	25,0	36,9	30,3
Laten merken wat ik lekker vind	74,0	66,3	70,4
Dingen doen die ik eigenlijk niet fijn vind*	6,8	20,9▲	13,2
De ander vragen wat hij/zij lekker vindt*	78,6	64,7▼	72,3
Geen aanraking willen bij borst(en)	33,7	21,2	28,0
Geen aanraking willen bij geslachtsdelen	21,9	14,0	18,3
Zich vooral op sekspartner richten	54,5	57,6	55,9
Gemiddelde op 5-puntsschaal	3,49	3,21▼	3,37

▲▼ = hoger/lager dan bij transmannen, $p < .05$ en Cramer's $V > .10$

*Deze items zijn niet opgenomen in de schaal voor positieve seksuele beleving.

Seksuele problemen

In Tabel 4.5a is te zien in hoeverre MV-transgenders belemmeringen ondervinden wat betreft seksueel functioneren en pijn tijdens seks, en in hoeverre deze belemmeringen als probleem worden ervaren. Een belemmering van het seksueel functioneren wordt in veel gevallen niet als een probleem ervaren. Zo heeft bijna een kwart van de transvrouwen (bijna) nooit of zeer zwakke seksuele verlangens, maar ervaart slechts 5% van alle transvrouwen het als een probleem dat deze verlangens zelden voorkomen of zwak zijn. Ook geeft de helft van de transvrouwen aan (bijna) nooit of met moeite klaar te komen tijdens seks, maar ervaart het merendeel van deze vrouwen dit niet als een probleem: 15% van de

transvrouwen komt zelden of met moeite klaar én ervaart dit als een probleem.

Tabel 4.5a. Seksuele problemen bij MV-transgenders (%)

	Komt voor		Komt voor en is een probleem	
	Trans-vrouw	MV-transgenderist	Trans-vrouw	MV-transgenderist
	N=183	N=142	N=183	N=142
Overmatig seksueel verlangen	0,5	4,9*		
Vaak/altijd een gevoel van afkeer	11,9	3,6▼	6,2	2,9
(Bijna) nooit/zeer zwakke verlangens	23,5	6,3▼	4,9	0,7▼
Indien seks in afgelopen 6 mnd	N=78	N=85	N=78	N=85
Niet/nauwelijks opgewonden	36,8	26,2	11,7	14,1
Weinig opwinding of verlangen ^a	58,4	31,1	13,0	14,1
(Bijna) nooit of moeilijk een orgasme	50,0	28,4▼	15,3	13,6
Vaak/altijd orgasme binnen een minuut	0,0	2,4*	0,0	1,2*
(Zorgen over) pijn tijdens/na seks	6,6	6,0	-	-
Minstens één seksueel probleem ^b	-	-	24,4	23,5

* Celvulling te laag om verschillen te kunnen toetsen

^a (Bijna) nooit/zeer zwakke verlangens en/of niet/nauwelijks opgewonden

^b Exclusief overmatig seksueel verlangen

▼ Significant lager dan bij transvrouwen, $p < .05$, Cramer's $V > .10$

Wanneer alleen gekeken wordt naar wat men zelf als probleem ervaart, komen problemen met opwinding en verlangen en orgasmeproblemen onder MV-transgenders het meeste voor. Vijftien procent van de transvrouwen en 14% van de MV-transgenderisten die seks hadden in het afgelopen half jaar geeft aan orgasmeproblemen te ervaren. Dertien procent van de transvrouwen en bijna 14% van de MV-transgenderisten die seks hadden, heeft een probleem op het vlak van opwinding en verlangen. Transvrouwen rapporteren meer gevoelens van afkeer van seks, minder frequente en minder sterke verlangens en meer moeilijkheden met klaarkomen dan MV-transgenderisten. Als ook wordt gekeken naar of iemand zelf last ervaart van de seksuele problemen, vinden we alleen een verschil tussen transvrouwen en MV-transgenderisten in problemen met seksueel verlangen.

HOOFDSTUK 4

Ook bij VM-transgenders bestaan verschillen tussen belemmeringen ervaren in het seksueel functioneren en dit ook als een probleem zien (Tabel 4.5b). Eenentwintig procent van de transmannen wordt bijvoorbeeld niet of nauwelijks opgewonden of blijft vrijwel nooit opgewonden tot de seksuele activiteit voltooid is. Vier procent ervaart dit als een probleem. Bij VM-transgenders komen orgasme problemen het vaakst voor: 25% van de transmannen en 48% van de VM-transgenderisten komt (bijna) nooit of met moeite klaar tijdens seks, 16% van de transmannen en 21% van de VM-transgenderisten heeft hier ook last van. Ook pijnproblemen en problemen met opwinding en verlangen komen regelmatig voor. Enkele problemen komen vaker voor bij VM-transgenderisten dan bij transmannen, namelijk problemen met de subjectieve opwinding, het zelden of moeilijk krijgen van een orgasme en het hebben van pijn tijdens of na seks.

Tabel 4.5b. Seksuele problemen bij VM-transgenders (%)

	Komt voor		Komt voor en is een probleem	
	Trans-man	VM-transgenderist	Trans-man	VM-transgenderist
	N=148	N=103	N=148	N=103
Overmatig seksueel verlangen	2,0	1,0*		
Vaak/altijd een gevoel van afkeer	10,3	10,8	6,9	4,9
(Bijna) nooit/zeer zwakke verlangens	12,2	13,6	1,4	4,9
Indien seks in afgelopen 6 mnd	N=71	N=53	N=71	N=53
Niet/nauwelijks opgewonden	21,4	30,8	4,2	17,0 [▲]
Weinig opwinding of verlangen ^a	37,6	45,2	4,2	18,9
(Bijna) nooit of moeilijk een orgasme	25,4	48,1 [▲]	16,4	21,2
Vaak/altijd orgasme binnen een minuut	2,9	2,0*	0,0	0,0*
(Zorgen over) pijn tijdens/na seks	7,2	21,2 [▲]	-	-
Minstens één seksueel probleem ^b	-	-	23,9	39,6

* Celvulling te laag om verschillen te kunnen toetsen

^a (Bijna) nooit/zeer zwakke verlangens en/of niet/nauwelijks opgewonden

^b Overmatig seksueel verlangen is hier niet in meegenomen

[▲] Significant hoger dan bij transmannen, $p < .05$, Cramer's $V > .10$

In Tabel 4.6 worden erectie- en lubricatieproblemen gerapporteerd. Een kwart van de MV-transgenders met een penis die in transitie zijn (geweest), vindt het een probleem dat de penis wel eens stijf wordt tijdens seks en 15% vindt het een probleem dat de penis niet altijd stijf wordt. Van de VM-transgenders met een vagina die in transitie zijn (geweest), vindt 20% het een probleem dat de vagina vochtig wordt tijdens seks en 6% dat de vagina (bijna) niet vochtig wordt tijdens seks. De meeste MV-transgenders met een vagina geven aan dat de vagina (tenminste een beetje) vochtig wordt tijdens seks en niemand beschouwt dit als een probleem. Wel vindt 43% van de MV-transgenders met een vagina het een probleem dat hun vagina (bijna) niet vochtig wordt. Er zijn onvoldoende VM-transgenders met een penis bij dit onderzoek betrokken om (de ervaring van) erectieproblemen bij deze groep te onderzoeken.

Tabel 4.6. Erectie- en lubricatieproblemen bij transgenders (%)

	MV met penis ^a	VM met penis ^a
Iedereen die seks heeft gehad in de afgelopen 6 maanden	N=59	N=14 ^b
Penis wordt vaak of altijd stijf	37,3	-
Penis wordt soms of meestal stijf	39,1	-
Penis wordt nooit stijf	23,7	-
Probleem dat penis (wel eens) stijf wordt	25,4	-
Geen problemen met mate van stijfheid	59,3	-
Probleem dat penis niet (altijd) stijf wordt	15,3	-
	MV met vagina ^a	VM met vagina ^a
Iedereen die seks heeft gehad in de afgelopen 6 maanden	N=32	N=68
Vagina wordt (zeer) sterk vochtig	15,6	70,6
Vagina wordt enigszins of een beetje vochtig	59,4	28,0
Vagina wordt helemaal niet vochtig	25,0	1,5
Probleem dat vagina (wel eens) vochtig wordt	0,0	20,0
Geen problemen met mate van vochtigheid	58,1	74,3
Probleem dat vagina niet (altijd) vochtig wordt	41,9	5,7

^a Deze vraag is onbedoeld alleen gesteld aan mensen die in transitie zijn of zijn geweest

^b Aantal te klein om percentages te kunnen presenteren

Naast de prevalentie van seksuele problemen is onderzocht of transgenders hier professionele hulp voor zochten en in hoeverre zij hier tevreden mee waren. In totaal zochten 29 MV-transgenders (8,9%) en 11 VM-transgenders (4,4%) professionele hulp vanwege een seksueel probleem. De meesten van

hen zochten hulp bij de huisarts of een vrijgevestigd psycholoog, psychiater of psychotherapeut. Gemiddeld geven de MV-transgenders de laatste hulpverlener een 7,1 en de MV-transgenders een 7,6. Vanwege de kleine aantallen kan bij deze groepen verder geen gedetailleerde beschrijving worden gegeven van het type hulpverlener dat zij bezochten voor een seksueel probleem en de beoordeling van deze hulpverlener.

Factoren die samenhangen met beleving en problemen

In Tabel 4.7 is te zien dat verschillende aspecten van seksueel gedrag, seksuele beleving en seksuele problemen onderling zwak tot matig samenhangen. De sterkste samenhangen werd gevonden tussen de afwezigheid van seksuele problemen enerzijds en positieve seksbeleving en seksuele tevredenheid anderzijds, en tussen positieve seksbeleving en seksfrequentie.

Tabel 4.7. Samenhang tussen seksfrequentie, tevredenheid, beleving en seksuele problemen (Pearson's correlaties)

	1	2	3	4
1. Seksfrequentie (r)	1			
N	571			
2. Positieve seksbeleving (r)	.15**	1		
N	501	506		
3. Seksuele tevredenheid (r)	.41***	.46***	1	
N	553	497	558	
4. Minstens één seksueel probleem (r)	-.23***	-.46***	-.50***	1
N	282	287	285	287

= $p < .01$; *= $p < .001$

In Tabel 4.8 is te zien hoe de seksuele beleving van transgenders samenhangt met zowel algemene als transgender-specifieke factoren. De samenhangende factoren voor MV-transgenders komen grotendeels overeen met die van VM-transgenders. Uit de bivariate regressieanalyse blijkt dat voor alle transgenders gezondheid, psychische gezondheid, seksfrequentie en het ondergaan hebben van een operatie samenhangen met een positievere seksbeleving. In de multivariate analyse wordt onderzocht welke van deze factoren nog steeds samenhang vertonen, wanneer voor de andere factoren wordt gecontroleerd. Dan blijkt dat in beide spectra alleen psychische gezondheid, seksfrequentie en openheid over het

transgender-zijn/verleden samenhang vertonen. Bij MV-transgenders vertoont daarnaast ook tevredenheid met het lichaam samenhang; bij VM-transgenders ook leeftijd. Seksuele beleving hangt het sterkst samen met psychische gezondheid en seksfrequentie. De richting van deze samenhang is hierbij niet duidelijk.

Tabel 4.8. Factoren die samenhangen met een positieve seksbeleving (ß)

	MV-transgenders		VM-transgenders	
	Bivariaat	Multivariaat	Bivariaat	Multivariaat
Leeftijd	.11	.06	.11	.17*
Heeft vaste partner	.15*	-.07	.03	-.16
Gezondheid	.18**	.04	.24**	.03
Psychische gezondheid	.31**	.24**	.44**	.30**
Seksfrequentie	.43**	.42**	.29**	.35*
Seksueel geweld voor 16 ^e jaar	.09	.10	-.16*	-.04
Transseksueel versus transgenderist	.03	.08	-.19**	-.08
Tevredenheid met het lichaam	.19**	.19*	.13	.08
Operatie ondergaan	.29**	.13	.18*	-.01
Onvervulde transitiebehoefte	-.25**	-.07	-.02	-.02
Transnegatieve ervaringen	-.05	-.10	-.09	-.04
Openheid transgender zijn/verleden	.11	.11*	.26**	.16*

*= $p < .05$; ** = $p < .01$

In Tabel 4.9a en 4.9b is te zien hoe het hebben van minstens één seksueel probleem samenhangt met zowel algemene als transgenderspecifieke factoren. Er worden Odds Ratio's (OR) en betrouwbaarheidsintervallen (95% BI) weergegeven. Odds Ratio's laten zien hoeveel groter of kleiner de kans op het hebben van een seksueel probleem wordt als iemand in een bepaalde groep zit (bijvoorbeeld, als iemand transgenderist is) of als iemand op een schaal één punt omhoog gaat (bijvoorbeeld op de schaal van psychische gezondheid). Bij MV-transgenders wordt de kans op een seksueel probleem bijvoorbeeld 0,56 keer zo groot (dus: ongeveer twee keer zo klein) als iemand één punt meer tevreden is met het lichaam (op een vijfpuntsschaal). Dit is in deze groep de enige variabele die significant samenhangt met het hebben van een seksueel probleem.

HOOFDSTUK 4

Tabel 4.9a. Factoren die samenhangen met het hebben van een seksueel probleem^a bij MV-transgenders (N=136)

	Bivariaat ^b	
	OR	95% BI
Leeftijd	1.02	(0.99-1.05)
Vaste partner	0.48	(0.22-1.04)
Lichamelijke gezondheid	0.73	(0.47-1.14)
Psychische gezondheid	0.73	(0.46-1.15)
Seks onder invloed	1.80	(0.84-3.85)
Seksueel geweld voor het 16e jaar	0.33	(0.07-1.51)
Tevreden met het lichaam	0.56**	(0.36-0.85)
Transgenderist	0.94	(0.46-1.93)
Onvervulde transitiebehoefte	0.99	(0.46-2.13)
Behandeling		
Hormonen, geen operatie	0.63	(0.20-2.04)
Operatie	1.10	(0.48-2.53)

^a Overmatig seksueel verlangen is hier niet in meegenomen

^b Geen multivariate analyses vanwege beperkte bivariate samenhangen

**= p<.01

Tabel 4.9b. Factoren die samenhangen met het hebben van een seksueel probleem^a bij VM-transgenders (N=122)

	Bivariaat		Multivariaat	
	OR	95% BI	OR	95% BI
Leeftijd	0.99	(0.97-1.02)	1.01	(0.97-1.05)
Vaste partner	0.82	(0.36-1.85)	0.47	(0.17-1.30)
Lichamelijke gezondheid	0.58*	(0.85-0.90)	0.65	(0.37-1.17)
Psychische gezondheid	0.47**	(0.31-0.72)	0.52*	(0.29-0.93)
Seks onder invloed	1.14	(0.52-2.52)	1.53	(0.55-4.24)
Seksueel geweld voor 16e jaar	1.18	(0.51-2.73)	0.59	(0.20-1.73)
Tevreden met het lichaam	0.56**	(0.37-0.87)	0.38**	(0.19-0.79)
Transgenderist	2.11	(0.97-4.60)	3.37	(0.96-11.87)
Onvervulde transitiebehoefte	0.96	(0.45-2.08)	0.65	(0.20-2.11)
Behandeling				
Hormonen, geen operatie	0.87	(0.24-3.15)	1.02	(0.18-5.82)
Operatie	0.75	(0.33-1.71)	3.15	(0.79-12.56)

^a Probleem met aversie, opwinding of verlangen, orgasme of pijn

*= p<.05; **= p<.01

Voor VM-transgenders spelen daarnaast ook gezondheid en psychische gezondheid een rol, waarbij het verband met gezondheid wegvalt als er voor alle andere factoren wordt gecontroleerd. Minder gezonde VM-transgenders hebben dus wel vaker een seksueel probleem, maar als je de seksuele beleving van deze transgenders wilt verbeteren, is een focus op lichaamstevredenheid het meest zinvol.

4.4 Samenvatting en conclusies

Transgenders hebben minder vaak seks dan ze zouden willen

Ongeveer de helft van de transgenders heeft geen seks. Op zichzelf is dat geen probleem. Wel blijkt dat ongeveer de helft van hen dat (erg) jammer vindt. Dit betekent dat ongeveer een kwart van de transgenders ongewenst geen seks heeft. Van degenen die wel seks hebben, zou bovendien 60% vaker seks willen hebben. Over het algemeen kan dus worden gezegd dat de meerderheid van de transgenders minder vaak seks heeft dan zij zouden willen.

Het huidige onderzoek maakt niet duidelijk hoe het komt dat transgenders geen seks hebben, of minder vaak dan zij zouden willen. Een voor de hand liggende verklaring voor het feit dat veel transgenders geen seks hebben, is dat veel van hen geen vaste partner hebben (vijf tot zes op de tien). Uit kwalitatief onderzoek is bekend dat transgenders er soms bewust voor kiezen om tijdens hun transitie geen relatie aan te gaan, dat relaties soms verbroken worden met de transitie als aanleiding, en dat transgenders te maken kunnen hebben met (angst voor) afwijzing vanwege het transgender-zijn (Doorduyn & Van Berlo, 2012; Doorduyn & Van Lee, 2013). Daarnaast is uit kwalitatief onderzoek bekend dat gevoelens van onvrede met het lichaam een rol kunnen spelen bij het geen of weinig seks hebben. Wanneer iemand zich niet prettig voelt met het eigen lichaam, kan dit het moeilijk maken om van seks te genieten. Om die reden vermijden sommige transgenders seks liever, maar missen het tegelijkertijd wel (Doorduyn & Van Berlo, 2012).

Transgenders genieten van seks, maar zouden graag op een andere manier seks hebben

De seksuele beleving van transgenders laat een ambivalent beeld zien. De meerderheid van de transgenders die ooit seks hebben gehad, geniet erg

van seks, voelt zich ontspannen tijdens seks, is niet onzeker over het lichaam en voelt zich niet schuldig over seks. Een minderheid wil niet aangeraakt worden bij de geslachtsdelen tijdens seks. Tegelijkertijd is de meerderheid van de transgenders niet tevreden over het seksleven in het algemeen en dan met name over de manier waarop men seks heeft. Slechts een minderheid vindt zichzelf aantrekkelijk tijdens seks en de meerderheid voelt zich niet helemaal op het gemak tijdens seks. Meer dan de helft fantaseert tijdens seks over een lichaam dat bij hen past.

Meerdere factoren hangen samen met een positieve seksuele beleving. Wanneer niet voor andere factoren wordt gecontroleerd, hangen psychische gezondheid, algehele gezondheid, seksfrequentie en het hebben ondergaan van een operatie samen met een positieve seksuele beleving. Het hebben van een on vervulde transitiewens en het meegemaakt hebben van seksueel geweld hangen juist samen met een negatieve seksuele beleving. Deze factoren geven aan welke transgenders meer risico lopen op een negatieve seksuele beleving. Het is echter niet bekend wat de richting van de verbanden is: wat is oorzaak en wat is gevolg? In de multivariate analyse vallen de meeste verbanden weg en blijven alleen psychische gezondheid en seksfrequentie staan. Dit kan verschillende dingen betekenen. Het kan bijvoorbeeld betekenen dat transgenders die een on vervulde transitiewens hebben gemiddeld vaker een negatieve seksbeleving hebben, maar dat dit eigenlijk komt doordat zij gemiddeld psychisch minder goed in hun vel zitten en weinig seks hebben. Maar het kan ook andersom: dat een positieve seksuele beleving juist leidt tot een betere psychische gezondheid en het hebben van meer seks.

Ook kwalitatief onderzoek biedt handvatten voor het interpreteren van deze resultaten. Uit dit onderzoek bleek dat onvrede met het lichaam het moeilijk kan maken om van seks te genieten. Wellicht verklaart dit dat een groep transgenders zich niet op het gemak voelt tijdens seks en dat veel van hen fantaseren over een lichaam dat wél bij hen past. Transgenders die last hadden van onvrede met hun lichaam, vermeden om die reden soms genitaal contact, maar hadden wel op andere manieren seks. Daarnaast gaven sommige transgenders aan dat zij het onprettig vonden wanneer hun genderidentiteit niet werd bevestigd door de manier waarop zij seks hadden, bijvoorbeeld door hun seksuele positie ('bovenop' of

‘onderop’). Uit het onderzoek bleek ook dat transgenders vanaf het moment dat zij ‘uit de kast’ waren vaak erg genoten van de intimiteit die voor hen bij seks hoorde. Vóór hun transitie ervoer een aantal van hen deze intimiteit een stuk minder, omdat zij niet helemaal zichzelf konden zijn (Doorduyn & Van Berlo, 2012).

Een op de vier transgenders heeft last van een seksueel probleem

Ongeveer een kwart van de transvrouwen, transmannen en MV-transgenderisten heeft minstens één seksueel probleem. Onder VM-transgenderisten ligt dit percentage nog hoger. MV-transgenders hebben vooral last van seksuele problemen rondom zin, opwinding en orgasme; VM-transgenders vooral van problemen rondom orgasme, pijn, opwinding en verlangen.

Een verschil met eerder onderzoek naar seksueel verlangen, seksuele opwinding en orgasmecapaciteit van transgenders, is dat in het huidige onderzoek ook is gevraagd of iemand eventuele belemmeringen als een probleem ervaart. Belemmeringen in verlangen, opwinding en orgasmecapaciteit komen onder transgenders vaker voor dan de hierboven genoemde een op de vier, maar een belemmering bleek in veel gevallen niet als een probleem te worden ervaren.

Onvrede met het lichaam bleek een samenhangende factor te zijn: hoe minder onvrede transgenders ervaren met het lichaam, hoe kleiner de kans dat zij een seksueel probleem hebben. Bij VM-transgenders hangt ook psychische gezondheid samen met seksueel functioneren.

De rol van geslachtsaanpassende behandeling is niet duidelijk

Hormoonbehandeling en het hebben ondergaan van een operatie hangen in deze studie niet samen met het hebben van een seksueel probleem. Dit is opmerkelijk, omdat het hebben van een seksueel probleem wel samenhangt met onvrede met het lichaam. De geslachtsaanpassende behandeling vermindert of verhelpt deze onvrede (Cohen-Kettenis & Goozen, 1997; Smith et al., 2005b). Het hebben ondergaan van een operatie hangt in de huidige studie wel samen met positieve seksuele beleving, maar niet wanneer wordt gecontroleerd voor andere variabelen, zoals psychische gezondheid en seksfrequentie.

De vraag is dan ook hoe het komt dat de samenhang van hormoonbehandeling en operaties met seksuele beleving en problemen niet groter is. Ten eerste spelen mogelijk methodologische factoren een rol. Aan het huidige onderzoek deed slechts een klein aantal transgenders mee die een operatie hebben ondergaan, en een deel van hen wacht nog op andere operaties. Ten tweede is het mogelijk dat de geslachtsaanpassende behandeling zowel een positief als een negatief effect kan hebben op seksuele problemen en beleving, en dat deze twee effecten elkaar opheffen wanneer naar het gemiddelde effect wordt gekeken. Eerder onderzoek geeft aanwijzingen voor deze tweede verklaring. In een Vlaamse studie was de meerderheid van de transgenders na hun geslachtsaanpassende behandeling (incl. operatie) meer tevreden over hun seksualiteit dan ervoor, maar een kleine groep was minder tevreden (De Cuypere et al., 2005). Ook uit kwalitatief onderzoek is bekend dat hormoonbehandeling en operaties voor sommige transgenders een negatieve uitwerking hebben op seksuele beleving en problemen, bijvoorbeeld omdat zij vóór hun transitie redelijk seksueel tevreden waren of omdat er bij operaties complicaties kunnen optreden die de seksuele beleving negatief beïnvloeden (Doorduyn & Van Berlo, 2012; Doorduyn & Van Lee, 2013). Het is dan ook mogelijk dat het effect van geslachtsaanpassende behandeling op seksuele beleving en problemen erg kan verschillen van persoon tot persoon, afhankelijk van bijvoorbeeld het wel of niet optreden van complicaties tijdens medische ingrepen.

Passende hulp voor seksuele problemen van transgenders is van belang

De meerderheid van de transgenders geniet van seks. Tegelijkertijd heeft een niet te verwaarlozen aantal transgenders ongewenst geen seks, last van seksuele problemen en/of een negatieve seksuele beleving. Het is van belang dat deze laatste groep desgewenst hulp kan krijgen om iets aan deze seksuele problemen of negatieve seksuele beleving te doen.

Niet alle transgenders met seksuele problemen zoeken hulp. Dit kan betekenen dat het probleem voor hen niet genoeg prioriteit heeft om er iets aan te doen, maar ook dat de drempel om hulp te zoeken te groot is, of dat zij niet weten waar zij terecht kunnen. Transgenders die wel hulp zoeken voor seksuele problemen, zoeken deze hulp vooral bij de huisarts en bij vrijgevestigde psychologen, psychotherapeuten en psychiaters. Het is daarom van belang dat in deze beroepsgroepen voldoende kennis

aanwezig is om seksuele problemen van transgenders te behandelen of om hen in elk geval door te verwijzen naar passende hulp.

Maar wat is precies passende hulp voor transgenders met seksuele problemen? Onvrede met het lichaam blijkt in elk geval een belangrijke rol te spelen bij de seksuele problemen van transgenders. Het is daarom van belang dat behandeling zich (onder andere) richt op het wegnemen van, of leren omgaan met deze onvrede met het lichaam. Geslachtsaanpassende behandeling is een manier om onvrede met het lichaam te verminderen of te verhelpen (Cohen-Kettenis & Goozen, 1997; Smith, Van Goozen, Kuiper & Cohen-Kettenis, 2005b). Niet alle transgenders hebben echter een behandelwens. Bovendien moeten transgenders soms lang op geslachtsaanpassende behandeling wachten en is uit kwalitatief onderzoek bekend dat een voltooide behandeling niet altijd voldoende soelaas biedt voor seksuele problematiek of dat een operatie soms tot deze problematiek kan bijdragen (Doorduyn & Van Berlo, 2012).

Daarom is het belangrijk dat transgenders met seksuele problemen of een negatieve seksuele beleving ook op andere manieren hulp kunnen krijgen. Er is nog weinig zicht op het aanbod van seksuologische hulpverlening voor transgenders. Uit een expertmeeting in 2012 kwamen aanwijzingen dat het aanbod op dit moment onvoldoende is (Doorduyn & Van Berlo, 2012). Het is van belang om hier meer zicht op te krijgen en om eventuele beperkingen in het aanbod te verhelpen, bijvoorbeeld door de ontwikkeling van behandelmethoden voor transgenders met seksuele problematiek, deskundigheidsbevordering van geïnteresseerde hulpverleners en het bieden van een overzicht van gespecialiseerde hulpverleners per regio.

Ook informatiemateriaal, zelfhulpgroepen en therapiegroepen kunnen een rol spelen. Uit eerder onderzoek blijkt dat transgenders behoefte hebben aan laagdrempelig, betrouwbaar en overzichtelijk informatiemateriaal over seksualiteit, en dat dit informatiemateriaal nog nauwelijks bestaat (Doorduyn & Van Berlo, 2012; Doorduyn & Van Lee, 2013). Ook blijkt uit dit onderzoek dat veel transgenders het waarderen om ervaringen en tips over seksualiteit uit te wisselen met andere transgenders, mits het gesprek veilig en respectvol is.

HOOFDSTUK 5

BESCHERMINGSGEDRAG VAN MANNEN DIE SEKS HEBBEN MET MANNEN

Maaïke Goenée en Charles Picavet

5.1 Inleiding

Mannen die seks hebben met mannen (MSM) vormen in Nederland de grootste risicogroep voor hiv en andere soa. In 2012 werd twee derde van de nieuwe hiv-diagnoses vastgesteld bij MSM. Het aantal nieuwe hiv-infecties onder MSM lijkt de laatste jaren te stabiliseren, maar nog steeds worden jaarlijks zo'n 700 tot 750 nieuwe hiv-diagnoses vastgesteld bij deze groep (Van Sighem et al., 2013). Vergeleken met heteroseksuele mannen en vrouwen is ook het vindpercentage van andere soa dan hiv hoger bij MSM (Soetens et al., 2013). Voor een optimale preventie van soa- en hiv-infecties onder MSM, is het nodig het seksuele risicogedrag van Nederlandse MSM te monitoren en daarbij ook de factoren die van invloed zijn op dit gedrag mee te nemen. Met behulp van deze kennis kunnen landelijke en regionale preventieactiviteiten worden uitgezet of bestaande initiatieven worden bijgesteld om zo aan te sluiten bij deze doelgroep.

Seksueel risicogedrag ligt aan de basis van het merendeel van de nieuwe soa- en hiv-infecties. Van seksueel risicogedrag is sprake als men seks heeft zonder condoom, zeker als het onbekend is of de partner een soa heeft. Een substantieel deel van de Nederlandse bevolking laat het condoom achterwege tijdens seks. Uit de meest recente monitor Seksuele Gezondheid in Nederland bleek 48% van de mannen en 60% van de vrouwen geen condoom te gebruiken tijdens vaginale seks met een losse partner (Goenée, Kedde, & Picavet, 2012). Vergeleken met heteroseksuele mannen gebruikten homoseksuele mannen vaker een condoom bij de laatste keer anale seks met een losse partner (72% versus 45%; Rutgers WPF, 2013).

In 2011 heeft Schorer voor het laatst het seksuele gedrag van een grote, seksueel actieve groep MSM in Nederland in kaart gebracht (Van Empelen, Van Berkel, Roos, & Zuilhof, 2011). In dit onderzoek had van alle

respondenten die in het afgelopen half jaar seks (seks in brede zin) hadden met losse partners, 36% één of meerdere keren onbeschermd anale seks. Ook in een Europese studie is in 2010 het seksuele gedrag van MSM in kaart gebracht (The EMIS Network, 2013; The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey). In totaal namen 38 verschillende Europese landen deel. Van de mannen met losse partners rapporteerde 39% onbeschermd anale seks in de afgelopen 12 maanden. Onder Nederlandse mannen was dit 41%.

Risicofactoren

De kans om geïnfecteerd te worden met een soa wordt groter bij een toenemend aantal wisselende sekspartners (Ostrow et al., 2009, Plankey et al., 2007). Homo- en biseksuele mannen blijken meer sekspartners te hebben dan heteroseksuele mannen (Rutgers WPF, 2013). Van de homoseksuele mannen had 40% meer dan 2 partners in het voorgaande half jaar. Onder biseksuele mannen was dit 26% en onder heteroseksuele mannen 9%. In de via datingsites geworven steekproef van de Schorer Monitor had 65% van alle MSM seks met 2 of meer partners in het afgelopen half jaar, waarvan 19% meer dan 10 partners had (Van Empelen et al., 2011). Uit de Schorer Monitor kwam naar voren dat mannen die qua seksuele zelfprofilering gericht zijn op ‘spanning’ vaker wisselende partners hebben dan mannen die naar geborgenheid zoeken. Voor het aangaan van losse mannelijke sekscontacten werd eveneens een samenhang gevonden voor veel uren online zijn, vaak zoeken van seksdates via het internet, het bezoeken van sekslocaties en van café- of dansgelegenheden en het regelmatig gebruiken van drugs. Tot slot bleken hiv-positieve mannen relatief veel sekspartners te hebben ten opzichte van niet-geteste en hiv-negatieve mannen.

Bij seksueel risicogedrag spelen verschillende factoren een rol. In de Schorer monitor kwam onbeschermd seksueel contact met de laatste losse partner relatief vaak voor bij een herhaald sekscontact, een contact waarbij uitwisseling is geweest over de hiv-status en bij seks onder invloed van drugs. Ook bleek dat laag opgeleide MSM een grotere kans op onbeschermd seksueel contact hebben (Van Empelen et al., 2011).

Ervaringen met seksueel misbruik spelen ook een rol in het seksuele risicogedrag onder MSM. Uit een systematische review van Lloyd en

Operario (2012) bleek dat MSM die in hun kinderjaren seksueel misbruik hadden meegemaakt vaker hiv-geïnficeerd waren, meer onbeschermd anale seks hadden, meer losse partners hadden en meer alcohol en andere drugs gebruikten tijdens seks.

Ook seksuele problemen kunnen de kans op onbeschermd anale seks vergroten (Cove & Petrak, 2004; Tsui et al., 2014). Een erectiestoornis kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat het niet lukt om een condoom om te doen of dat dit zeer lastig gaat. Los hiervan kan het gebruik van condooms ook als obstakel gezien worden voor seksueel plezier of het ervaren van intimiteit (Golub, Starks, Payton, & Parsons, 2012).

De stress die gepaard gaat met het behoren tot een seksuele minderheid kan bijdragen aan seksueel risicogedrag onder MSM. Het gaat bij minderheidsstress om ervaringen met discriminatie of afwijzing, de verwachting daarvan, zelf negatief denken over homoseksualiteit (geïnternaliseerde homonegativiteit) en het verbergen van de eigen seksuele identiteit (Meyer, 1995, 2003). Het verband met onbeschermd seksueel contact is echter niet eenduidig. Zo vonden Ratti, Bakeman en Peterson (2000) een direct verband tussen geïnternaliseerde homofobie en onbeschermd anale seks onder Canadese MSM. In andere studies werd geen direct verband aangetoond (Flores, Mansergh, Marks, Guzman, & Colfax, 2009) of vond men zelfs een positief verband tussen homo-acceptatie in de familie en risicogedrag (Preston et al., 2004). In een meta-analyse van Newcomb en Mustanski (2009) werd slechts een klein effect gevonden voor het verband tussen geïnternaliseerde homofobie en seksueel risicogedrag. Mogelijk kan het verband tussen de ervaren homonegativiteit en seksueel risicogedrag verklaard worden via psychosociaal welzijn, zoals de mate van depressiviteit, angst en eigenwaarde (De Graaf, Sandfort, & Dorfler, 2011; Ross et al., 2013). De redenatie hierbij is dat mannen die niet lekker in hun vel zitten zich slechter beschermen tijdens seksueel contact en dat minderheidsstress kan bijdragen aan een verminderd psychosociaal welzijn.

Risicoreductie strategieën

MSM hanteren ook andere strategieën dan condoomgebruik om het risico op hiv voor zichzelf of voor de partner te verkleinen. Veelbeschreven strategieën zijn serosorteren (alleen onbeschermd seks met partners die

dezelfde hiv-status hebben) (Rietmeijer, Lloyd, & McLean, 2007) en strategisch positioneren (anale seks, waarbij de partner die (mogelijk) hiv-positief is de receptieve positie inneemt (Parsons et al., 2005; Van de Ven et al., 2002). In hoeverre deze risicoreductie strategieën altijd valide zijn is echter de vraag. Zo wordt serosorteren door hiv-negatieven alleen als valide beschouwd wanneer je honderd procent zeker bent van elkaars hiv-negatieve status. Voor hiv-positieven geldt dat serosorteren niet veilig is voor andere soa's dan hiv (Hart & Elford, 2010). Een derde factor waar steeds meer rekening mee wordt gehouden bij het al dan niet gebruiken van condooms, is de *viral load* (Van den Boom et al., 2013). De *viral load* is het aantal virusdeeltjes in het bloed van iemand die hiv-positief is. Een hiv-positieve man bij wie de *viral load* door behandeling ondetecteerbaar is, is nagenoeg niet meer infectieus voor zijn partners. Tot slot kunnen binnen een vaste relatie afspraken worden gemaakt om de overdracht van hiv en soa tegen te gaan (*negotiated safety*). Hierbij maken partners die beiden hiv-negatief zijn getest afspraken over seks binnen de relatie (zonder condoom) en buiten de relatie (monogamie, geen anale seks of altijd met condoom). Zo kan worden voorkomen dat hiv wordt opgelopen door seks met losse partners en vervolgens op de vaste partner wordt overgedragen (Davidovich, De Wit, & Stroebe, 2000).

Het huidige onderzoek

In dit hoofdstuk wordt het seksuele gedrag van MSM beschreven. Hierbij zijn de volgende vragen leidend:

- Met wie hebben MSM seks?
- Wat doen MSM tijdens seks met mannen?
- In hoeverre gebruiken MSM consequent condooms tijdens seks met mannen?
- Met welke factoren hangt het hebben van onbeschermd seks met mannelijke losse partners samen?
- Hoe groot achten MSM die onbeschermd seks hebben gehad met losse partners de kans dat zij met hiv geïnfecteerd zijn?
- Welke risicoreductie strategieën passen MSM toe die onbeschermd seks hebben met mannelijke losse partners?
- Welke afspraken maken MSM met vaste partners over seks met anderen en in hoeverre houden zij zich aan de gemaakte afspraken?

5.2 Methode

Steekproef

In hoofdstuk 1 zijn de procedure van werving en de steekproef beschreven. Voor de analyses binnen dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van twee verschillende steekproeven. In het eerste deel van dit hoofdstuk wordt het seksuele gedrag en condoomgebruik van MSM beschreven. Omdat van belang is om dit gedrag te beschrijven voor een groep die niet op grond van seksueel gedrag is geworven, gebruiken we hiervoor de LHB panel steekproef. Uit deze steekproef zijn voor deze analyses van dit hoofdstuk de homo- en biseksuele mannen geselecteerd die in de afgelopen 6 maanden seks hadden met (tenminste) één mannelijke partner (N=883; 57% van alle homo- en biseksuele mannen).

In het tweede deel van het hoofdstuk ligt de focus op een specifieke groep MSM, namelijk MSM die onbeschermd seks hebben met losse partners. Voor deze groep worden de factoren beschreven die samenhangen met onbeschermd seks met mannelijke losse partners, de risico-perceptie op hiv en de toegepaste risicoreductie strategieën tijdens seks met losse partners. Daarna wordt specifiek gekeken naar MSM met een vaste partner die naast hun relatie ook seks hebben met anderen. Om deze specifieke groepen groot genoeg te maken voor betrouwbare uitspraken, is gebruik gemaakt van een andere steekproef. De respondenten (N=1908) voor deze analyses zijn geselecteerd uit zowel de LHB panel steekproef (N=883) als de aanvullend geworven steekproef (N=1025).

Omdat we op basis van de LHB panel steekproef uitspraken willen doen die gegeneraliseerd kunnen worden naar alle MSM in Nederland en de steekproef daarom zo goed mogelijk een afspiegeling moet zijn van deze groep, hebben we gewogen voor leeftijd. Voor de aanvullend geworven steekproef kan dat niet, omdat we voor deze groep niet weten wat de leeftijdsverdeling in de populatie is.

Tabel 5.1. toont de samenstelling van beide steekproeven wat betreft leeftijd, etniciteit, opleidingsniveau, religie, kinderen, relatiestatus, seksuele oriëntatie en hiv-status.

HOOFDSTUK 5

Tabel 5.1. Kenmerken van MSM in gebruikte steekproeven (%)

	MSM LHB panel steekproef	MSM aanvullend geworven steekproef
	N=883	N=1025
Leeftijd		
18 - 24 jaar	13,5	28,4
25 - 34 jaar	19,9	21,0
35 - 54 jaar	41,1	35,8
55 - 88 jaar	25,5	14,8
Etniciteit		
Autochtoon/westers	98,8	95,7
Niet-westers allochtoon	1,2	4,3
Opleiding		
Laag	49,6	57,4
Hoog	50,4	42,6
Religie		
Niet gelovig	62,7	67,5
Gelovig	37,3	32,5
Relatie status		
Getrouwd	31,0	19,9
Samenwonend	20,3	14,4
LAT-relatie	16,5	16,2
Geen vaste partner	32,2	49,5
Kinderen		
Ja	19,4	17,3
Nee	80,6	82,7
Seksuele oriëntatie		
Homoseksueel	71,8	74,0
Biseksueel	28,2	26,0
Hiv-status		
Onbekend	40,5	29,3
Negatief	55,2	62,2
Positief	4,3	8,5

Meetinstrument

De dataverzameling vond plaats met behulp van een online vragenlijst. Met behulp van de enquête werd een breed scala aan seksuele

gezondheidsthema's nagevraagd. Voor het onderhavige hoofdstuk zijn de volgende concepten meegenomen:

Het seksuele gedrag in de afgelopen 6 maanden. Er is gevraagd of en met wie men seks had in de afgelopen 6 maanden. Seks werd hier breed gedefinieerd ("Seks kan van alles zijn. Bijvoorbeeld strelen (van borsten, penis of vagina), orale seks, anale seks of vaginale seks"). Hierbij is onderscheid gemaakt tussen de huidige vaste partner, een andere vaste partner (zoals een ex-partner of een seks buddy) en een losse partner. Respondenten met meerdere vaste partners werd gevraagd om bij de vragen over de vaste partner steeds te denken aan de partner met wie zij zich het meest verbonden voelden. Van de verschillende soorten partners is ook het geslacht gevraagd. Daarna is gevraagd welke sekstechnieken men heeft gebruikt (gepijpt worden, pijpen, receptieve anale seks, insertieve anale seks en vaginale seks). De sekstechnieken zijn aangepast aan het geslacht van de sekspartner(s). Met een open vraag is nagegaan met hoeveel personen de mannen in de afgelopen 6 maanden seks hebben gehad.

Condoomgebruik tijdens anale seks is uitgevraagd bij mannen die in de afgelopen 6 maanden anale seks hadden met (een) mannelijke partner(s). Het condoomgebruik is apart bevraagd voor vaste en losse partners en hierbij is ook onderscheid gemaakt tussen insertieve en receptieve anale seks (afhankelijk van welke sekstechniek men met welke partner had gebruikt). Bij condoomgebruik met vaste partners is geen onderscheid gemaakt tussen de huidige vaste relatie en de andere vaste partner. Voor de variabele *onbeschermdede anale seks* zijn insertieve en receptieve anale seks samengenomen. Onbeschermdede anale seks is gedefinieerd als geen of inconsistent condoomgebruik tijdens insertieve en/of receptieve anale seks.

Seks via het internet. Alle mannen die seks hadden met losse partners in het afgelopen half jaar, kregen de vraag waar men losse partners voor seks had ontmoet (bijvoorbeeld internet, via vrienden of kennissen, café of bar, darkroom, sauna). Bij mannen die losse sekspartners hadden ontmoet via het internet is met een open vraag het aantal sekspartners via internet bevraagd.

Seks tegen betaling is met behulp van twee vragen nagegaan bij diegenen die de afgelopen 6 maanden seks hadden met losse partners. Ten eerste is gevraagd of men in het afgelopen half jaar geld of iets anders hadden betaald voor seks (1=ja, één keer, 2=ja, meerdere keren, 3=nee) en ten tweede is gevraagd of men zelf geld of iets anders hadden gekregen in ruil voor seks (1=ja, één keer, 2=ja, meerdere keren, 3=nee).

Risicoperceptie ten aanzien van hiv is gevraagd met ‘Kunt u inschatten hoe groot de kans is dat u hiv heeft opgelopen in de afgelopen 6 maanden’ (1=absoluut geen kans, 5=grote kans). Deze vraag is alleen voorgelegd aan hiv-negatieve en niet-geteste MSM die in de afgelopen zes maanden onbeschermd seks hadden met een mannelijke losse partner.

Risicoreductie strategieën. Aan hiv-negatieve en niet-geteste MSM die in de afgelopen zes maanden onbeschermd seks hadden met een mannelijke losse partner zijn 4 verschillende risicoreductie strategieën voorgelegd (bijvoorbeeld ‘Alleen onbeschermd anale seks met hiv-negatieve mannen’). Op een 5-puntsschaal (1=nooit, 5=altijd) kon men aangeven hoe vaak ze de strategieën in de afgelopen 6 maanden hadden toegepast.

Afspraken met vaste partners. Aan MSM met een vaste partner die met mannelijke losse partners seks hadden in de afgelopen 6 maanden is gevraagd of men aan de vaste partner vertelt dat zij seks hebben met anderen (1=ja, 2=soms, 3=nee). Daarna is met behulp van een meerkeuze vraag nagegaan welke afspraken zij hebben met hun vaste partner over seks met anderen (bijvoorbeeld ‘Seks met anderen mag maar neuken niet’). Vervolgens is aan diegene met afspraken gevraagd of men zich hier aan houdt (1=nooit, 5=altijd) en zo niet of men dit dan ook vertelt (1=nooit, 5=altijd).

5.3 Resultaten

Het seksuele gedrag van MSM in de afgelopen 6 maanden

Bijna alle MSM met een relatie (N=605) hadden in de afgelopen 6 maanden seks gehad met hun partner, homoseksuele MSM iets vaker dan biseksuele MSM (94% versus 89%; $\chi^2 (1, N=605) = 4,30, p=.038$, Cramer's V =.08). Daarnaast had 8% van de MSM met een vaste partner ook nog seks met een andere vaste partner, bijvoorbeeld een ex-partner of een seks buddy.

Eenenveertig procent van de mannen met een vaste relatie en 93% van de mannen zonder relatie hadden in de afgelopen 6 maanden seks met losse partners (χ^2 (1, $N=876$) = 215,77, $p < .001$, Cramer's $V=.50$).

Tabel 5.2. Seksueel gedrag van homo- en biseksuele MSM (%)

	Homo	Bi	Totaal
	N=614	N=269	N=833
<i>In de afgelopen 6 maanden</i>			
Seks gehad met			
Mannelijke vaste partner	71,3	31,9▼	60,2
Vrouwelijke vaste partner	0,2	38,6▲	11,1
Mannelijke losse partner	50,2	77,8▲	58,0
Vrouwelijke losse partner	-	28,3▲	8,1
Seks met vaste/losse partners			
Alleen vaste partner(s)	48,9	21,1▼	41,7
Zowel vaste als losse partner(s)	21,0	34,3	27,7
Alleen losse partners	29,2	44,6▲	30,6
Aantal sekspartners			
1	57,1	30,8▼	49,6
2	11,3	19,0▲	13,5
Meer dan 2	31,6	50,2▲	36,9
Aantal internet sekspartners			
0	71,9	58,7▼	68,2
1	8,0	12,4▲	9,3
2	4,9	10,3▲	6,5
Meer dan 2	15,1	18,6	16,1
Betaald voor seks	4,6	11,5	6,6
Geld gekregen voor seks ^a	1,6	2,4	1,8
Seks onder invloed van alcohol	51,2	44,6	49,3
Seks onder invloed van drug	31,9	34,3	32,6

^a Aantal te klein om percentages te kunnen toetsen

▼▲ = hoger/lager dan bij homoseksuele MSM, $p < .05$, Cramer's $V > .10$

In de rest van het hoofdstuk wordt geen onderscheid gemaakt tussen de huidige vaste partner en de andere vaste partner, tenzij anders vermeld. Meer dan twee derde van de MSM heeft in het afgelopen half jaar seks gehad met één of meerdere vaste partners (Tabel 5.2.). Homoseksuele MSM hebben, vrijwel uitsluitend seks gehad met mannelijke partners.

HOOFDSTUK 5

Homoseksuele MSM hadden vooral seks met vaste partners, terwijl biseksuele MSM dit vooral deden met losse partners. Een kwart van de MSM heeft in het afgelopen half jaar zowel met vaste als losse partners seks gehad. Biseksuele MSM hadden in de afgelopen 6 maanden vaker seks met 2 of meer partners en via het internet dan homoseksuele MSM. MSM hebben nauwelijks seks gehad tegen betaling. Seks onder invloed van stimulerende middelen komt regelmatig voor. De helft van de mannen had seks onder invloed van alcohol en 1 op de 3 gebruikt in het afgelopen half jaar wel eens drugs. Het middelengebruik betreft vooral poppers (65%), erectiemiddelen (55%), cannabis/wiet (22%), XTC (15%) en GHB/GBL (12%). Acht procent gebruikte wel eens cocaïne, 6% speed, 4% ketamine, 2% crystal meth en 1% mephedrone. Niemand gebruikte in de afgelopen 6 maanden heroïne of LSD.

Tabel 5.3. Gebruikte sekstechnieken bij seks met mannen (%)

	Homo	Bi	Totaal
Tijdens seks met een vaste partner	N=433	N=84	N=517
Orale seks	91,4	92,0	91,5
Actief	85,9	78,7	84,8
Passief	83,0	84,0	83,2
Anale seks	67,4	59,5	66,2
Insertief	53,0	48,0	52,2
Receptief	49,2	33,3 [▼]	46,7
Rimmen, kontlikken	35,5	29,3	34,3
Fisten ^a	3,8	2,7	3,7
Toys	16,3	8,1	15,1
Tijdens seks met een losse partner	N=316	N=212	N=528
Orale seks	91,7	86,3	89,6
Actief	86,4	75,8 [▼]	82,2
Passief	86,7	77,9 [▼]	83,3
Anale seks	64,8	52,1 [▼]	59,9
Insertief	50,8	36,0 [▼]	45,1
Receptief	41,9	36,3	39,7
Rimmen, kontlikken	41,5	22,2 [▼]	34,1
Fisten	5,6	5,3	5,5
Toys	17,9	14,7	16,7

^a Aantal te klein om percentages te kunnen toetsen

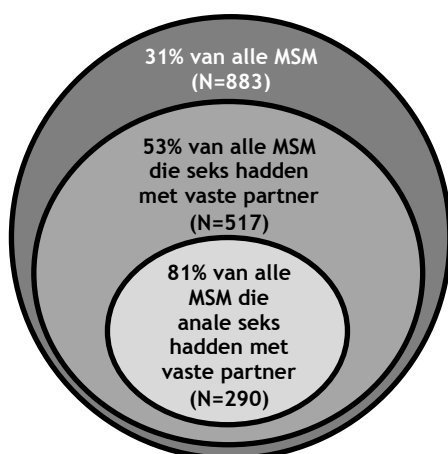
[▼] = lager dan bij homoseksuele MSM, $p < .05$, Cramer's $V > .10$

In Tabel 5.3. zijn de gebruikte sekstechnieken met zowel vaste als losse mannelijke partners weergegeven. Een grote meerderheid van de MSM heeft orale seks met hun vaste partner en twee derde heeft anale seks. Homoseksuele MSM hebben vaker receptieve anale seks dan biseksuele MSM. Wat MSM met losse partners doen, verschilt niet van het gedrag met vaste partners. Homoseksuele MSM hebben met nagenoeg alle sekstechnieken meer ervaring tijdens seks met losse contacten dan biseksuele MSM.

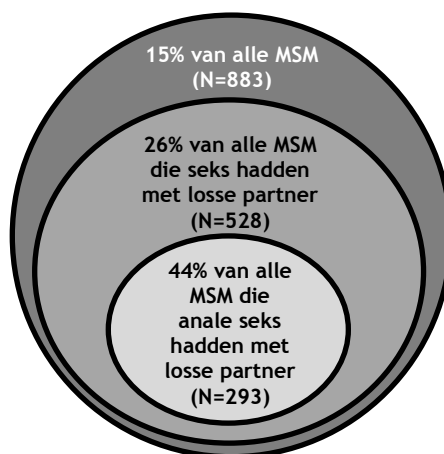
Onbeschermd seks

Van alle MSM die in het afgelopen half jaar seks hadden, heeft een deel dat onbeschermd gedaan: zij hebben minstens één keer in het afgelopen half jaar geen condoom gebruikt. In de figuren 5.1a en 5.1b is voor seks met losse partners en met vaste partners te zien om welke percentages het gaat.

Figuur 5.1a. Minstens één keer onbeschermd seks in de afgelopen 6 maanden met vaste partner



Figuur 5.1b. Minstens één keer onbeschermd seks in de afgelopen 6 maanden met losse partner



Er is sprake van enige overlap in bovenstaande groepen. Van alle MSM had 5% (N=43) onbeschermd anale seks met zowel vaste als losse mannelijke partners. In hoofdstuk 6 is het condoomgebruik van MSM te vinden uitgesplitst naar sero-status. Van de biseksuele MSM had 53% zowel met

mannen als vrouwen seks. Biseksuele mannen hadden echter nauwelijks onbeschermd seks met zowel mannen als vrouwen; dit was 2,3% (N=22).

Welke MSM hebben onbeschermd seks met mannelijke losse partners?

Om na te gaan wat kenmerkend is voor de MSM die onbeschermd seks hebben met mannelijke losse partners, is een binaire logistische regressie uitgevoerd. Voor deze analyses zijn zowel MSM uit de LHB panel steekproef (N=833) als MSM uit de aanvullend geworven steekproef (N=1025) geïncorporeerd. Zoals in de vorige paragraaf is beschreven, heeft 15% van alle MSM uit de LHB panel steekproef in het afgelopen half jaar onbeschermd seks gehad met ten minste één mannelijke losse partner. Onder de MSM in de aanvullend geworven steekproef is dit 28%. Als we de MSM uit het panel en de aanvullend geworven steekproef samen nemen heeft 22% in het afgelopen half jaar onbeschermd seks gehad met ten minste één mannelijke losse partner.

Met behulp van bivariate en multivariate regressie analyses is nagegaan of leeftijd, geloof, opleiding, seksuele oriëntatie, relatiestatus, een vroege seksuele start, seksueel misbruik, psychische gezondheid, eigenwaarde, spanning zoeken, zichtbaarheid van de seksuele oriëntatie, geïncorporeerde homonegativiteit, homonegatieve ervaringen, aantal sekspartners, seks onder invloed van alcohol, seks onder invloed van drugs, erectieproblemen en het hebben van een positieve attitude ten aanzien van condoomgebruik samenhangen met het hebben van onbeschermd seks met mannelijke losse partners. Voor een beschrijving van de concepten die in deze analyses zijn meegenomen zie bijlage 3.

In de bivariate analyse is te zien welk van de factoren afzonderlijk van elkaar met de uitkomstmaat samenhangt. Dit levert vooral informatie op over risicogroepen. Met behulp van de multivariate analyse kunnen we zien welk van deze factoren er overblijven na controle voor elkaar. Het toont als het ware welke factor het sterkst of meest proximaal met de uitkomstmaat samenhangt.

De resultaten van de bivariate analyses laten zien dat verschillende factoren samenhangen met het hebben van onbeschermd seks met een losse mannelijke partner (Tabel 5.4). MSM die onbeschermd seks hebben gehad zijn relatief laagopgeleid, hebben vaker geen vaste partner, hadden

vaker voor het eerst seks voor hun 14^e levensjaar, hebben een slechtere psychische gezondheid, hebben meer behoefte aan spannende seks, hebben meer losse partners gehad in het afgelopen half jaar, hebben vaker seks gehad onder invloed van alcohol en drugs, hebben vaker een erectie probleem en staan negatiever tegenover condoomgebruik.

Tabel 5.4. Factoren die samenhangen met onbeschermd seks met losse mannelijke partners (N=1592).

	Bivariaat	Multivariaat	
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	
Biseksuele oriëntatie (vergeleken met homo)	0.83 (0.65 - 1.06)	0.76 (0.50 - 1.15)	
Leeftijd (in jaren)	1.00 (0.99 - 1.01)	0.98 (0.97 - 0.99)	**
Gelovig	1.08 (0.85 - 1.37)	1.22 (0.88 - 1.70)	
Hoog opleidingsniveau	0.75 (0.60 - 0.94)	* 0.71 (0.51 - 0.98)	*
Heeft vaste relatie	0.41 (0.33 - 0.51)	*** 0.39 (0.28 - 0.54)	***
Eerste seksuele ervaring < 14 jaar	1.53 (1.14 - 2.05)	** 1.02 (0.67 - 1.55)	
Seksueel misbruik meegemaakt	1.48 (0.97 - 2.24)	1.59 (0.88 - 2.88)	
Psychische gezondheid	0.76 (0.66 - 0.88)	*** 0.90 (0.68 - 1.18)	
Eigenwaarde	0.88 (0.75 - 1.03)	1.15 (0.85 - 1.56)	
Spanning zoeken	2.45 (2.06 - 2.92)	*** 1.14 (0.89 - 1.46)	
Zichtbaarheid	1.12 (0.99 - 1.27)	0.95 (0.76 - 1.18)	
Geïnternaliseerde homonegativiteit	0.93 (0.84 - 1.03)	0.86 (0.74 - 1.01)	
Homonegatieve ervaringen	1.06 (0.83 - 1.35)	0.73 (0.52 - 1.04)	
Aantal partners ¹	1.39 (1.34 - 1.44)	*** 1.39 (1.31 - 1.47)	***
Seks onder invloed van alcohol	1.29 (1.03 - 1.61)	* 1.00 (0.72 - 1.38)	
Seks onder invloed van drugs	3.37 (2.68 - 4.23)	*** 1.69 (1.21 - 2.34)	**
Heeft een erectieproblemen	1.83 (1.30 - 2.56)	** 1.16 (0.72 - 1.88)	
Positieve attitude t.a.v. condoomgebruik	0.40 (0.35 - 0.45)	*** 0.35 (0.29 - 0.41)	***
R ² / Nagelkerke R ²		.46	

* = p<.05; ** = p<.01; *** = p<.001

1 Continue variabele; 1=1 partner, 9=9 of meer partners

Uit de multivariate regressie analyse blijken een aantal verbanden met onbeschermd anale seks weg te vallen. De factoren die overblijven hangen van alle factoren het sterkste samen met het hebben van onbeschermd seks. Leeftijd hangt nu wel samen met het hebben van onbeschermd seks met losse partners: jongere MSM doen dat vaker dan oudere MSM. Laag opgeleide MSM en MSM zonder vaste relatie hebben

vaker onbeschermd seks dan hoogopgeleide mannen of mannen met een partner. De attitude ten aanzien van condoomgebruik is een beschermende factor: mannen die een positieve attitude hebben gebruiken vaker consequent condooms. Daarnaast neemt de kans op onbeschermd seks toe met het aantal partners in de afgelopen 6 maanden en hebben mannen die tijdens seks wel eens onder invloed zijn van drugs 1.7 keer zo vaak onbeschermd seks als mannen die nooit drugs gebruiken tijdens seks. Samen verklaren de variabelen in het model 46% van de totale variantie onbeschermd seks met losse partners. Dit betekent dat 54% van het onbeschermd sekscontact met losse partners wordt verklaard door variabelen die niet in het model zijn opgenomen.

Risicoperceptie en risicoreductie strategieën

Aan hiv-negatieve en niet-geteste MSM die het afgelopen half jaar onbeschermd seks hadden met een mannelijke losse partner (zowel uit het panel als de aanvullend geworven steekproef, N=322), werd gevraagd hoe groot zij de kans achtten dat ze de afgelopen 6 maanden hiv hebben opgelopen. Vijftien procent gaf aan dat zij absoluut geen risico hebben gelopen. Acht op de tien (80%) achtte de kans op hiv (zeer) klein en 6% denkt een (redelijk) grote kans te hebben gelopen op hiv.

Het feit dat hiv-negatieve en niet-geteste MSM een lage inschatting maken van het risico ten aanzien van hiv, kan er op duiden dat zij in plaats van condoomgebruik wel andere strategieën hebben toegepast om het risico op hiv te verkleinen. Daarom is hen gevraagd of zij andere strategieën, dan consequent condoomgebruik, hanteerden om het risico op hiv tijdens seks met losse partners te verkleinen. Het navragen van de hiv-status en alleen onbeschermd anale seks hebben met hiv-negatieve mannen waren de meest toegepaste strategieën (zie Tabel 5.5). Hiv-negatieve MSM pasten deze strategieën vaker toe dan niet-geteste MSM. Ongeveer één op de zes MSM die onbeschermd anale seks hadden met losse partners maakte gebruik van *viral load* sorteren en een even grote groep strategisch positioneren.

Opvallend was het grote aantal mannen (N=56) die niet wisten wat een ondetecteerbare *viral load* was. 21 MSM noemden nog een andere manier om het risico op hiv te verkleinen:

- Selectief in partnerkeuze zijn; alleen seks met bekenden of personen die worden vertrouwd;
- Niet klaarkomen in anus;
- Goede hygiënische maatregelen;
- Het gebruiken van glijmiddel en/of handschoenen.

MSM met meer dan 3 of meer sekspartners in het afgelopen half jaar pasten de strategieën net zo vaak toe als diegenen met minder dan 3 partners.

Tabel 5.5. Gebruikte risicoreductie strategieën tijdens seks met mannelijke losse partner(s) (% wel eens toegepast)

	Niet-geteste MSM	Hiv-negatieve MSM	Totaal
	N=82	N=240	N=322
<i>In de afgelopen 6 maanden</i>			
De hiv-status nagevraagd voordat ik seks had	39,0	65,8 [▲]	59,0
Had ik alleen onbeschermd anale seks met hiv-negatieve mannen	55,8	68,4 [▲]	65,3
Had ik alleen onbeschermd anale seks met hiv-positieve mannen van wie <i>viral load</i> ondetecteerbaar was	9,7	17,0	15,0
Had ik alleen onbeschermd insertieve anale seks met hiv-positieve mannen	12,7	18,2	16,8

Afspraken in vaste relaties over seks met anderen

MSM uit het panel en de extra geworven steekproef met een vaste relatie, die in de afgelopen zes maanden seks hadden met ten minste één mannelijke losse partner (N=578), werd gevraagd naar de afspraken binnen hun relatie over seks met anderen. Allereerst werd gekeken of men überhaupt aan de vaste partner vertelde dat men seks had gehad met anderen. Dit bleek 48% altijd te doen, 7% soms en 45% nooit.

Het feit dat weinig binnen vaste relaties wordt gesproken over seks met anderen, is ook terug te zien in de afspraken die hierover werden gemaakt. Bij 45% van deze MSM waren geen afspraken gemaakt die gericht zijn op het voorkomen van hiv-overdracht: 27% had hierover niets met de vaste partner afgesproken en 18% liet elkaar volledig vrij. Ongeveer één op de zes (15%) had de afspraak gemaakt monogaam te zijn, 5% dat seks met anderen mocht behalve anale seks en bij 27% was anale seks (ook)

toegestaan maar dan wel met condooms. Bij 6% was de afspraak dat seks met anderen mocht als daar de vaste partner ook bij aanwezig was (een trio). Bij de andere afspraken (4%) werd onder andere genoemd dat seks met anderen mocht, maar dat daar niet over werd gesproken met elkaar (*don't ask, don't tell*) of dat seks alleen met bepaalde losse contacten was toegestaan.

Van degenen die een afspraak hadden gemaakt (N=256), hield 56% zich altijd aan deze afspraak. Van degenen die zich niet aan de vooropgestelde afspraken hielden (N=112), vertelden slechts vier mannen dit altijd aan hun vaste partner.

5.4 Samenvatting en conclusies

Dit hoofdstuk geeft een globaal overzicht van het seksuele gedrag van MSM. Daarbij is specifiek gekeken naar mannen die onbeschermd anale seks hebben met losse mannelijke partners, welke factoren daarop van invloed zijn en welke risicoreductie strategieën deze mannen toepassen. De helft van de mannen rapporteerde twee of meer sekspartners in het afgelopen half jaar. Biseksuele MSM hebben meer sekspartners gehad in het afgelopen half jaar dan homoseksuele MSM. Homoseksuele MSM hebben uitsluitend seks met mannen, terwijl meer dan een kwart van de biseksuele MSM ook seks hebben met vrouwen. Biseksuele MSM vormen echter nauwelijks een 'brug' voor de overdracht van hiv naar vrouwen. Onbeschermd seks met zowel vrouwen als mannen kwam onder de biseksuele MSM nauwelijks voor.

Niet alle MSM hebben anale seks met hun vaste en losse partners. Twee derde van de MSM doet dit met vaste mannelijke partners en zestig procent met losse partners. Vier van de vijf mannen die anale seks hadden met hun vaste partner(s) gebruikten hierbij niet altijd condooms. In deze studie hebben we geen onderscheid kunnen maken in het condoomgebruik met de partner in de huidige relatie en de andere vaste partner(s), een seks buddy of een ex(partner). Het condoomgebruik blijkt echter wel te verschillen naar gelang het type partner (Van Empelen et al., 2011; Van den Boom et al., 2012). Om een volledig beeld te krijgen van het beschermingsgedrag van MSM is het daarom belangrijk om in toekomstig onderzoek onderscheid te maken tussen de verschillende soorten partners:

de partner in de vaste relatie, de seks buddy, de losse partner waarmee men - toevallig - verschillende keren seks heeft en de *one night stand*.

Hoewel condoomgebruik tot nu toe de meest veilige methode is om hiv-overdracht tegen te gaan, heeft 26% van alle MSM met losse partners in het afgelopen half jaar niet consequent condooms gebruikt. In de Schorer monitor en EMIS studie waren deze percentages respectievelijk 36% en 41%. Dit verschil kan waarschijnlijk toegeschreven worden aan het verschil in wervingsmethode. De MSM uit de huidige studie komen uit een internetpanel, terwijl de Schorer Monitor en EMIS vooral MSM hebben geworven via datingsites. Daardoor hadden de respondenten in de Schorer monitor en EMIS studie bijvoorbeeld meer sekspartners dan respondenten in de huidige studie. Omdat de huidige studie de eerste LHBT survey is waarbij geworven wordt via een internetpanel, kunnen we op basis van de huidige studie dus niets zeggen over trends in condoomgebruik. Wel lijkt het percentage MSM dat onbeschermd seks heeft met losse partners lager dan op basis van voorgaande monitors werd geschat.

Het feit dat een deel van de MSM niet consequent condooms gebruikt tijdens seks met losse mannelijke partners, betekent niet dat deze mannen ook daadwerkelijk risico hebben gelopen op een hiv- of soa-infectie. Van de hiv-negatieve en niet-geteste MSM die in het afgelopen half jaar onbeschermd seks hadden met losse partners, achtte het merendeel de kans dat zij met hiv geïnfecteerd waren nihil tot (zeer) klein. Een verklaring hiervoor is dat deze mannen iets aanvullends doen. Uit de huidige studie blijkt dat de hiv-negatieve en niet-geteste mannen die onbeschermd seks hadden met losse partners, met name de hiv-status van hun partners vragen (59%) en seks hebben met hiv-negatieve mannen (65%). Strategisch positioneren en *viral load* sorteren werden in mindere mate toegepast, respectievelijk 17% en 15%. Het is goed mogelijk dat een groot deel van de hiv-negatieve en niet-geteste MSM hun risico op hiv terecht laag inschatten, omdat ze alleen onbeschermd seks hadden met hiv-negatieve losse partners. De sero-status van de partners in het afgelopen half jaar is echter niet bevraagd. Daarbij is ook de vraag in hoeverre men ervan op aan kan dat de partner eerlijk is over zijn hiv-status en of er expliciete communicatie over de hiv-status is geweest of niet (*seroguessing*). Het is dus mogelijk dat MSM die onbeschermd seks hebben met losse partners hun kans op hiv onrealistisch laag inschatten,

omdat ze in de veronderstelling zijn dat ze een strategie gebruiken die de kans op hiv vermindert, terwijl ze in werkelijkheid wel degelijk risico lopen.

Verschillende subgroepen van MSM lopen een verhoogd risico op hiv en soa door onbeschermd seks met losse partners. Met name jonge MSM en MSM met een laag opleidingsniveau hebben vaker onbeschermd seks met losse partners. Dit werd ook gevonden in de laatste Schorer Monitor (Van Empelen et al., 2011). Het is daarom belangrijk om het accent op deze twee groepen binnen het preventiebeleid te continueren.

Mannen met een vaste relatie gebruiken vaker condooms tijdens seks met losse partners dan diegenen die single zijn. Deze mannen beschermen dus niet alleen zichzelf maar ook hun partner in de vaste relatie. De openheid over seks met anderen behoeft echter wel aandacht. Meer dan de helft van de MSM vertelt niet (altijd) aan hun partners dat men seks heeft buiten de deur. Er worden weinig afspraken gemaakt over eventuele hiv-overdracht. Bijna de helft van de stellen maakt hier geen afspraken over en meer dan de helft van diegenen die hierover wel afspraken maken komt de afspraak wel eens niet na. In een enkele uitzondering wordt het verbreken van de afspraken verteld aan de partner. Binnen de hiv- en soa-preventie is het dan ook belangrijk om MSM handvatten aan te reiken om het gesprek met de vaste partner aan te kunnen gaan.

Spanning zoeken, psychosociaal welzijn, een vroege start van de seksuele carrière, alcohol gebruik en erectieproblemen hingen alleen bivariaat samen met het hebben van onbeschermd seks. Dit zijn niet de factoren waar je op moet inzetten om het percentage mannen dat onbeschermd seks heeft te verminderen. Deze verbanden laten echter wel zien in welke groepen onbeschermd seks vaker voorkomt. Het is wel belangrijk om in preventie aandacht te schenken aan bovenstaande samenhangen. Aan mannen die hulp zoeken voor een erectieprobleem kan bijvoorbeeld worden nagevraagd in hoeverre dit probleem ook het gebruik van condooms belemmert. Zo zouden niet alleen medewerkers op de soa-poli van de GGD of ziekenhuis, maar ook andere disciplines zoals seksuologen, huisartsen en/of urologen een rol kunnen spelen in de hiv-preventie. Ditzelfde geldt voor mannen met minder psychisch welbevinden of mannen die vaak op zoek zijn naar spannende seks. Interventies zullen veel

effectiever kunnen worden als ze (ook) aandacht besteden aan de psychische gezondheid. En andersom zouden psychologen en psychiaters bij psychische problematiek ook de seksuele gezondheid van hun cliënten kunnen bespreken.

De attitude ten aanzien van condoomgebruik bleek één van de belangrijkste predictoren te zijn. Voor de preventie van soa en hiv is het daarom wenselijk om tijdens counselingsgesprekken aandacht te schenken aan (het verbeteren van) de attitude ten aanzien van condoomgebruik.

Naast de attitude ten aanzien van condoomgebruik speelt druggebruik een duidelijke rol bij het hebben van onbeschermd anale seks met losse partners. Dit is consistent met nationaal onderzoek (Heiligenberg et al., 2012; Schorer Monitor, 2011) en internationaal onderzoek (Balán et al., 2012; McCarty-Caplan, Jantz, & Swartz, 2013). In een Nederlands onderzoek was seks gerelateerd drugsgebruik direct gelinkt aan een hogere soa-prevalentie (Heiligenberg et al., 2012). Voor MSM gold dit voor elke vorm van drugsgebruik, maar specifiek voor het gebruik van poppers. In de huidige studie gebruikte een derde van de MSM de afgelopen zes maanden drugs tijdens seks en hierbij werden poppers het meest gebruikt. Naast poppers gebruiken MSM ook vaak Viagra en andere erectie stimulerende middelen. Het gebruik van erectiemiddelen vergroot de kans op condoomscheuren en anale bloedingen (Rosen et al., 2006), waardoor de kans op hiv-transmissie tijdens anale seks kan toenemen. De risico's van het gebruik van poppers en Viagra tijdens seks zou een onderdeel kunnen zijn van het counselingsgesprek. Daarbij moeten MSM goed geïnformeerd worden over de effecten van drugsgebruik op het beschermingsgedrag.

Concluderend kan worden vastgesteld dat een substantieel deel van de MSM anale seks heeft zonder condoom met losse mannelijke partners. Hierbij kunnen een aantal specifieke risicogroepen worden onderscheiden, namelijk jonge MSM, laagopgeleide MSM, alleenstaande MSM, MSM met veel verschillende sekspartners, MSM die onder invloed zijn van drugs tijdens seks en MSM die een negatieve attitude hebben ten aanzien van condoomgebruik. Onder MSM blijkt sprake te zijn van verschillende gezondheidsproblemen die elkaar kunnen versterken (syndemieën), namelijk de verhoogde hiv- en soa-prevalentie, het veelvuldig gebruik van genotsmiddelen, veel voorkomende seksuele functieproblemen en een

verminderd psychisch welbevinden (Stall et al., 2003; Vanden Berghe, 2013). Het is dan ook te bepleiten om geïntegreerde interventies te ontwikkelen waarin sprake is van meer integratie van domeinen binnen de hulpverlening. Hierdoor krijgen ook andere professionals zoals seksuologen, huisartsen, urologen, en psychologen/psychiaters een belangrijke rol binnen de soa- en hiv-preventie.

Uit deze studie is naar voren gekomen dat een groot deel van de MSM die onbeschermd seks met losse partners hebben, gebruik maken van andere strategieën dan condoomgebruik om de kans op hiv te verminderen. Bij de ontwikkeling van interventies en preventieboodschappen is het belangrijk te onderkennen dat aanvullende strategieën worden ingezet en er moet snel en betere aandacht zijn voor de veiligheid van deze strategieën. MSM moeten zelf overtuigd zijn van de voordelen om zichzelf maar ook hun partners te beschermen tegen hiv en soa en daarbij de mogelijkheid hebben geïnformeerde keuzes te maken.

HOOFDSTUK 6

DE SEKSUELE GEZONDHEID VAN HOMO- EN BISEKSUELE MANNEN MET HIV

Maaïke Goenée en Charles Picavet

6.1 Inleiding

Hiv is sinds de introductie van combinatietherapieën in 1996 een chronische ziekte geworden. De behandelingen hebben niet alleen geleid tot een langere levensverwachting, maar ook tot een betere kwaliteit van leven. De aandacht bij zorg voor mensen met hiv is daarmee verschoven van stervensbegeleiding naar begeleiding bij het leven met hiv. Dat mensen met hiv langer blijven leven en zich gezond blijven voelen, heeft ervoor gezorgd dat ze een actief seksleven kunnen hebben. Kwalitatief onderzoek onder mannen die seks hebben met mannen (MSM) laat zien dat na het horen van een positieve hiv-uitslag veelal een periode helemaal wordt afgezien van seks. Wanneer hiv-positieve MSM na een tijdje weer seks hebben wordt dit vaak overheerst door angst om hiv door te geven; zij voelen zich verantwoordelijk om hun sekspartners te beschermen (Van Kesteren, Hospers, Kok, & Van Empelen, 2005). In hoeverre deze verantwoordelijkheid ook daadwerkelijk wordt omgezet in gedrag, is afhankelijk van persoonlijke en contextuele factoren. Zelfs bij een sterke intentie om beschermde seks te hebben, is het niet eenvoudig om gedurende langere tijd altijd een condoom te gebruiken (De Wit & Adam, 2007). Hierbij blijken ook andere factoren een rol te spelen. Zo komen seksuele problemen relatief veel voor onder hiv-positieve mannen (Guaraldi et al., 2007; Moreno-Pérez et al., 2010). Daarnaast rapporteren hiv-positieven ook vaak psychische problemen (Schadé, Boenink, & Danner, 2010). Zowel grotere seksuele activiteit als seksuele problemen en verminderd psychisch welbevinden kunnen negatieve effecten hebben op het beschermingsgedrag van MSM met hiv (Kelly, Bimbi, Izienicki, & Parsons, 2009; Plankey et al., 2007; Radcliffe et al., 2010; Tsui et al., 2014). Dit is niet alleen relevant voor de verdere verspreiding van hiv, maar ook voor nieuwe soa-infecties bij mensen met hiv.

Sinds 2008 worden in Nederland jaarlijks ongeveer 1.100 nieuwe hiv-diagnoses vastgesteld. Tussen de 700 en 750 van deze diagnoses betreffen mannen die seks hebben met mannen (MSM). Naar schatting zijn 14.000 MSM geïnfecteerd met hiv, waarvan ruim 70% gediagnostiseerd en onder controle in één van de hiv-behandelcentra (Van Sighem et al., 2013). Hoewel het aantal nieuwe hiv-diagnoses onder MSM lijkt te stabiliseren, stijgt dat aantal bij mannen van 25 jaar en jonger en bij mannen van 55 jaar en ouder (Van Sighem et al., 2013). Condoomgebruik van Nederlandse hiv-positieve MSM is recent onderzocht in grote steekproef seksueel actieve MSM die met name via datingsites waren geworven (Van Empelen, Van Berkel, Roos, & Zuilhof, 2011). In een vaste relatie waarin beide partners hiv-positief waren, gebruikte 67% van de mannen in zo'n relatie niet altijd condooms. Van de mannen in een serodiscordante relatie (één partner heeft hiv en de ander niet) had 32% altijd of soms condoomloze anale seks. Zeventig procent van de hiv-positieve MSM die in het afgelopen half jaar seks hadden met één of meerdere losse partners rapporteerde onbeschermd anale seks. Waarom hiv positieve MSM onbeschermd anale seks hebben, is niet volledig duidelijk. Volgens Van Kesteren, Hospers en Kok (2007) zijn er meerdere factoren die hierbij een rol kunnen spelen; hiv- en behandelingsoptimisme, '*hiv-burnout*' oftewel een zekere vermoeidheid om steeds op beschermde seks te moeten letten, '*barebacking*' oftewel een bewuste keuze voor onbeschermd seks, internet en e-dating, sekslocaties en sekscultuur en het gebruik van partydrugs. Ook blijken sommige MSM met hiv het moeilijk te vinden om voor hun eigen gezondheid op te komen, over condoomgebruik te onderhandelen en weerstand te bieden tegen de druk om toch deel te nemen aan risicovolle seks (Van Kesteren et al., 2005). Verliefdheid en een sterke mate van opwindning kan daarnaast de intentie tot beschermde seks belemmeren (Van Kesteren, Hospers, Van Empelen, Van Breukelen, & Kok, 2007).

Het is niet zo dat alle hiv-positieve mannen die het condoom achterwege laten ook daadwerkelijk hiv kunnen overdragen. Steeds meer MSM bij wie hiv is vastgesteld beginnen daarna snel aan hun antiretrovirale behandeling. Hoe eerder gestart wordt met die behandeling, hoe minder het immuunsysteem wordt aangetast. Bovendien heeft onderzoek aangetoond dat de kans op transmissie van hiv zeer klein is wanneer het virus door behandeling niet meer detecteerbaar is in het bloed. Wanneer

het virus bij de meeste hiv-positieven door behandeling onder controle is, wordt de *community viral load* (de hoeveelheid overdraagbaar virus binnen een bepaalde gemeenschap) verlaagd. Daarmee zijn vroegtijdig testen en meteen starten met behandelen belangrijke preventiestrategieën geworden (Lange, 2011). Soa Aids Nederland heeft vroegtijdig behandelen daarom als één van de speerpunten opgenomen in hun preventieactiviteiten en in de voorlichting van MSM (Soa Aids Nederland, 2013a).

Bij de keuze voor onbeschermd (anale) seks kunnen hiv-positieve MSM andere strategieën gebruiken om hiv-transmissie te voorkomen (Crepaz et al., 2009; Van den Boom et al., 2013). Serosorteren is hierbij de bekendste strategie. Hierbij kiezen hiv-positieven hun sekspartners op basis van dezelfde sero-status. Serosorteren is echter niet altijd effectief en verkleint het risico op het oplopen van andere soa dan hiv niet (Hart, & Elford, 2010). Een tweede strategie is *viral load* sorteren. Bij deze strategie kunnen hiv-positieven met een ondetecteerbare *viral load* onder bepaalde voorwaarden onbeschermd seks hebben met hiv-negatieven (zie hiervoor Nederlands Advies condoomgebruik aan vaste partners met ongelijke hiv-status, Soa Aids Nederland, 2013b). De derde strategie is strategisch positioneren. Daarbij neemt de hiv-positieve man bewust de receptieve rol in tijdens anale seks met een hiv-negatieve man waarmee het risico op hiv-transmissie verkleind kan worden.

Hiv-positieve mannen hebben vaker een verminderd seksueel verlangen, erectie- en orgasmestoornissen (Platteau & Van Lankveld, 2005). Verschillende factoren kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van seksuele problemen bij mannen met hiv. Voor een deel heeft dit te maken met lichamelijke factoren. Neuropathie kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat er een verminderde genitale gevoeligheid is. Daarnaast kan hypogonadisme (een tekort aan vrij testosteron) een gevolg zijn van hiv en hiv-medicatie. Mannen kunnen door lipodystrofie (het verdwijnen van vet op de ene plek, en toename van vet op een andere plek) zichzelf minder aantrekkelijk vinden of een negatief zelfbeeld krijgen (Sadeghi-Nejad, Wasserman, Weidner, Richardson, & Goldmeier, 2010). Bij het ontstaan van seksuele problemen kunnen ook psychische factoren een rol spelen. Depressie, rouwverwerking en angst kunnen een negatief effect hebben op de seksualiteitsbeleving (Platteau & Van Lankveld, 2005). Ongeveer de helft

van de hiv-positieven heeft één of meerdere psychische klachten (Schadé et al., 2010). Mogelijk speelt hierbij het behoren tot een minderheidsgroep een rol. In het minderheidsstress model van Meyer (2003) wordt verondersteld dat stigma, vooroordelen en discriminatie zorgen voor een vijandige en stressvolle omgeving en dat dit kan leiden tot psychische problemen. Hiv-gerelateerd stigma blijkt veelvuldig voor te komen. In een Nederlandse studie onder 667 mensen met hiv, waarvan de meerderheid homo, rapporteerde iedereen één of meerdere vormen van stigma. Opvallend is dat 70% van de homoseksuelen respondenten stigma ervoer vanuit de homogemeenschap (Stutterheim, Bos, & Schaalma, 2008). Hiv-gerelateerd stigma kan leiden tot minder openheid over hiv (Pulerwitz, Michaelis, Weiss, Brown, & Mahendra, 2010). Een hoge mate van hiv-gerelateerd stigma kan ook andere negatieve consequenties hebben, zoals verminderd mentaal en emotioneel welbevinden (Courtenay-Quirk, Wolitski, Parsons, & Gomez, 2006; Grov, Golub, Parsons, Brennan, & Karpiak, 2010), minder therapietrouw en slechtere toegankelijkheid tot medische zorg (Sayles, Wong, Kinsler, Martins, & Cunningham, 2009) en onbeschermd seksueel gedrag (Hatzenbuehler, O'Leirigh, Mayer, Mimiaga, & Safren, 2011; Rao et al., 2012).

In dit hoofdstuk staat de seksuele gezondheid van hiv-positieve mannen centraal. Hierbij zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- Met wie hebben hiv-positieve mannen seks?
- Wat doen hiv-positieve mannen tijdens seks?
- Hoe beleven hiv-positieve mannen seksualiteit?
- In hoeverre gebruiken hiv-positieve mannen condooms?
- Welke risicoreductie strategieën passen hiv-positieve mannen toe die onbeschermd seks hebben met mannelijke losse partners?
- Wat doen mannen in een serodiscordante relatie om de overdracht van hiv te verkleinen?
- In hoeverre ondervinden hiv-positieve mannen seksuele problemen?
- Zijn de mannen met hiv onder behandeling en hoe waarderen zij de zorg?
- Welke percentage hiv-positieve mannen ondervindt hiv-gerelateerde stigma?

6.2 Methode

Steekproef

Voor dit hoofdstuk zijn mannen met hiv geselecteerd als onderzoeksgroep. Zoals in het inleidende hoofdstuk staat beschreven, bleken hiv-positieve mannen in de LHB panel steekproef onvoldoende vertegenwoordigd te zijn. Daarom is deze doelgroep aangevuld via datingsites, flyers, soa-klinieken en hiv-behandelcentra. In totaal hebben 143 hiv-positieve mannen de vragenlijst ingevuld.

Tabel 6.1. Demografische kenmerken van mannen met hiv (%)

	N=143
Leeftijd	
18 - 24 jaar	0,7
25 - 34 jaar	13,3
35 - 54 jaar	55,9
55 - 88 jaar	30,1
Etniciteit	
Autochtoon/westers	97,9
Niet-westers	2,1
Opleiding	
Laag	43,7
Hoog	56,3
Religie	
Niet gelovig	60,0
Gelovig	40,0
Relatie status	
Getrouwd	35,0
Samenwonend	12,6
LAT-relatie	11,9
Geen vaste partner	40,6
Kinderen	
Ja	14,7
Nee	85,3
Seksuele oriëntatie	
Homoseksueel	90,9
Biseksueel	9,1

Tabel 6.1 toont de demografische kenmerken van de steekproef mannen met hiv. Een grote meerderheid van de mannen met een vaste relatie (N=85), heeft deze relatie met een man (91%). Van de mannen met een relatie, hebben 34 mannen een mannelijke partner met een hiv-negatieve of onbekende hiv-status. Daarnaast hadden 30 mannen zelf een hiv-negatieve of onbekende hiv-status, maar een mannelijke hiv-positieve partner. In totaal zaten in het panel en de aanvullende steekproef 64 mannen in een serodiscordante relatie met een man, waarvan 46 mannen de afgelopen zes maanden seks (in brede zin) hadden met deze partner. Dit zijn de mannen die worden meegenomen in de analyses over risicoreductie strategieën van mannen binnen een serodiscordante relatie.

Meetinstrument

De dataverzameling vond plaats met behulp van een online vragenlijst. Met behulp van de enquête werd een breed scala aan seksuele gezondheidsthema's nagevraagd. Hieronder worden de concepten voor dit hoofdstuk beschreven:

Het seksuele gedrag in de afgelopen 6 maanden. Er is gevraagd of en met wie men seks had in de afgelopen 6 maanden. Seks werd hier breed gedefinieerd ("Seks kan van alles zijn. Bijvoorbeeld strelen (van borsten, penis of vagina), orale seks, anale seks of vaginale seks"). Hierbij is onderscheid gemaakt tussen de huidige vaste partner, een andere vaste partner (zoals een ex-partner of een seks buddy) en een losse partner. Respondenten met meerdere vaste partners werd gevraagd om bij de vragen over de vaste partner steeds te denken aan de partner met wie zij zich het meest verbonden voelden. Van de verschillende soorten partners is ook het geslacht gevraagd. Daarna is gevraagd welke sekstechnieken men heeft gebruikt (gepijpt worden, pijpen, receptieve anale seks, insertieve anale seks en vaginale seks). De sekstechnieken zijn aangepast aan het geslacht van de sekspartner(s). Met een open vraag is nagegaan met hoeveel personen de mannen in de afgelopen 6 maanden seks hebben gehad.

Seksuele beleving. Seksuele beleving werd nagegaan met twee schalen en drie losse vragen. De schaal 'seksuele tevredenheid' bestaat uit 5 items, de schaal 'positieve beleving' uit 8 items, waarvan er 6 een betrouwbare

schaal vormen. De items en psychometrische kenmerken van deze schalen zijn te vinden in bijlage 3.

Condoomgebruik tijdens anale seks is uitgevraagd bij mannen die in de afgelopen 6 maanden anale seks hadden met (een) mannelijke partner(s). Het condoomgebruik is apart bevraagd voor vaste en losse partners en hierbij is ook onderscheid gemaakt tussen insertieve en receptieve anale seks (afhankelijk van welke sekstechniek men met welke partner had gebruikt). Bij condoomgebruik met vaste partners is geen onderscheid gemaakt tussen de huidige vaste relatie en de andere vaste partner (de ex-partner en/of seks buddy). Voor de variabele *onbeschermdede anale seks* zijn insertieve en receptieve anale seks samengenomen. Onbeschermdede anale seks is gedefinieerd als geen of inconsistent condoomgebruik tijdens insertieve en/of receptieve anale seks.

Risicoperceptie ten aanzien van overdracht van hiv is nagegaan met ‘Kunt u inschatten hoe groot de kans is dat u hiv heeft overgedragen op iemand anders in de afgelopen 6 maanden?’ (0=absoluut geen kans, 5=grote kans). Deze vraag is alleen voorgelegd aan hiv-positieve mannen die in de afgelopen 6 maanden onbeschermdede seks hadden met een mannelijke losse partner.

Risicoreductie strategieën. Aan hiv-positieve mannen die in de afgelopen 6 maanden onbeschermdede seks hadden met een mannelijke losse partner is gevraagd welke risicoreductie strategieën zij hebben gebruikt (bijvoorbeeld ‘Alleen onbeschermdede anale seks met hiv-positieve mannen’). Op een 5-puntsschaal (1=nooit, 5=altijd) kon men aangeven hoe vaak ze de strategieën in de afgelopen 6 maanden hadden toegepast. Ook mannen in een serodiscordante relatie die de afgelopen 6 maanden seks hadden is dit gevraagd.

Seksuele problemen. Voor het meten van seksuele problemen is uitgegaan van bestaande vragenlijsten: de Vragenlijst voor Seksuele Disfuncties (VSD; Vroege, 2003), de international index of erectile function (IIEF; Rosen, Riley, Wagner, Osterloh, Kirkpatrick, & Mishra, 1997), de Female Sexual Function Index (FSFI; Rosen, Brown, Heiman, Leiblum, Meston, Shabsigh, Ferguson, & D’Agostino, 2000) en de Sexual Function Questionnaire (SFQ; Quirk, Heiman, Rosen, Laan, Smith, & Boolell, 2002). Deze zijn aangepast

om ze geschikt te maken voor een bevolkingsstudie en voor mannen die seks hebben met mannen. Ook is getracht de vragen zo concreet mogelijk te formuleren (dus niet ‘blijft uw penis wel eens minder lang stijf dan u zou willen?’ maar ‘hoe vaak blijft uw penis stijf tot de seksuele activiteit voltooid is’). In de aanpassingen is overleg gevoerd met enkele experts.

HIV-behandeling. Aan mannen met hiv is gevraagd of zij onder behandeling waren en of ze hiv-medicatie gebruikten (1=ja, 2=ja, maar op dit moment heb ik een therapiepauze, 3=nee). Diegenen die hiv-medicatie gebruikten is gevraagd naar de tijd tussen de hiv-diagnose en het starten met hiv-medicatie (1=minder dan 1 maand, 6=langer dan 2 jaar), of hun *viral load* detecteerbaar was (1=ja, 2=nee) en of zij de hiv-medicatie volgens het voorschrift gebruikten (1=altijd, 4=nooit). Mannen met hiv die geen hiv-remmers gebruikten is gevraagd naar de reden hiervoor (bijvoorbeeld ‘Mijn arts zegt dat ik op dit moment geen hiv-remmers hoeft te gebruiken’). De waardering voor de hulpverlener werd uitgevraagd per hulpverlener. Respondenten konden op een 5-puntsschaal (1=helemaal mee eens, 5=helemaal niet mee eens) aangeven in hoeverre ze het eens waren met een 5-tal stellingen (bijvoorbeeld ‘De internist is deskundig’) en per hulpverlener een rapportcijfer geven.

Ervaren hiv-stigma is bevraagd met een schaal, bestaande uit 8 items (1=nooit, 5=altijd). Deze schaal is gebaseerd op de Consumer’s Experience of Stigma Questionnaire (CESQ), die door Stutterheim, Bos en Schaalma (2008) is aangepast voor mensen met een hiv-infectie. De originele schaal bestaat uit 11 items, maar een factoranalyse liet zien dat 3 items buiten deze schaal vielen. Zie voor de items die opgenomen zijn en de psychometrische kenmerken van deze schaal bijlage 3.

6.3 Resultaten

Seksueel gedrag

91% van de hiv-positieve mannen heeft in het afgelopen half jaar seks gehad. Bijna alle mannen die seks hadden (N=130), hadden dat alleen met mannelijke partners (97%). Twee mannen hadden uitsluitend seks met een vrouw en twee mannen hadden seks met zowel mannen als vrouwen. In totaal rapporteerde 17% seks met 1 partner, 7% met 2 partners en 67% met drie of meer partners.

In Tabel 6.2 is het seksuele gedrag van mannen met hiv met zowel vaste⁸ als losse mannelijke partners weergegeven. Het seksuele gedrag met vrouwen wordt niet besproken, omdat slechts 4 mannen in het afgelopen half jaar seks hadden met een vrouw. Van de mannen met hiv die afgelopen 6 maanden seks hadden met een man, had 16% uitsluitend seks met vaste mannelijke partners, 44% alleen met losse mannelijke partners en 40% met zowel vaste als losse mannelijke partners.

Orale seks wordt het meest genoemd. En hoewel mannen met hiv even vaak orale seks hebben met losse als met vaste mannelijke partners, werden ze wel vaker gepijpt door losse partners. Slechts een klein deel van de hiv-positieve mannen heeft geen anale seks wanneer zij vrijen met mannen. Hiv-positieve mannen hadden vaker anale seks met losse partners dan vaste partners. Dit geldt vooral voor receptieve anale seks. Een minderheid heeft ervaring met fisten en het gebruik van toys. Bij de categorie 'anders' wordt onder andere seks met bondage en plasseks genoemd.

Tabel 6.2. Genoemde vormen van seks met vaste en losse mannelijke partners (%)

	Met vaste partners	Met losse partners
	N=72	N=108
Strelen, voelen, zoenen	85,7	83,2
Manueel (aftrekken)	80,0	78,5
Orale seks	91,4	95,3
Actief	84,3	92,5 [▲]
Passief	82,9	87,9
Anale seks	81,4	93,5 [▲]
Top	61,4	66,4
Bottom	70,0	81,3 [▲]
Rimmen, kontlikken	75,7	68,2
Fisten	27,1	30,8
Toys	37,1	34,6
Anders	4,3	4,7

[▲] = percentage significant hoger bij losse partners, getoetst door middel van non-parametrisch chi-kwadraat toets, $p < .05$

⁸ In dit hoofdstuk wordt met een vaste partner zowel de huidige vaste partner als de andere vaste partner (ex-partner of seks buddy) bedoeld, tenzij anders vermeld.

Seksuele beleving

In Tabel 6.3 is te zien dat hiv-positieve mannen een iets positievere seksuele beleving hebben dan hiv-negatieve of niet-geteste mannen. Hiv-positieve mannen zijn relatief tevreden over de manier waarop ze seks hebben en geven vaker dan hiv-negatieve of niet-geteste mannen aan dat ze zich op hun gemak voelen tijdens seks. Ook hebben deze mannen relatief weinig schuldgevoelens en maken ze zich minder vaak zorgen over hun prestaties tijdens seks.

Tabel 6.3. Seksuele beleving, uitgesplitst naar hiv-status (%)

	hiv-negatief of niet getest	hiv-positief
	N=2558	N=137
Seksuele tevredenheid (% tevreden)		
Over seksuele verlangens	80,2	82,8
Over gevoel van seksuele opwindning	81,8	84,0
Over de emotionele verbondenheid	69,0	68,9
Over de manier waarop u seks hebt	68,6	78,1 [△]
Over het seksleven in het algemeen	56,3	64,9
Gemiddelde op 5-puntsschaal	3,71	3,83 [△]
Mannen die ooit seks hebben gehad	N=2467	N=130
Positieve seksbeleving (% eens)		
Ik geniet erg van seks	90,8	87,1
Door seks voel ik mij ontspannen	85,2	87,0
Onzeker over prestaties tijdens seks	18,4	10,3 [▽]
Onzeker over lichaam tijdens seks	21,2	17,1
Helemaal op gemak tijdens seks	65,2	74,3 [△]
Schuldgevoelens*	12,3	4,4 [▽]
Ik geniet van porno kijken*	68,5	73,0
Leuk om seksualiteit te ontdekken	76,0	79,0
Gemiddelde op 5-puntsschaal	4,67	4,77

^{△▽} = hoger/lager dan bij hiv-negatieve en niet-geteste mannen, $p < .05$, Cramer's $V < .10$

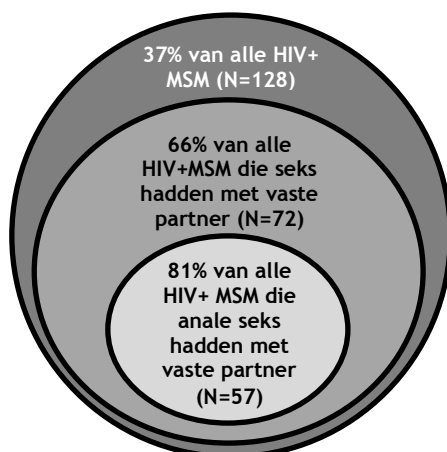
* In de schaal 'positieve seksbeleving' zijn deze items niet meegenomen

Onbeschermde seks en risicoreductie

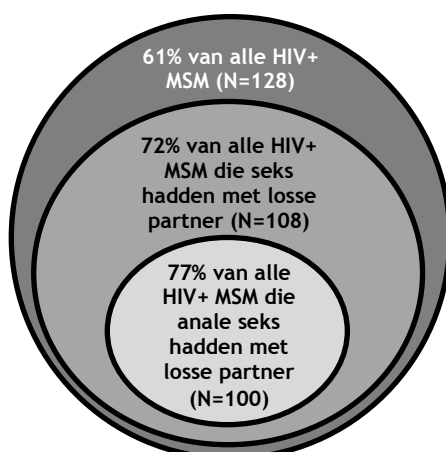
Van alle hiv-positieve MSM die in het afgelopen half jaar seks hadden heeft een deel dat onbeschermd gedaan: zij hebben minstens één keer in het afgelopen half jaar geen condoom gebruikt tijdens seks met mannelijke

partners. In de Figuren 6.1a en 6.1b is voor seks met losse partners en met vaste partners te zien om welke percentages het gaat.

Figuur 6.1a. Minstens één keer onbeschermd seks in de afgelopen 6 maanden met vaste partner



Figuur 6.1b. Minstens één keer onbeschermd seks in de afgelopen 6 maanden met losse partner



Van de MSM met hiv die anale seks hadden met hun vaste partner(s), had 63% onbeschermd insertieve anale seks en 70% had onbeschermd receptieve anale seks. Mannen met hiv bleken even vaak geen condooms te gebruiken tijdens anale seks met hun vaste partner(s) als hiv-negatieve MSM (80%) en niet-geteste MSM (81%).

Van de MSM met hiv die in het afgelopen half jaar anale seks hadden met losse partners, had 58% onbeschermd insertieve anale seks en 66% onbeschermd receptieve anale seks. Het hebben van onbeschermd anale seks met losse partners bleek samen te hangen met de hiv-status. Onder hiv-negatieve en niet-geteste mannen die anale seks hadden met één of meerdere losse partners, deed respectievelijk 46% en 40% dit wel eens onbeschermd ($\chi^2 (1, N=829) = 39,76, p < .001$, Cramer's $V=.22$).

Hoewel een redelijk grote groep mannen onbeschermd anale seks heeft gehad met losse partners, meent 44% dat zij absoluut geen hiv hebben overgedragen op anderen. Ongeveer de helft (55%) acht deze kans zeer klein en één man geeft aan dat die kans redelijk groot is.

Naast het gebruiken van condooms worden door mannen met hiv andere strategieën toegepast om de kans op hiv-transmissie te verkleinen. De mannen die minstens één keer onbeschermd seks hadden met een losse partner (N=77) gebruikten veelvuldig aanvullende risicoreductie strategieën (zie Tabel 6.4). Ruim een derde van de mannen had alleen onbeschermd seks met anderen die ook hiv hebben (serosorteren) of als hun *viral load* ondetecteerbaar was (*viral load* sorteren). Tweeënzeventig procent van de mannen paste altijd één van de strategieën in Tabel 6.4 toe tijdens seks met hun mannelijke losse partners.

Twaalf mannen gaven aan dat ze naast de strategieën in Tabel 6.4 ook nog andere dingen hebben gedaan om de overdracht van hiv te verkleinen, zoals niet klaar komen in de partner of het communiceren van de hiv-status.

Tabel 6.4. Risicoreductie strategieën van mannen tijdens seks met mannelijke losse partners (N=77; %)

	Nooit	Soms	Altijd
<i>In de afgelopen 6 maanden....</i>			
Alleen onbeschermd anale seks gehad met hiv-positieve mannen	20,5	42,5	37,0
Alleen onbeschermd anale seks gehad met hiv-negatieve mannen als mijn <i>viral load</i> ondetecteerbaar was	27,8	34,7	37,5
Alleen onbeschermd receptieve anale seks gehad met hiv-negatieve mannen	27,0	51,4	21,6

In Tabel 6.5 zijn de strategieën weergegeven die mannen in een serodiscordante relatie hebben toegepast (N=46). Nagenoeg alle strategieën werden door meer dan de helft van de mannen wel eens toegepast. Het vermijden dat de hiv-negatieve partner sperma in zijn mond krijgt was de meest toegepaste strategie. Zeven mannen zeggen ook nog iets anders te doen, namelijk opletten met bloed en wondjes, het gebruik van latex handschoenen, niet klaarkomen tijdens het neuken en regelmatige soa-controles.

Tabel 6.5. Risicoreductie strategieën van mannen in een serodiscordante relatie (N=46; %)

	Nooit	Soms	Altijd
<i>In de afgelopen 6 maanden</i>			
Ervoor gezorgd dat hiv-negatieve partner geen sperma in de mond kreeg	18,2	9,1	72,7
Anale seks vermeden	52,3	27,3	20,5
Een condoom gebruikt	31,1	22,2	46,7
Alleen onbeschermd anale seks gehad als de <i>viral load</i> van hiv-positieve partner ondetecteerbaar was	46,2	7,7	46,2
Alleen onbeschermd anale seks waarbij hiv-negatieve partner insertief was	38,1	28,6	33,3

Hiv-behandeling

Op één hiv-positieve respondent na gaf iedereen aan onder controle te zijn voor hiv. Vrijwel alle mannen waren onder controle bij een internist (92%), 41% zag daarnaast een hiv-consulent en 7% was onder controle bij een huisarts. 91% procent van de hiv-positieve respondenten gebruikte hiv-medicatie. Eén respondent had op het moment van het invullen van de vragenlijst een therapiepauze en twaalf respondenten gaven aan geen hiv-medicatie te gebruiken.

Van diegenen die hiv-medicatie gebruikten (N=130), was 33% hier binnen een maand na de hiv-diagnose mee gestart. Nagenoeg drie op de tien (29%) respondenten waren binnen 2 maanden tot een jaar begonnen met behandeling, 15% binnen 1 tot 2 jaar en 22% langer dan 2 jaar na de diagnose. Van de mannen die hiv-medicatie gebruikten, rapporteerde 89% een ondetecteerbare *viral load*. De mannen met hiv laten een hoge mate van therapietrouw zien. Een grote meerderheid (86%) gaf aan zijn medicatie altijd in de juiste dosis, op het juiste tijdstip en volgens de juiste voedingsregels te gebruiken en 12% deed dit meestal. Aan diegenen die geen hiv-medicatie gebruikten (N=13) is gevraagd naar de redenen hiervoor⁹. Bijna iedereen deed dit op advies van zijn arts (Tabel 6.6).

⁹ Vanwege het kleine aantal hiv-positieven dat geen hiv-remmers gebruikt, zijn in Tabel 6.6. geen percentages maar ruwe aantallen weergegeven.

Tabel 6.6. Redenen om geen hiv-medicatie te gebruiken, ruwe aantallen (n)

Mijn arts zegt dat ik op dit moment geen hiv-medicatie hoef te gebruiken	11
Om bijwerkingen te voorkomen	3
Ik vind het niet nodig	3
Ik wil niet elke dag aan hiv herinnerd worden	2
Om een andere reden	2
Ik ben bang voor de behandeling	1
Ik ben bang dat mensen zullen zien dat ik hiv-medicatie gebruik	0

N.B. Respondenten konden meerdere antwoorden geven

In Tabel 6.7 is de waardering weergegeven voor de professionals waar de hiv-positieve mannen onder behandeling zijn. Omdat slechts tien hiv-positieven onder behandeling waren bij de huisarts, wordt in deze tabel alleen de waardering voor de internist en de hiv-consulent(e) gepresenteerd. Nagenoeg alle hiv-positieven vonden dat zij goed, deskundig en respectvol werden behandeld. Dat hiv-positieven over het algemeen tevreden waren over de behandeling die zij ontvangen, blijkt ook uit de gegeven rapportcijfers. De internist en de hiv-consulent(e) waar men voor het laatst onder controle was, krijgen respectievelijk een 8,7 en een 8,8.

Tabel 6.7. Waardering voor de begeleiding van professionals (% minstens mee eens)

	De internist	De hiv-consulente
	N=132	N=59
Helpt mij goed	94,7	98,3
Is deskundig	95,5	98,3
Kan ik vertrouwen	94,7	96,6
Gaat respectvol met mij om	97,7	96,6
Is homo/lesbo/bi-vriendelijk	90,2	98,3

Seksuele problemen

In Tabel 6.8 wordt weergegeven welke seksuele problemen voorkomen onder mannen met hiv. Uit de tabel is af te lezen dat hiv-positieve mannen vaker dan hiv-negatieve en niet-geteste mannen aangeven een erectieprobleem te hebben. Opvallend bij orgasmeproblemen is dat hiv-positieve mannen moeilijker en minder vaak een orgasme krijgen, maar dit niet vaker als probleem ervaren ten opzichte van hiv-negatieve en niet-

geteste mannen. Eén op de vijf mannen met hiv had ten minste één seksueel probleem.

Tabel 6.8. Seksuele problemen, uitsplitsing naar hiv-status (%)

	Komt voor		Komt voor en is probleem	
	HIV-negatief of niet getest	HIV-positief	HIV-negatief of niet getest	HIV-positief
	N=2141	N=126	N=2141	N=126
Overmatig seksueel verlangen	2,4	4,8*		
(Bijna) nooit/(zeer) zwakke verlangens	0,7	1,6*	0,1	0,8*
Zwak tot zeer zwak gevoel van opwinding	1,6	2,4*	1,2	2,4*
Weinig verlangen of opwinding	2,2	3,2	1,3	2,4
Penis nooit of soms (lang genoeg) stijf	15,8	30,6 [△]	7,9	16,8 [△]
Vaak/altijd orgasme binnen een minuut	3,0	0,8*	1,7	0,8*
(Bijna) nooit of moeilijk een orgasme	8,4	21,0 [△]	3,7	4,8*
Pijn tijdens/na seks of zorgen over pijn	5,7	3,5	-	-
Minstens één seksueel probleem	-	-	16,0	19,8

[△] = hoger dan bij hiv-negatieve en niet-geteste mannen, $p < .05$, Cramer's $V < .10$

* Celvulling te klein om verschillen te kunnen toetsen

Hiv-gerelateerd stigma

Mannen met hiv geven aan dat zij regelmatig te maken krijgen met afwijzing of discriminatie vanwege hiv (zie Tabel 6.9). Hierdoor hebben ze bijvoorbeeld meer zorgen om open te zijn over hun hiv-status. Zo vermijdt 86% wel eens om aan anderen te vertellen dat ze hiv geïnfecteerd zijn. Acht op de tien heeft wel eens meegemaakt dat iemand geen seks met hem wilde hebben omdat hij hiv had en bijna negen op de tien mannen met hiv heeft wel eens iets pijnlijks of beledigends gelezen, gehoord of gezien in de media over mensen met hiv. Wanneer alle vormen van stigma bij elkaar worden genomen, hebben alle respondenten te maken gehad met één of meerdere vormen van stigma.

HOOFDSTUK 6

Tabel 6.9. Mate waarin hiv-positieven te maken krijgen met hiv-stigma in hun omgeving (N=143; %)

	Nooit	Soms/ regelmatig	Vaak/ altijd
Ik vermijd het om anderen, buiten mijn naaste familie, te vertellen dat ik hiv heb	14,3	32,1	53,6
Anderen vermijden of ontwijken mij als ze horen dat ik hiv heb	55,9	40,2	3,9
Anderen zeggen dat ik minder van het leven moet verwachten omdat ik hiv heb	74,1	24,1	1,9
Ik hoor anderen negatieve of beledigende dingen zeggen over mensen met hiv	31,3	61,9	6,7
Mensen die weten dat ik hiv heb behandelen mij eerlijk	3,5	11,8	83,6
In de media lees, zie of hoor ik pijnlijke of beledigende dingen over mensen met hiv	12,0	78,9	9,0
Ik maak me er zorgen over dat anderen negatief over me denken omdat ik hiv heb	48,1	35,9	16,0
Anderen willen geen seks met mij hebben als ze horen dat ik hiv heb	21,6	66,7	11,7

6.4 Samenvatting en conclusies

Bijna alle hiv-positieve mannen zijn seksueel actief. Hiv-positieve mannen zijn tevreden over de manier waarop ze seks hebben en hebben een positieve seksualiteitsbeleving. Hiv-positieve mannen hebben een iets positievere seksuele beleving dan hiv-negatieve of niet-geteste mannen. Van de respondenten had 75% in het half jaar voorafgaand aan het onderzoek met meer dan één partner seks. Vergeleken met de cijfers in hoofdstuk 3 over de totale groep homo- en biseksuele mannen zijn dat hoge percentages. Lang niet alle hiv-positieve mannen gebruikten condooms tijdens seks met hun partners. Onbeschermde anale seks met losse mannelijke partners was onder hiv-positieve mannen hoger dan onder hiv-negatieve en niet-geteste mannen (40%). Dit is overeenkomstig met de laatste Schorer Monitor (Van Empelen et al., 2011). Er zijn meerdere verklaringen mogelijk voor dit verschil tussen hiv-positieve MSM en andere MSM. Mogelijk zijn de meer seksueel actieve mannen ook degenen die meer risico hebben gelopen op hiv en verandert die leefstijl niet drastisch na de diagnose. Andersom zou het ook zo kunnen zijn dat hiv-positieve mannen meer seks gaan hebben en minder condooms gebruiken na de hiv diagnose, bijvoorbeeld omdat ze geen angst meer hebben om hiv op te lopen, of omdat zij door hiv-behandeling niet meer infectieus zijn. Op

basis van deze cross-sectionele survey zijn hierover echter geen uitspraken te doen.

Zowel het serosorteren, het *viral load* sorteren als het strategisch positioneren werd door een meerderheid van de mannen met hiv die in het afgelopen half jaar onbeschermd anale seks hadden met losse partners wel eens toegepast. Meer dan de helft van de mannen in een serodiscordante relatie gebruikten het *viral load* sorteren en strategisch positioneren als (aanvullende) strategie. In het algemeen blijken mannen per situatie in te schatten of er risico bestaat en aan de hand daarvan beslissen ze of ze al dan niet condooms gebruiken. Vaak blijken deze risico-inschattingen echter niet rationeel te zijn (Stall & Van Griensven, 2005). In het onderzoek van Zablotska et al. (2009) kon bijvoorbeeld 27% van de hiv-positieve MSM die serosorteerde beter omschreven worden als ‘*seroguessing*’, omdat zij eerder de hiv-status van hun partners dachten te kennen dan dat ze dit zeker wisten. Bovendien is bij de hierboven genoemde strategieën nog wel een kans op hiv-superinfectie of een infectie met een andere soa, wat nadelige consequenties voor de gezondheid kan hebben. Hier liggen kansen voor preventie, waarbij sterk de nadruk zou moeten liggen op informatie en onderlinge communicatie over het toepassen van diverse risicoreductie strategieën.

Bijna alle hiv-positieve mannen zijn onder behandeling voor hiv en ongeveer 90% van deze mannen heeft een ondetecteerbare *viral load*. Daarnaast zien we dat een meerderheid (62%) van de mannen binnen een jaar start met hun hiv-medicatie. Deze cijfers komen overeen met de cijfers van Stichting HIV Monitoring (Van Sighem et al., 2013). Het percentage mannen dat binnen een maand startte was in de huidige studie wel hoger, namelijk 33% versus 17%. Omdat *treatment as prevention* steeds belangrijker wordt in de hiv-preventie, blijft het monitoren van deze indicator essentieel. Ook geeft de overgrote meerderheid van de mannen met hiv in deze studie aan zich goed te houden aan de medicatievoorschriften. Met een goede therapietrouw blijft het virus bij de meeste hiv-positieven goed onder controle en wordt ook de *community viral load* verlaagd. Zo draagt een goede therapietrouw bij aan de collectieve preventie van hiv. Voor de hulpverlening is hierbij wel een punt van aandacht dat het gebruik van hiv-medicatie de kans op seksuele problemen kan vergroten. Bespreekbaar maken van seksuele problemen

ten gevolge van hiv-medicatie door hiv-behandelaren (en eventueel collega-artsen) is daarom belangrijk. De psychische aspecten hiervan kunnen bij hiv-consulenten aan bod komen. De mannen met hiv zijn erg tevreden over de zorg die zij ontvangen van de internist en hiv-consulent(e).

Alle mannen met hiv hebben te maken gehad met één of meerdere vormen van stigma. Stigmatisering en hoe hiermee om te gaan zou niet alleen binnen de hulpverlening besproken moeten worden. Ook in de algemene preventie kan aan de orde worden gesteld dat het tegengaan van afwijzing en uitsluiting niet alleen positieve uitkomsten heeft voor de hiv-positieven zelf, maar ook voor de gemeenschap als geheel. Zo blijkt uit hoofdstuk 5 dat hiv-negatieve MSM het serosorteren als strategie gebruiken om de kans op hiv te verminderen. Als hiv-positieve mannen door hiv-gerelateerd stigma minder openheid geven over hun hiv-status, werkt deze strategie niet.

Concluderend kan gesteld worden dat mannen met hiv een seksueel actieve groep is met een positieve seksuele beleving. Hoewel een groot deel van deze mannen niet consequent condooms gebruikt tijdens seks met mannen, is de kans op overdracht van hiv klein. Dit komt omdat veel van de seksueel actieve mannen in deze studie een ondetecteerbare *viral load* hebben, waarbij de kans op hiv-transmissie nihil is. Daarnaast worden veelvuldig andere risicoreductie strategieën toegepast. Punten waar blijvend aandacht voor nodig is, is de validiteit van verschillende risicoreductie strategieën, het bespreken van seksuele problemen binnen de hulpverlening en het hiv-gerelateerde stigma binnen de gemeenschap.

HOOFDSTUK 7

TESTEN OP HIV EN SOA BIJ MSM

Maaïke Goeneë, Charles Picavet en Bouko Bakker

7.1 Inleiding

Het beleid ten aanzien van het testen op hiv is het afgelopen decennium sterk veranderd. Eind jaren 80 was het officiële beleid ten aanzien van testen nog erg afhoudend. In principe vond men het tot die tijd niet nodig om te testen tenzij er klachten waren. Bij afwezigheid van effectieve behandeling voor hiv en hiv-gerelateerde klachten was het idee dat kennis van de eigen hiv-status alleen maar tot onzekerheid kon leiden, zonder enig ander voordeel. De introductie van combinatietherapieën in 1996 bracht hier verandering in. Vanaf die tijd gingen er stemmen op om actiever testbeleid te voeren (Van Kerkhof, 1999). Dit betekende dat risicogroepen, met name mannen die wisselende seksuele contacten met mannen hadden, steeds krachtiger werd aangeraden om zich regelmatig te laten testen. Eerst ging het om jaarlijks testen. Later werd dat ieder half jaar en sinds kort adviseert Soa Aids Nederland dat MSM met een verhoogd risico zich iedere drie tot zes maanden laten testen, zowel op hiv als andere soa. Hiv-positieve mannen krijgen al langer het advies zich iedere drie maanden op soa te laten controleren (Soa Aids Nederland, 2013a).

Pas de laatste jaren weten we zeker dat niet alleen de patiënt zelf baat heeft bij vroegtijdig behandelen, maar ook dat hierdoor hiv-transmissie voorkomen kan worden (Cohen et al., 2011). Een onbekende en onbehandelde hiv-infectie is makkelijker overdraagbaar, zeker wanneer het een acute hiv-infectie betreft. Naast regelmatig testen wordt vroegtijdige behandeling inmiddels dan ook gezien als strategie om de verdere overdracht van hiv te voorkomen. Deze *treatment as prevention* strategie kan een grote meerwaarde hebben voor de collectieve preventie (Cohen et al., 2011; Das et al., 2010; Montaner et al., 2010).

De meeste nieuwe hiv-infecties onder MSM worden veroorzaakt door mannen die niet weten dat zij geïnfecteerd zijn met hiv (Bezemer et al.,

2010). Naar schatting zijn ongeveer 14.000 MSM met hiv geïnfecteerd, waarvan 25-29% niet gediagnostiseerd en gekoppeld aan zorg (Van Sighem et al, 2013). Van de MSM die meededen in de laatste Schorer Monitor (Van Empelen, Van Berkel, Roos, & Zuilhof, 2011) had 22% zich nooit laten testen op hiv en meer dan de helft liet zich niet in het voorgaande jaar testen. In de Europese studie onder Nederlandse MSM had 21% zich nooit en 38% zich niet in het voorgaande jaar laten testen (The EMIS Network, 2013). De mannen die zich nooit laten testen op hiv lijken zich op een aantal punten te onderscheiden van de mannen die dit wel doen. Ten eerste zijn niet-geteste mannen vaak iets jonger, lager opgeleid en wonen in relatief kleinere woonplaatsen. Ten tweede zijn niet-geteste mannen minder open over hun homo- dan wel biseksuele voorkeur. Ten derde zijn niet-geteste mannen qua zelfprofilering vaker gericht op intimiteit en geborgenheid, bezoeken minder vaak sekslocaties, gebruiken minder vaak drugs en hebben een lagere seksuele tevredenheid. Deze mannen vertonen ook minder seksueel risicogedrag (Van Empelen et al., 2011).

Barrières voor hiv-testen doen zich op meerdere niveaus voor. Deblonde et al. (2010) onderscheidt het individuele niveau (een lage risicoperceptie, angst voor hiv, angst voor *disclosure*, beperkte toegang tot zorg), het niveau van de zorgverlener (risicogedrag en hiv niet ter sprake brengen en hiv-testen niet pro-actief aanbieden of patiënten doorverwijzen voor een hiv-test naar een andere instantie) en barrières op het structurele niveau (beleid, financiering). Een studie uit Schotland onder MSM laat zien dat na invoering van actiever testbeleid een aantal belemmeringen hardnekkig blijven, te weten: angst voor een positieve test, normen ten aanzien van hiv-testgedrag, ervaren voordelen van het hiv-testen niet zien en de negatieve attitude van hiv-negatieve en niet-geteste mannen ten aanzien van seks met hiv-positieve partners (Flowers, Knussen, Li, & McDaid, 2013). Ook uit de literatuurrivier van Smit (2012) naar hiv-gerelateerd stigma, blijkt dat negatieve sociale consequenties en discriminatie voor sommige mannen redenen zijn om zich niet te laten testen op hiv en af te zien van behandeling. Daarnaast worden bepaalde symptomen van seroconversie zowel door de patiënten als de gezondheidsprofessionals niet al zodanig herkend. Hierdoor kunnen hiv-positieven te laat in zorg komen voor behandeling van hun hiv-infectie (Sudarshi et al., 2008; Sullivan, Curtis, Sabin, & Johnson, 2005).

In 2011 had 76% van de MSM in de Schorer Monitor zich ooit laten testen op soa. De helft was in het voorgaande jaar nog getest, waarvan 40% in het voorgaande half jaar. Hiv-negatieve mannen die het halfjaarlijks testadvies opvolgen zijn vaker hoogopgeleid, alleenstaand, zoeker van seksdates via het internet, veel uren online, bezoeker van sekslocaties en regelmatig gebruiker van drugs (Van Empelen et al., 2011).

Traditioneel worden hiv- en soa-testen uitgevoerd door huisartsen of op soa-poliklinieken van GGD'en of ziekenhuizen. Van recenter datum is de mogelijkheid om een hiv- en soa-test online aan te vragen via TestLab van MantotMan. Deze voorziening is inmiddels operationeel in verschillende regio's (Soa Aids Nederland, 2013c). Daarnaast zijn er tal van zelftesten te koop via internet voor zowel soa als hiv. Soa Aids Nederland adviseert echter dat het beter is om naar de huisarts of GGD te gaan, omdat deze zelftesten van wisselende kwaliteit zijn, vaak minder betrouwbaar dan laboratoriumtests en omdat de bijgaande informatie meestal summier is (Pars & Van Bergen, 2013). Er worden ook andere methoden ontwikkeld om jezelf te kunnen testen op hiv. Zo is het inmiddels mogelijk om met behulp van een smartphone te testen of het hiv-virus in het bloed te vinden is (Mudanyali et al., 2012, Wang et al., 2014). Deze methode is alleen nog niet commercieel beschikbaar in Nederland.

Tegen verschillende virale soa zijn of worden vaccins ontwikkeld. Al sinds eind jaren 90 worden mensen die hoog risico lopen op een infectie met Hepatitis B gratis gevaccineerd. Hiertoe behoren ook MSM. Dit programma is succesvol en heeft geleid tot een reductie van het aantal nieuwe gevallen van hepatitis B (Van Rijckevorsel et al., 2013). Van de MSM uit de Schorer Monitor was bij 10% ooit Hepatitis B vastgesteld. Van de respondenten bij wie dit niet was vastgesteld, was 61% volledig gevaccineerd, 9% (nog) niet volledig en 30% was niet gevaccineerd (Van Empelen et al., 2011). In de EMIS studie had 59% van de Nederlandse MSM een volledige vaccinatie ontvangen (The EMIS Network, 2013). Voor hiv is er nog geen vaccin op de markt. Wel kan het risico op hiv-transmissie verkleint worden door medicatie voor of na een incident (gescheurd condoom) of onbeschermd seks. Dit wordt post-expositie profylaxe (PEP) genoemd als het incident al heeft plaatsgevonden en pre-expositie profylaxe (PrEP) wanneer het preventief wordt gebruikt. Van de MSM met een negatieve of onbekende hiv-status uit de Schorer Monitor wist 47%

zeker wat met PEP bedoeld werd en 19% enigszins. Ondanks dat PrEP goede perspectieven biedt voor hiv-preventie, is de benodigde medicatie in Nederland nog niet geregistreerd voor deze toepassing. Volgens de SeksHAG, NHG huisartsen gespecialiseerd in seksuele gezondheid, is bijvoorbeeld te weinig bekend over de effectiviteit van PrEP om het in Nederland in te voeren (Boeke & Heijnen, 2013). Binnen de Amsterdam Cohort Studie (ACS) van GGD Amsterdam onder homo- en biseksuele mannen (ook aangeduid met het 'homocohort') is gekeken naar de bekendheid met PrEP en bereidheid om PrEP te gaan gebruiken als dit op de markt zou worden gebracht (Bil, Davidovich, Van der Veldt, & Stolte, 2013). Van de hiv-negatieve MSM in deze studie was meer dan de helft (54%) bekend met PrEP, maar slechts 9% had de intentie op PrEP in de toekomst te gaan gebruiken. Vooral mannen met een hiv-positieve of niet-geteste partner en laag opgeleide mannen waren van plan om PrEP te gebruiken. Seksueel risico gedrag hing niet samen met deze intentie, wat suggereert dat juist de mannen voor wie het gebruik van PrEP van belang kan zijn, hier geen interesse in hebben.

In dit hoofdstuk worden de volgende vragen beantwoord:

- Wat is het percentage MSM dat zich heeft laten testen op hiv en andere soa dan hiv en hoe vaak gebeurt dit?
- Waar hebben MSM zich voor het laatst laten testen?
- Bij hoeveel MSM is hiv en/of een andere soa dan hiv vastgesteld?
- In hoeverre doen MSM aan partnerwaarschuwing wanneer hiv en/of soa is vastgesteld?
- Wat zijn redenen voor MSM om zich niet regelmatig te laten testen?
- Met welke factoren hangt het testen op hiv en soa in het afgelopen jaar samen?
- Hebben MSM de intentie om zich in de toekomst regelmatig te laten testen en waar zouden zij dit het liefst doen?
- Welk percentage MSM is gevaccineerd voor Hepatitis B?
- In hoeverre zijn MSM bekend met PEP, PrEP en de symptomen van een primo-infectie?

7.2 Methode

Steekproef

In hoofdstuk 1 zijn de procedure en de steekproef beschreven. Voor de analyses omtrent het testgedrag van MSM (hiv-test, soa-test, partnerwaarschuwing, intentie tot testen, Hepatitis B-vaccinatie, bekendheid met PEP en PrEP, primo-infecties) zijn uit de LHB panel steekproef de homo- en biseksuele mannen geselecteerd die in de afgelopen 6 maanden seks hadden met (tenminste) één mannelijke partner (N=883; 57% van alle homo- en biseksuele mannen). Hiervoor is gekozen, omdat het van belang is om dit gedrag te beschrijven voor een groep die niet op grond van seksueel gedrag is geworven. In hoofdstuk 5 is een overzicht te vinden van de demografische kenmerken van deze steekproef.

Om de power te vergroten zijn voor de regressie analyses naar de factoren die samenhangen met het al dan niet testen op hiv en soa in het afgelopen jaar naast de MSM uit de LHB panel steekproef (N=883) ook de MSM uit de aanvullend geworven steekproef meegenomen (N=1025). Voor het onderzoeken van samenhangen is het minder van belang dat de steekproef zo aselekt mogelijk geworven is.

Meetinstrument

Voor deze survey is een breed scala aan seksuele gezondheidsconcepten nagevraagd. Voor dit hoofdstuk zijn de volgende concepten meegenomen:

Testgedrag hiv- en soa-infecties. Het testgedrag op hiv en soa is apart uitgevraagd. Hiervoor werden wel grotendeels dezelfde vragen gesteld, waarbij het woordje ‘hiv’ steeds werd vervangen door ‘een andere soa dan hiv’. Allereerst werd gevraagd of de respondenten zich ooit hadden laten testen op hiv/een andere soa dan hiv (1=ja, 2=nee). Indien respondenten zich ooit hadden laten testen is gevraagd wanneer ze zich voor het laatst hadden laten testen (1=minder dan 3 maanden geleden, 4= langer dan 1 jaar geleden), waar ze dit hadden gedaan en of er ooit hiv en/of een andere soa was vastgesteld. Indien er ooit een andere soa dan hiv was vastgesteld, is gevraagd welke soa er in het afgelopen jaar waren gevonden. Met een open vraag is nagegaan hoe vaak men zich had laten testen in de afgelopen 12 maanden. Respondenten die zich niet of niet in het afgelopen jaar hadden laten testen, is gevraagd naar de reden

daarvoor (bijvoorbeeld: ‘Omdat ik bang ben voor een vervelende uitslag’). Aan mannen met een positieve hiv-diagnose is gevraagd hoeveel tijd er zat tussen de laatste hiv-negatieve test en de positieve test, of ze ooit waren onderzocht op hepatitis C en of hepatitis C ooit bij hen is vastgesteld.

Partnerwaarschuwing werd nagegaan bij de mannen bij wie ooit hiv en/of een andere soa dan hiv werd vastgesteld met de vraag ‘Toen u een soa bleek te hebben, heeft u toen uw sekspartners(s) gewaarschuwd?’ (1=nee, geen van de partners, 2=sommige partners, 3=alle partners). Diegenen die sommige of alle partners hadden gewaarschuwd is gevraagd naar de wijze waarop ze deze partners hebben geïnformeerd (bijvoorbeeld: ‘Deze sekspartner(s) zijn door een sociaal verloskundige gewaarschuwd’).

Intentie tot testen. Alle MSM kregen de vraag of ze van plan waren zich in de toekomst elk half jaar te laten testen op andere soa dan hiv (1=zeker niet, 5=zeker wel). De hiv-negatieve MSM kregen dezelfde vraag voor het testen op hiv en hen werd ook gevraagd waar ze zich het liefst zouden laten testen op hiv (bijvoorbeeld: ‘Via Test Lab op MantotMan.nl’).

Hepatitis B vaccinatie. MSM kregen allereerst de vraag of er ooit bij hen hepatitis B was vastgesteld (1=ja, 2=nee). Vervolgens konden ze aangeven of ze ooit gevaccineerd waren tegen hepatitis B (1=nee, 2=ja, maar (nog) niet volledig, 3=ja, volledig). Diegenen die niet waren gevaccineerd werd gevraagd of ze wel wisten dat ze zich in Nederland gratis konden laten vaccineren (1=ja, 2=nee).

Bekendheid met PEP. MSM is gevraagd of ze bekend waren met PEP (1=nee, 2=ja, maar nooit mee behandeld, 3=ja en ooit mee behandeld) en hoe ze bekend waren geraakt met PEP (bijvoorbeeld ‘Iemand met wie ik ooit onveilige seks heb gehad, heeft mij gewezen op PEP’). Mannen die ooit behandeld waren met PEP kregen vier stellingen voorgelegd (bijvoorbeeld ‘Het was makkelijk om te weten te komen waar je PEP kon krijgen’). Deze stellingen konden op een 5-puntsschaal beantwoord worden (1=helemaal mee eens, 5=helemaal niet mee eens).

PrEP. De bekendheid met PrEP is nagegaan met de vraag: ‘Bent u bekend met het idee om hiv-medicatie preventief aan te bieden aan personen die risicolopen, om de kans op een hiv-infectie te verkleinen?’ Vervolgens

werd gevraagd wat ze van het idee vonden (1=zeer onwenselijk, 5=zeer wenselijk) en of zijzelf overwogen om PrEP te gebruiken indien ze dit aangeboden kregen (1=zeer niet, 5=zeer wel).

Herkennen van primo-infecties is gevraagd aan hiv-negatieve en niet-geteste MSM met de vraag: ‘Als u griepverschijnselen heeft (zoals koorts, opgezette klieren, huiduitslag, pijnlijke keel, diarree en nachtelijk zweten), denkt u er dan wel eens aan dat dit kan wijzen op een acute hiv-infectie?’.

7.3 Resultaten

Testen op hiv

Zes op de tien MSM gaf aan ooit op hiv te zijn getest. Iets meer dan een kwart (26%) deed dit in het afgelopen jaar, waarvan 16% in de afgelopen 6 maanden. Bijna 1 op de 10 (9%) MSM liet zich in de voorgaande 12 maanden minstens 2 keer op hiv testen. Van degenen die ooit zijn getest (N=545), rapporteert 93% een hiv-negatieve status en 7% een hiv-positieve status (4% van alle MSM is hiv-positief). Dertien mannen wilden de uitslag van de laatste hiv-test niet geven en drie mannen zeggen wel te zijn getest, maar hun status (nog) niet te weten. Van de mannen met een hiv-negatieve uitslag is de meerderheid (57%) langer dan een 1 jaar geleden getest, 19% tussen de 6 en 12 maanden geleden en 25% in het afgelopen half jaar.

Tabel 7.1. Locaties waar MSM zich de laatste keer op hiv hebben laten testen (%)

	N=545
Via de huisarts	34,9
Via de soa-polikliniek van een GGD	37,2
Via de soa-polikliniek van een ziekenhuis	17,2
Via Out of the closet	0,3
Via Testlab op MantotMan.nl	1,8
Via een thuistest, gekocht op internet of drogist	0,6
Via bloedbank/bloeddonatie	0,8
Andere locatie	7,1

In Tabel 7.1 zijn de locaties weergegeven waar MSM zich voor het laatst lieten testen weergegeven. De meeste mannen werden getest door de

huisarts of bij soa-poliklinieken van een GGD of ziekenhuis. Bij de andere locaties werd bijvoorbeeld het ziekenhuis (niet soa-poli) genoemd waar MSM tijdens reguliere onderzoeken worden getest op hiv of men had zich laten testen in verband met een verzekering. Degenen die zich niet op hiv hebben laten testen in het afgelopen half jaar (74%) gaven daarvoor verschillende redenen (Tabel 7.2). De drie meest genoemde redenen waren: 1) geen enkel risico gelopen, 2) geen lichamelijke klachten hebben en 3) het komt er niet van.

Tabel 7.2. Redenen waarom MSM zich in het afgelopen jaar niet op hiv laten testen (%)

	N=626
Omdat het er niet van komt	19,4
Omdat ik geen (enkel) risico heb gelopen	72,2
Omdat ik nooit klachten heb	23,2
Omdat ik bang ben voor medisch onderzoek of prikken	2,8
Omdat ik bang ben voor een vervelende uitslag	4,9
Omdat ik niet met anderen over mijn seksleven wil praten	4,6
Door kosten of financiële gevolgen	1,5
Omdat ik niet weet waar ik mij kan laten testen	2,0
Een andere reden	1,4

N.B. Respondenten konden meerdere antwoorden geven

Om na te gaan welke factoren samenhangen met het al dan niet testen op hiv in het afgelopen jaar, is een binaire logistische regressie analyse uitgevoerd. Voor deze analyses zijn zowel MSM uit de LHB panel steekproef (N=833) als MSM uit de aanvullend geworven steekproef (N=1025) geïnccludeerd. Alleen hiv-positieve MSM niet meegenomen in de analyses, omdat het onbekend was welke MSM hun hiv-positieve status in het afgelopen jaar te horen kregen.

Met behulp van bivariate en multivariate regressie analyses is nagegaan of leeftijd, opleiding, seksuele oriëntatie, relatiestatus, zichtbaarheid van de seksuele oriëntatie, psychische gezondheid, eigenwaarde, lichamelijke gezondheid, spanning zoeken, positieve seksbeleving, aantal sekspartners, onbeschermd seks met losse partners, sociale norm ten aanzien van testen en attitude ten aanzien van testen samenhangen met het testen op hiv in het afgelopen jaar. Voor een beschrijving van de concepten die in deze analyses zijn meegenomen zie bijlage 3.

In Tabel 7.3 zijn zowel de uitkomsten van bivariate analyses als een multivariate analyse weergegeven. In de bivariate analyse is te zien welk van de factoren afzonderlijk van elkaar met de uitkomstmaat samenhangt. Dit levert vooral informatie op over risicogroepen. Met behulp van de multivariate analyse kunnen we zien welk van deze factoren er overblijven na controle voor elkaar. Het toont als het ware welke factor het sterkst of meest proximaal met de uitkomstmaat samenhangt.

MSM die zich in het afgelopen jaar op hiv hebben laten testen onderscheiden zich door een aantal kenmerken. Op lichamelijke gezondheid, eigenwaarde en opleidingsniveau na hingen alle onderzochte factoren bivariaat samen met testgedrag. In de multivariate analyse bleken de sociale norm en een positieve attitude ten aanzien van testen het sterkst samen te hangen met het testen op hiv in het afgelopen half jaar. In totaal verklaarden de variabelen in het model 32% van het testen op hiv in het afgelopen jaar.

Van de niet-geteste MSM en de MSM met een hiv-negatieve status (N=825) was een klein deel (14%) van plan zich in de toekomst elk half jaar op hiv te laten testen. Diegenen die zich het afgelopen jaar lieten testen, waren ook vaker van plan dit in de toekomst te doen dan diegenen die dit niet hadden gedaan (46% versus 4%; ($\chi^2(1, N=825) = 236,94, p < .001$, Cramer's $V=.51$). Op de vraag waar men zich dan elk jaar het liefst zou willen laten testen antwoordde 53% een soa-poli van de GGD of ziekenhuis, 33% bij de huisarts, 10% via een thuistest (verkregen via het internet), 3% via het testlab MantotMan. Drie mannen noemden *Out of the Closet* en veertien mannen een andere locatie zoals de sauna, het 'homocohort' van GGD Amsterdam, of de locatie maakte niet uit als het maar een anonieme en makkelijke plek is om te testen.

Tabel 7.3. Factoren die samenhangen met testen op hiv in het afgelopen jaar (N=1754)

	Bivariaat		Multivariaat	
	OR (95% CI)		OR (95% CI)	
Biseksuele oriëntatie (vergeleken met homo)	0.61 (0.49 - 0.76)	***	0.82 (0.60 - 1.11)	
Leeftijd (in jaren)	0.99 (0.98 - 0.99)	***	0.99 (0.98 - 1.00)	**
Hoog opleidingsniveau	1.03 (0.85 - 1.24)		1.17 (0.92 - 1.48)	
Heeft vaste relatie	0.55 (0.46 - 0.67)	***	0.83 (0.65 - 1.06)	
Zichtbaarheid	1.42 (1.26 - 1.59)	***	1.23 (1.05 - 1.44)	*
Psychische gezondheid	0.78 (0.69 - 0.89)	***	0.86 (0.69 - 1.06)	
Eigenwaarde	0.96 (0.83 - 1.10)		0.95 (0.76 - 1.20)	
Lichamelijke gezondheid	1.11 (0.97 - 1.27)		0.99 (0.83 - 1.18)	
Spanning zoeken	1.56 (1.35 - 1.80)	***	0.96 (0.79 - 1.16)	
Positieve seksbeleving	1.35 (1.15 - 1.58)	***	1.11 (0.89 - 1.38)	
Aantal sekspartners ¹	1.27 (1.23 - 1.31)	***	1.23 (1.18 - 1.29)	***
Onbeschermde seks met losse partners	2.45 (1.96 - 3.06)	***	1.03 (0.77 - 1.38)	
Positieve sociale norm t.a.v. testen	2.58 (2.29 - 2.90)	***	1.75 (1.51 - 2.02)	***
Positieve attitude t.a.v. testen	2.90 (2.46 - 3.42)	***	1.82 (1.48 - 2.23)	***
R ² / Nagelkerke R ²			.32	

* = p<.05; ** = p<.01; *** = p<.001

¹ Continue variabele; 1=1 partner, 9=9 of meer partners

Eén op de tien (11%) hiv-negatieve of niet-geteste MSM was zich ervan bewust dat griepverschijnselen (zoals koorts, opgezetten klieren, nachtelijke zweten) kunnen wijzen op een primo-infectie. Wederom waren diegenen die zich hiervan bewust waren vaker op hiv getest in het afgelopen jaar (25% versus 6%; $\chi^2(1, N=825) = 61,08, p < .001$, Cramer's $V=.27$).

Positief getest op hiv

Voor een groot deel (42%) van de hiv-positieven was de eerste hiv-test ook de test waaruit de hiv-positieve status bleek. Bij een kwart (26%) van de hiv-positieven zat een half jaar tussen de laatste hiv-negatieve uitslag en de hiv-positieve uitslag, bij 6% was dit tussen de 6 en 12 maanden en bij 26% zat er meer dan een jaar tussen. Aan de hiv-positieven mannen is gevraagd of zij hun sekspartners hebben gewaarschuwd toen zij hiv-positief bleken. Vijfenvierzig procent had al hun partners gewaarschuwd, 40% sommige partners wel en andere niet en 15% waarschuwde geen enkele partner. Bijna alle mannen (92%) brachten hun partners zelf op de

hoogte en 8% deed dit (ook) via een sociaal verpleegkundige. Geen van de mannen informeerde zijn partners via de huisarts of speciale website zoals suggestatest.nl of gay.nl. Een meerderheid (87%) van de mannen met hiv is ook op hepatitis C getest. Van diegenen die hierop zijn getest (N=36) is bij vier mannen hepatitis C vastgesteld.

Testen op soa

Iets meer dan de helft van de MSM (55%) had ooit een soa-test gedaan. Een kwart zei in het afgelopen jaar op soa te zijn getest, waarvan 15% in de afgelopen zes maanden. Ongeveer één op de twaalf MSM (9%) had zich in het afgelopen jaar minimaal twee keer laten testen op andere soa dan hiv. De laatste keer dat men zich had laten testen, deed men dit meestal via de soa-poli van de GGD (42%), de huisarts (32%) en de soa-kliniek van het ziekenhuis (18%). Elf mannen (2%) lieten zich testen op soa via een testlab van MantotMan en twee mannen via een thuistest (1%). De overige mannen (6%, N=28) ondergingen een soa-test bij een andere medisch specialist (zoals uroloog, dermatoloog of internist) of lieten zich testen in het kader van een (cohort) onderzoek.

Bij 23% van de geteste MSM was ooit een soa vastgesteld en 4% had een soa in het afgelopen jaar. Bij hiv-positieve MSM werd vaker ooit een soa vastgesteld dan onder hiv-negatieve of niet-geteste MSM (78% versus 20%; (χ^2 (1, N=865) = 69,34, $p < .001$, Cramer's V=.28). Met betrekking tot het aantal soa-diagnoses in het afgelopen half jaar werden geen significant verschil gevonden tussen deze twee groepen (8% versus 3%). In Tabel 7.4 zijn de gevonden soa weergegeven. Chlamydia, syfilis en gonorroe werden het vaakst vastgesteld.

Tabel 7.4. Soa-diagnoses in het afgelopen jaar (%)

	Van alle MSM die zich lieten testen in het afgelopen jaar	Van alle MSM met één of meer soa
	N=206	N=30
Chlamydia	5,9	42,0
Syfilis	4,6	32,8
Gonorroë	3,3	23,4
Genitale herpes	0,0	0,0
Genitale wratten	0,9	6,6
LVG	0,4	2,6
Een andere soa ¹	0,7	4,7

N.B. Respondenten konden meerdere antwoorden geven

¹ 1 respondent rapporteert een hepatitis B-diagnose en 1 respondent een hepatitis C-diagnose

Een meerderheid (55%) van de mannen bij wie ooit een soa werd gediagnostiseerd, had al hun partners gewaarschuwd. Ongeveer één op de vijf (19%) deed dit bij sommige partners en 26% waarschuwde niemand. Als MSM waarschuwden, waarschuwden zij hun partners bijna allemaal zelf (98%). Zeven mannen schakelden een sociaal verpleegkundige in en één man deed dit via een speciale website (bijvoorbeeld suggestatest.nl).

MSM die zich in het afgelopen jaar niet lieten testen op soa (75%), deden dit vooral omdat zij geen risico op soa hadden gelopen. Voor een derde was het ontbreken van lichamelijke klachten een reden om zich niet te laten testen en 17% zegt dat het er gewoon niet van kwam (Tabel 7.5).

Tabel 7.5. Redenen waarom MSM zich niet op andere soa dan hiv hebben laten testen (%).

	N=672
Omdat het er niet van komt	16,8
Omdat ik geen (enkel) risico heb gelopen	67,6
Omdat ik nooit klachten heb	35,2
Omdat ik bang ben voor medisch onderzoek of prikken	3,8
Omdat ik bang ben voor een vervelende uitslag	3,6
Omdat ik niet met anderen over mijn seksleven wil praten	4,3
Door kosten of financiële gevolgen	1,2
Omdat ik niet weet waar ik mij kan laten testen	1,3
Een andere reden	1,1

N.B. Respondenten konden meerdere antwoorden geven

Ook voor het testen op soa in het afgelopen jaar is gekeken welke factoren hier van invloed op zijn. In de analyses zijn dezelfde onafhankelijke variabelen meegenomen als bij de regressie analyses naar het testen op hiv in het afgelopen half jaar. In Tabel 7.6 zijn de uitkomsten van de bivariate en multivariate analyses weergegeven. De resultaten waren vrijwel hetzelfde als ten aanzien van hiv-testen. Ook op soa lieten in de multivariate analyse vooral degenen zich testen die positiever dachten over testen (attitude) en die dachten dat hun omgeving er ook positiever over was (sociale norm). Het multivariate model verklaarde 39% van de totale variantie ten aanzien van testen op soa in het afgelopen half jaar.

Tabel 7.6. Factoren die samenhangen met testen op soa in het afgelopen jaar (N=1754)

	Bivariaat	Multivariaat
	OR (95% BI)	OR (95% BI)
Biseksuele oriëntatie (vergeleken met homo)	0.65 (0.52 - 0.80)***	0.91 (0.67 - 1.25)
Leeftijd (in jaren)	0.98 (0.98 - 0.99)***	0.97 (0.97 - 0.98)***
Hoog opleidingsniveau	1.15 (0.95 - 1.38)	1.37 (1.07 - 1.76)*
Een vaste relatie	0.49 (0.41 - 0.60)***	0.75 (0.58 - 0.97)*
Zichtbaarheid	1.36 (1.22 - 1.52)***	1.14 (0.97 - 1.34)
Psychische gezondheid	0.79 (0.69 - 0.90)***	0.84 (0.68 - 1.05)
Eigenwaarde	1.04 (0.90 - 1.20)	1.09 (0.85 - 1.39)
Lichamelijke gezondheid	1.15 (1.01 - 1.32)*	0.97 (0.80 - 1.17)
Spanning zoeken	1.67 (1.44 - 1.93)***	0.94 (0.77 - 1.14)
Positieve seksbeleving	1.49 (1.27 - 1.75)***	1.25 (1.00 - 1.57)
Aantal sekspartners ¹	1.33 (1.29 - 1.38)***	1.29 (1.23 - 1.35)***
Onbeschermd seks met losse partners	3.51 (2.80 - 4.41)***	1.47 (1.09 - 1.99)*
Positieve sociale norm t.a.v. testen	2.78 (2.46 - 3.14)***	1.97 (1.70 - 2.29)***
Positieve attitude t.a.v. testen	2.96 (2.51 - 3.49)***	1.66 (1.35 - 2.05)***
R ² / Nagelkerke R ²		.39

* = p<.05; ** = p<.01; *** = p<.001

¹ Continue variabele; 1=1 partner, 9=9 of meer partners

Van alle MSM was 16% van plan zich in de toekomst elk half jaar te laten testen op soa. Eén op de vijf (22%) wist niet zeker of hij dit ging doen en 62% was dit (zeker) niet van plan. Wederom gold dat MSM die het afgelopen jaar waren getest op soa ook vaker de intentie hadden om zich in de toekomst regelmatig te laten testen, vergeleken met diegenen die geen soa-test lieten uitvoeren afgelopen jaar (50% versus 4%; (χ^2 (1,

$N=883$) = 264,47, $p < .001$, Cramer's $V=.54$). Daarnaast bleek ook een samenhang met de hiv-status. Hiv-positieve MSM hebben vaker de intentie om zich regelmatig te laten testen op soa dan hiv-negatieve en niet-geteste MSM (46% versus 14%; χ^2 (1, $N=867$) = 28,56, $p < .001$, Cramer's $V=.18$).

Tot slot is aan alle MSM gevraagd in hoeverre zij vinden dat zij verantwoordelijk zijn voor de beperking van de verspreiding van soa en hiv. Een ruime meerderheid (88%) was het (helemaal) eens met de stelling dat iedereen verantwoordelijk is om zichzelf te beschermen tegen soa en hiv en 86% was het (helemaal) eens met de stelling dat iedereen verantwoordelijk is om zijn sekspartners te beschermen tegen soa en hiv.

Hepatitis B

Bij 8% van de MSM was ooit hepatitis B vastgesteld. Meer dan de helft (52%) van de mannen was volledig gevaccineerd voor hepatitis B, 7% deels en 28% was niet gevaccineerd. Veertien procent wist dit niet van zichzelf. Van degenen die nog niet gevaccineerd waren voor hepatitis B, was een aanzienlijk deel (46%) er niet van op de hoogte dat deze vaccinatie voor hen gratis te verkrijgen is.

PEP en PrEP

Aan alle MSM is gevraagd of zij bekend zijn met PEP als preventieve medische behandeling die zeer snel moet worden gestart na onbeschermd (anale) seks met een hiv-positieve partner. Meer dan de helft van de MSM (55%) had hier nog nooit iets over gehoord, 44% wist wel wat PEP was maar was er zelf nooit mee behandeld en 1% ($N=8$)¹⁰ was er zelf wel eens mee behandeld. Van degenen die wisten wat PEP was, was een grote meerderheid met PEP bekend geworden door het lezen van informatie op het internet, een folder of in een gay magazine (Tabel 7.7). Eén op de tien MSM was door een professional op PEP gewezen.

¹⁰ Van de acht mannen die ooit een PEP behandeling hebben ondergaan, vonden 7 mannen het makkelijk om erachter te komen waar PEP verkrijgbaar was, 6 mannen vonden het makkelijk om aan PEP te komen en 5 mannen kregen goed advies over de voor- en nadelen van PEP. Vier mannen vonden de PEP-behandeling zwaar.

Tabel 7.7. Wijze waarop MSM met PEP bekend zijn geraakt (%)

	N=376
Zelf iets gelezen over PEP op internet, een folder of gay magazine	79,6
Een soa-arts of verpleegkundige heeft op PEP gewezen	11,1
Vrienden hebben op PEP gewezen	7,4
Via werk of studie	4,7
Op een andere manier bekend geraakt met PEP	2,6
Iemand met wie men onveilige seks had, heeft op PEP gewezen	0,4

N.B. Respondenten konden meerdere antwoorden geven

Naast PEP werd aan alle hiv-negatieve en niet-geteste MSM (N=825) voorgelegd wat zij van het idee vonden om MSM hiv-medicatie preventief aan te bieden om zo de kans op een hiv-infectie te verkleinen onder personen die risico lopen door onveilige anale seks, beter bekend als PrEP. Een klein deel (15%) van deze mannen is bekend met dit idee. Iets minder dan de helft (45%) vond het wenselijk om hiv-medicatie preventief aan te bieden, 31% vond dit idee niet onwenselijk maar ook niet wenselijk en de overige 24% vond dit (zeer) onwenselijk. Eén op de vijf (22%) zou het preventief gebruik van hiv-medicatie overwegen als hen dit werd aangeboden, 28% wist niet of ze dit zouden gebruiken en 51% zou (zeer) geen gebruik maken van dit aanbod.

7.4 Samenvatting en conclusies

Iets minder dan de helft van de groep MSM heeft zich nog nooit op hiv (40%) of soa (45%) laten testen. Voor meer dan de helft van degenen die zich ooit hebben laten testen was de laatste keer meer dan een jaar geleden. Het testadvies was tot nu toe dat alle MSM zich ieder half jaar zouden moeten laten testen op zowel hiv als soa. Een klein deel van de mannen heeft zich in de afgelopen zes maanden op soa of hiv laten testen, namelijk tussen de 9 en 15%. Nu het advies verder wordt aangescherpt voor MSM met een verhoogd risico en hen mogelijk wordt aangeraden zich iedere drie maanden te laten testen, wordt het gat tussen het advies en de praktijk groter. Dit is zorgelijk, omdat een deel van de niet (recent) geteste MSM weldegelijk risico heeft gelopen op een hiv- of soa-infectie. Het is hierbij echter wel de vraag of het oproepen van alle MSM zich regelmatig te laten testen de aangewezen weg is en er niet meer gedifferentieerd kan worden naar de groepen die een verhoogd risico lopen. Er is extra aandacht nodig voor het motiveren van diegenen die zich

niet in het afgelopen jaar (of nog nooit) hebben laten testen. Mede omdat dit ook de mannen zijn die zeggen dit in de toekomst ook niet te zullen doen. Wellicht zijn dit juist de mannen die weliswaar minder seksueel actief zijn, toch risico lopen, maar niet worden bereikt met de bestaande kanalen zoals MantotMan.nl en outreach activiteiten bijvoorbeeld op Roze Zaterdag, en bij gay festivals.

Voor een deel van de MSM is de afwezigheid van lichamelijke klachten reden om geen test op hiv (23%) of soa (35%) te laten doen. Dit is niet terecht omdat soa ook kunnen voorkomen zonder fysieke symptomen. Daarnaast is ook maar 1 op de 10 MSM bedacht op symptomen van primo-infecties met hiv. Zo'n 70% van degenen die zich het afgelopen jaar niet hebben laten testen geeft aan dat de reden daarvoor was dat zij geen enkel risico hebben gelopen. Voor sommige MSM zal dit een valide gedachte zijn, omdat zij bijvoorbeeld een monogame vaste relatie hebben of consequent valide risicoreductie strategieën toepassen. Anderen zullen wellicht hun risico te laag inschatten, doordat zij minder valide risicoreductie strategieën hebben gebruikt.

Interventies gericht op het stimuleren van testen zouden aandacht kunnen besteden aan de individuele voordelen van testen, het kennen van de actuele hiv-status en het vroegtijdig behandelen van een hiv-infectie. Daarnaast zou er aandacht moeten zijn voor verder voorkomen van hiv-gerelateerd stigma, zodat dit geen barrière hoeft te zijn. Hierbij kan de lage infectieusiteit van hiv-positieven met een ondetecteerbare *viral load* beter worden belicht. Juist in het kader van de hiv-transmissie zou meer de nadruk kunnen liggen op diegenen die zich niet met regelmaat laten testen. Testen op zowel hiv als soa lijken vooral samen te hangen met attitudes ten aanzien van het testen en welke sociale norm men ervaart. Dit zijn factoren die door, in samenspraak met de doelgroep zelf, op te zetten activiteiten te beïnvloeden zijn. Bij het opzetten van deze activiteiten is het tevens belangrijk oog te hebben voor de mensen met bepaalde persoonlijkheidskenmerken, zoals narcisme en een hogere behoefte aan spanning, waarbij de nadruk op normen juist weer contraproductieve reacties kan oproepen (Smit, 2010).

Degenen die zich wel laten testen, gaan daar meestal voor naar de traditionele testsites; de huisarts of een soa-polikliniek. GGD poliklinieken

worden het meest genoemd als plek waar men naartoe gaat. Men gaat vermoedelijk liever naar een anonieme plek dan naar de eigen huisarts. Hoewel over de jaren heen door de huisarts wel meer wordt getest en gepraat over hiv, blijkt nog steeds winst te behalen door een actiever testbeleid en een open communicatie over de seksuele gezondheid (Donker, Dorsman, Spreeuwenberg, Van den Broek, & Van Bergen, 2013). Wanneer seksuele gezondheid en hiv-testen een prominentere plaats zouden krijgen binnen de eerste lijn, wordt wellicht een andere groep bereikt dan diegenen die nu al uit zichzelf naar de soa-poli of huisarts stappen. Daarnaast zou het testen ook gemakkelijker kunnen worden door nog meer in te zetten op het outreach testen, waarbij bijvoorbeeld in sekslocaties hiv- en soa-testen worden aangeboden. Zelftesten worden nu nog sporadisch gebruikt. Wanneer gevraagd wordt waar men zich in de toekomst het liefst op hiv zou laten testen, zegt echter ongeveer 10% het liefst een zelftest te doen. Dit zou kunnen betekenen dat de rol van thuistesten de komende jaren groter gaat worden, mits deze dan voldoende betrouwbaar zijn.

PEP is bij iets minder dan de helft van de MSM bekend en is door een enkeling ooit gebruikt. De MSM uit de Schorer Monitor, een seksueel actievere groep, waren iets beter geïnformeerd; 66% was (enigszins) bekend met PEP (Van Empelen et al., 2011). Waarschijnlijk hebben we in de huidige survey een groep geïnccludeerd die minder risico loopt en daardoor minder op de hoogte is van deze mogelijkheid. Omdat PEP de kans op overdracht van hiv sterk vermindert als risico is gelopen, zou het goed zijn als dit beter bekend zou zijn bij groepen die meer risico lopen. Artsen en andere zorgverleners zouden hier een rol in kunnen spelen, omdat slechts weinig mannen zeggen door hun arts op deze mogelijkheid gewezen te zijn. PrEP is nog onbekender. Toch vindt bijna de helft van de MSM het wenselijk dat PrEP beschikbaar komt en één op de vijf mannen zou het gebruiken van PrEP daadwerkelijk overwegen. Voordat PrEP op de Nederlandse markt wordt gebracht, is het wenselijk om goed te bekijken welke groepen hiervoor in aanmerking komen en onder welke voorwaarden.

HOOFDSTUK 8

SEKSUEEL GEWELD EN GRENSOVERSCHRIJDING

Stans de Haas

8.1 Inleiding

Prevalentie van seksueel geweld: eerder onderzoek

In de afgelopen decennia is duidelijk geworden dat seksueel geweld vaak voorkomt. Een exact cijfer is moeilijk te geven, omdat de gevonden percentages variëren tussen verschillende onderzoeken, onder andere afhankelijk van de gebruikte onderzoeksmethode (voor een overzicht zie bijvoorbeeld Krahé, Tomaszewska, Kuiper, & Vanwesenbeeck, 2014; en Vanwesenbeeck, 2008). Uit de meest recente meting van *Seksuele Gezondheid in Nederland* die periodiek wordt uitgevoerd door Rutgers WPF bleek dat 11% van de mannen en 31% van de vrouwen tussen de 15 en 25 jaar ooit in zijn of haar leven een vorm van seksueel geweld had meegemaakt (uiteenlopend van gezoend worden tegen de wil tot gedwongen geslachtsgemeenschap). Bij mannen en vrouwen tussen de 25 en 70 jaar was dit respectievelijk 13% en 42% (De Haas, 2012). Lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuele mannen en vrouwen en mensen met transgender gevoelens waren ook in deze steekproef vertegenwoordigd. Seksueel geweld bleek vaker voor te komen onder homo- en biseksuele mannen dan onder heteroseksuele mannen. Bij biseksuele vrouwen (maar niet bij lesbische vrouwen) was het percentage dat seksueel geweld had meegemaakt ook hoger dan bij heteroseksuele vrouwen. Ook mensen met transgendergevoelens hadden vaker seksueel geweld meegemaakt in vergelijking met niet-transgenders (Rutgers WPF, 2013). Deze inzichten zijn echter gebaseerd op een kleine groep LHBT, waardoor er geen uitspraken gedaan kunnen worden over de aard van het seksuele geweld. Zo is bijvoorbeeld uit eerder onderzoek gebleken dat 30% van de mannen die in hun jeugd zijn misbruikt, na hun 16^{de} jaar nogmaals seksueel geweld meemaken. Bij vrouwen was dit 50%. Zowel mannen als vrouwen lopen dus een substantieel risico op revictimizatie (De Haas, Van Berlo, Bakker, & Vanwesenbeeck, 2012). Voor de LHBT-groep zijn dit soort cijfers over de aard van het seksuele geweld nog niet beschikbaar.

Buitenlands onderzoek laat ook zien dat seksueel geweld vaak voorkomt onder mensen uit de LHBT-groep. Zo bleek uit een meta-analyse van 17 studies dat seksueel misbruik vaker voorkomt onder jongeren die tot een seksuele minderheid behoren dan onder jongeren die niet tot die minderheid behoren (Friedman et al., 2011). Ook volwassen mannen en vrouwen bleken extra kwetsbaar te zijn. Uit een review van 75 studies bleek dat seksueel geweld vaker voorkomt onder homo- en biseksuele mannen en lesbische en biseksuele vrouwen dan onder heteroseksuele mannen en vrouwen (Rothman, Exner, & Baughman, 2013). Recentelijk deed het Europese Agentschap voor de Grondrechten (2014) onderzoek naar geweld tegen vrouwen. In totaal hebben 42.000 vrouwen uit 28 Europese landen deelgenomen aan dit onderzoek. Het bleek dat vrouwen die zichzelf zagen als lesbisch of biseksueel vaker een vorm van fysiek of seksueel geweld hebben meegemaakt dan heteroseksuele vrouwen. Dit gold voor zowel geweld dat door een partner is gepleegd als voor geweld door iemand anders dan de partner. Een review van studies onder transgenders liet zien dat ook zij een verhoogde kwetsbaarheid hebben voor seksueel geweld (Stotzer, 2009).

Eerder onderzoek naar samenhangen met seksueel geweld

Eerder Nederlands onderzoek liet zien dat het hebben van relatief veel sekspartners, single zijn, lager opgeleid zijn en minderheidsstress (te maken hebben gehad met negatieve reacties ten aanzien van de seksuele oriëntatie) samenhangen met het meemaken van seksueel geweld bij biseksuele vrouwen. Uit hetzelfde onderzoek bleek dat bij homo- en biseksuele mannen het hebben van relatief veel sekspartners en te maken hebben gehad met negatieve reacties samenhangen met het meemaken van seksueel geweld (Kuyper & Vanwesenbeeck, 2011). In een Duits onderzoek werd gevonden dat het meemaken van seksueel geweld bij vrouwen met biseksuele contacten samenhangt met het aantal sekspartners (Krahé & Berger, 2013). Uit een ander Duits onderzoek onder homoseksuele mannen bleek dat mannen die seksueel misbruik in de jeugd hadden meegemaakt, die veel seksuele partners hadden of die geld betaalden of ontvingen voor seks relatief vaak seksueel geweld meemaakten (Krahé, Scheinberger-Olwig, & Schütze, 2001).

De richting van deze verbanden is echter nog niet duidelijk. Het zou kunnen dat deze factoren kwetsbaarder maken voor seksueel geweld, maar

het kunnen ook gevolgen van geweld zijn. Er zijn wel aanwijzingen dat gender non-conformiteit kwetsbaarder maakt voor het meemaken van seksueel geweld. Volgens veel transgenders die seksueel geweld hebben meegemaakt, deed de pleger dit vanwege hun (manier van uiten van hun) genderidentiteit (Stotzer, 2009).

Minderheidsstress lijkt ook nog op een andere manier een rol te spelen bij seksueel geweld. Eerder onderzoek liet zien dat LHBT-slachtoffers meer last hebben van acute stress en angst na seksueel geweld dan heteroseksuele slachtoffers (Cramer, McNiel, Holley, Shumway, & Boccellari, 2012). Dit komt mogelijk door de gecombineerde invloed van seksueel geweld en minderheidsstress (Gold, Dickstein, Marx & Lexington, 2009; Gold, Marx & Lexington, 2007). Mogelijk zijn de gevolgen van seksueel geweld dus ernstiger voor LHBT dan voor mensen die niet tot deze doelgroep behoren. Bekende gevolgen van seksueel geweld zijn een minder goede psychische en lichamelijke gezondheid, seksuele problemen (Van Berlo & Mooren, 2009) en een verminderde maatschappelijke participatie, zoals schooluitval, ziekteverzuim en werkloosheid (Vanwesenbeeck, 2008).

Huidige studie

De aard en omvang van seksueel geweld wordt in deze studie in kaart gebracht voor LHBT in Nederland. Hierbij zijn de volgende vragen leidend:

- Hoe vaak komt seksueel geweld voor onder LHBT in Nederland?
- Hoe vaak komt revictimizatie voor in deze populatie?
- Wat is de aard van dit geweld?
- Wat zijn de kenmerken van slachtoffers en plegers?
- Hoeveel procent van de slachtoffers zoekt professionele hulp en hoe tevreden zijn zij hierover?
- Hoeveel procent van de slachtoffers doet aangifte?
- Met welke factoren hangt het meemaken van seksueel geweld samen?

Meer inzicht in de aard en omvang van seksueel geweld onder LHBT is noodzakelijk, omdat onderzoek naar seksueel geweld in Nederland tot nu toe alleen onder een kleine LHBT-groep is gedaan. In het huidige onderzoek is specifiek geworven in de doelgroep LHBT. Hierdoor kan gericht worden gekeken naar de aard en omvang van seksueel geweld en naar de hulpbehoefte in deze groep. Daarnaast wordt in deze studie onderzocht of samenhangen die in eerder onderzoek zijn gevonden ook

gevonden worden in de huidige steekproef. Dit biedt essentiële aanknopingspunten voor preventie en behandeling van slachtoffers van seksueel geweld. Aan het einde van dit hoofdstuk worden hierover aanbevelingen gedaan.

8.2 Methode

Definitie van seksueel geweld

Bij de term ‘seksueel geweld’ wordt soms alleen gedacht aan verkrachting met fysiek geweld, maar de term seksueel geweld is veel breder dan dat. Seksueel geweld bestaat uit alle seksuele gedragingen of toenaderingen die de grenzen van het slachtoffer overschrijden, zoals aanranding, verkrachting, seksuele mishandeling, seksuele intimidatie, incest en seksueel misbruik. Seksueel geweld kan al dan niet fysiek zijn. Een voorbeeld van niet-fysiek seksueel geweld is het maken van seksueel kwetsende opmerkingen. In dit hoofdstuk wordt dit seksueel grensoverschrijdend gedrag genoemd. Ongewenste seksuele aanrakingen en zoenen tegen iemands wil worden in dit hoofdstuk ook onder de noemer grensoverschrijding geplaatst. Bij fysiek seksueel geweld moet het slachtoffer zonder toestemming of onder dwang seksuele handelingen ondergaan of uitvoeren. Toestemming betekent dat er sprake is van instemming met het volle bewustzijn, zonder verwarring of misverstand en met besef van de consequenties van het gedrag. Bij dwang gaat het om alle situaties waarin het slachtoffer niet kan weigeren of zich niet aan de situatie kan onttrekken of situaties waarin geen sprake is van vrijwilligheid. Bijvoorbeeld omdat er sprake is van bedreiging, lichamelijk geweld of verbale druk zoals chantage of omdat iemand geen weerstand kan bieden, bijvoorbeeld door alcohol- of drugsgebruik.

Steekproef

In hoofdstuk 1 is beschreven hoe de respondenten zijn geworven. Voor dit hoofdstuk zijn de data gebruikt van 815 homoseksuele mannen, 765 biseksuele mannen, 333 lesbische vrouwen, 1141 biseksuele vrouwen, 183 transvrouwen, 142 mv-transgenderisten, 148 transmannen en 103 VM-transgenderisten.

Meetinstrument

In dit onderzoek zijn aan alle respondenten verschillende vormen van seksueel geweld voorgelegd. Deze vragen werden ook voorgelegd aan respondenten die eerder in de vragenlijst aangaven dat zij nog geen seksuele ervaring hadden. Dit om niemand bij voorbaat uit te sluiten. Mogelijk is er een groep die alleen ervaring heeft met seksueel geweld en niet met gewenste seksuele contacten. Het zou kunnen dat een deel van deze groep aangeeft nooit seksueel contact te hebben gehad. De vragen over seksueel geweld werden aan alle respondenten voorgelegd om de kans op onderrapportage te verkleinen. Bij de vragen over seksueel geweld werd het soort seksueel contact en de vorm van dwang zo concreet mogelijk beschreven. Hierbij kon de respondent aangeven of en hoe vaak (nooit, één keer, meer dan één keer) hij of zij dit had meegemaakt. Met betrekking tot de eerste en de laatste ervaring met seksueel geweld zijn vervolgvragen gesteld over kenmerken van de pleger, aangifte en zorggebruik.

Het gedrag (het soort seksueel contact) en de vorm van dwang zijn zo concreet mogelijk beschreven omdat hiermee verschillende interpretaties van de vragen zoveel mogelijk voorkomen kunnen worden (Hamby & Koss, 2003). Het woord ‘verkrachting’ is niet gebruikt in de vragenlijst, omdat in eerder onderzoek is gebleken dat respondenten geneigd zijn om alleen van verkrachting te spreken bij een onbekende pleger (Hamby & Koss, 2003). De vragen over seksueel geweld zijn gebaseerd op vorige metingen van de bevolkingsstudie seksuele en relationele gezondheid (Van Berlo & Hoïng, 2006; De Haas, et al., 2012, De Haas, 2012). Anders dan bij eerdere metingen zijn de verschillende gedragingen (uiteenlopend van ongewenste aanrakingen tot gedwongen anale seks) en de vormen van dwang (lichamelijk geweld, misbruik maken van het feit dat iemand geen weerstand kan bieden en verbale druk zoals chantage) door middel van cross-classificaties aan de respondent voorgelegd. Dat wil zeggen dat de respondent per gedraging (bijvoorbeeld vaginale seks) kon aangeven of hij/zij dat had meegemaakt doordat de pleger een specifiek type dwang gebruikte (bijvoorbeeld lichamelijk geweld). Dit is gebaseerd op een vragenlijst die is ontwikkeld door Krahé en Berger (2013) (bijvoorbeeld ‘vaginale seks tegen uw wil, omdat iemand lichamelijk geweld gebruikte, of dreigde met lichamelijk geweld’).

8.3 Resultaten

Prevalentie van seksueel geweld en revictimizatie

Bij de analyses is onderscheid gemaakt tussen seksuele grensoverschrijding (zoals ongewilde seksuele aanrakingen), seksueel geweld (zoals gedwongen geslachtsgemeenschap) en seksueel geweld voor het 16^{de} jaar. Daarnaast is onderzocht hoeveel respondenten meerdere keren -zowel voor als na het 16^{de} jaar- seksueel geweld hebben meegemaakt (revictimizatie).

De prevalentie van seksueel geweld lag tussen de 14% (biseksuele mannen) en 50% (VM-transgenderisten). De prevalentie van seksuele grensoverschrijding liep uiteen van 34% (bij biseksuele mannen) tot 79% bij VM-transgenderisten (zie Tabel 8.1 en 8.2).

Wanneer we kijken naar verschillen binnen de LHBT-groep, zien we een aantal specifieke risicogroepen. De prevalentie van seksuele grensoverschrijding is onder homoseksuele mannen iets hoger dan onder biseksuele mannen. Vooral kwetsende opmerkingen werden vaker door homoseksuele mannen gerapporteerd. Biseksuele mannen hebben vaker seksueel misbruik in hun jeugd meegemaakt. Bij bijna alle vormen van seksueel geweld waren de percentages hoger bij biseksuele vrouwen dan bij lesbische vrouwen (zie Tabel 8.1). Bij de transgenders waren de percentages met name hoog onder VM-transgenderisten. Zo heeft één op de drie respondenten uit die groep voor het 16^{de} jaar seksueel geweld meegemaakt en 18% had zowel voor als na het 16^{de} jaar seksueel geweld meegemaakt (revictimizatie) (zie Tabel 8.2).

SEKSUEEL GEWELD EN GRENDOVERSCHRIJDING

Tabel 8.1a. Seksueel geweld en grensoverschrijding onder homo- en biseksuele mannen (%)

	Homoseksuele mannen	Biseksuele mannen
	N=792	N=788
<i>Minstens één keer meegemaakt</i>		
Seksuele grensoverschrijding		
Seksueel kwetsende opmerkingen	37,0	22,6 [▼]
Seksuele aanrakingen tegen uw wil	26,6	22,0 [▼]
Zoenen tegen uw wil	15,7	11,6 [▼]
Seksueel geweld		
Aftrekken of vingers tegen uw wil, door....		
(Dreigen met) lichamelijk geweld*	5,3	5,3
Misbruik van de situatie**	4,2	5,0
Verbale druk***	5,5	5,6
Totaal	9,4	10,2
Orale seks tegen uw wil, door...		
(Dreigen met) lichamelijk geweld*	5,0	3,3
Misbruik van de situatie **	3,5	3,2
Verbale druk***	3,8	4,0
Totaal	8,2	6,9
Vaginale seks tegen uw wil, door...		
(Dreigen met) lichamelijk geweld*	0,5	0,5
Misbruik van de situatie **	0,9	0,5
Verbale druk***	0,5	0,9
Totaal	0,9	1,3
Anale seks tegen uw wil, door...		
(Dreigen met) lichamelijk geweld*	5,5	2,8 [▼]
Misbruik van de situatie **	4,5	2,6 [▼]
Verbale druk***	2,7	2,1
Totaal	8,9	4,8 [▼]

HOOFDSTUK 8

Vervolg Tabel 8.1a.

Minstens 1 vorm van....		
Seksuele grensoverschrijding	49,1%	34,4%▼
Seksueel geweld	15,3%	13,5%
Seksueel geweld in het afgelopen jaar	0,3%	0,7%
Seksueel geweld voor het 16de jaar	4,5%	7,1%△
Revictimizatie	1,1%	1,7%

▼ = percentage is significant lager dan bij homoseksuele mannen, $p < .05$, Cramers $V > .10$

▽ = percentage is significant lager dan bij homoseksuele mannen, $p < .05$, Cramers $V < .10$

△ = percentage is significant hoger dan bij homoseksuele mannen, $p < .05$, Cramers $V < .10$

* doordat iemand lichamelijk geweld gebruikte, of dreigde met lichamelijk geweld

** doordat iemand er misbruik van maakte dat u geen weerstand kon bieden (bijvoorbeeld omdat u alcohol of drugs had gebruikt)

*** doordat iemand u met woorden onder druk zette (bijvoorbeeld chanteerde)

SEKSUEEL GEWELD EN GRENDOVERSCHRIJDING

Tabel 8.1b. Seksueel geweld en grensoverschrijding onder lesbische en biseksuele vrouwen (%)

	Lesbische vrouwen N=330	Biseksuele vrouwen N=1144
<i>Minstens één keer meegemaakt</i>		
Seksuele grensoverschrijding		
Seksueel kwetsende opmerkingen	45,3	41,2
Seksuele aanrakingen tegen uw wil	50,2	64,6 [▲]
Zoenen tegen uw wil	30,4	42,9 [▲]
Seksueel geweld		
<i>Aftrekken of vingeren tegen uw wil, door....</i>		
(Dreigen met) lichamelijk geweld	7,7	14,2 [△]
Misbruik van de situatie	5,1	13,3 [▲]
Verbale druk	12,0	15,6
Totaal	16,5	26,9 [▲]
<i>Orale seks tegen uw wil, door...</i>		
(Dreigen met) lichamelijk geweld	4,4	8,9 [△]
Misbruik van de situatie	3,9	7,8 [△]
Verbale druk	6,5	11,6 [△]
Totaal	9,6	16,8 [△]
<i>Vaginale seks tegen uw wil, door...</i>		
(Dreigen met) lichamelijk geweld	6,1	14,7 [▲]
Misbruik van de situatie	3,4	11,4 [▲]
Verbale druk	11,6	16,0
Totaal	13,9	25,3 [▲]
<i>Anale seks tegen uw wil, door...</i>		
(Dreigen met) lichamelijk geweld	1,5	4,0 [△]
Misbruik van de situatie	0,9	4,3 [△]
Verbale druk	1,8	5,7 [△]
Totaal	2,7	8,7 [△]
<i>Minstens 1 vorm van....</i>		
Seksuele grensoverschrijding	63,0	72,8 [△]
Seksueel geweld	22,8	36,3 [▲]
Seksueel geweld in het afgelopen jaar	0,0	2,0 [▲]
Seksueel geweld voor het 16de jaar	11,5	16,9 [▲]
Revictimizatie	2,8	6,9 [▲]

[▲] = percentage is significant hoger dan bij lesbische vrouwen, p<.05, Cramers V>.10

[△] = percentage is significant hoger dan bij lesbische vrouwen, p<.05, Cramers V<.10

HOOFDSTUK 8

Tabel 8.2a. Seksueel geweld en grensoverschrijding onder MV-transgenders (%)

	Trans- vrouwen	MV-trans- genderisten
	N=183	N=142
<i>Minstens één keer meegemaakt</i>		
Seksuele grensoverschrijding		
Seksueel kwetsende opmerkingen	48,1	43,7
Seksuele aanrakingen tegen uw wil	37,2	33,8
Zoenen tegen uw wil	21,9	25,4
Seksueel geweld		
Aftrekken of vingers tegen uw wil, door....		
(Dreigen met) lichamelijk geweld	9,8	6,3
Misbruik van de situatie	6,0	6,3
Verbale druk	8,2	8,5
Totaal	15,8	13,4
Orale seks tegen uw wil, door...		
(Dreigen met) lichamelijk geweld	7,7	4,9
Misbruik van de situatie	6,0	4,2
Verbale druk	6,0	7,0
Totaal	12,0	9,9
Vaginale seks tegen uw wil, door...		
(Dreigen met) lichamelijk geweld	4,4	1,4
Misbruik van de situatie	2,2	0,7
Verbale druk	3,3	0,7
Totaal	4,9	1,4
Anale seks tegen uw wil, door...		
(Dreigen met) lichamelijk geweld	6,0	4,9
Misbruik van de situatie	3,8	5,6
Verbale druk	4,9	5,6
Totaal	9,8	8,5
Minstens 1 vorm van....		
Seksuele grensoverschrijding	59,6	60,6
Seksueel geweld	21,3	19,0
Seksueel geweld in het afgelopen jaar	1,6	0,0
Seksueel geweld voor het 16de jaar	8,7	9,2
Revictimizatie	4,4	3,6

SEKSUEEL GEWELD EN GRENDOVERSCHRIJDING

Tabel 8.2b. Seksueel en grensoverschrijding onder VM-transgenders (%)

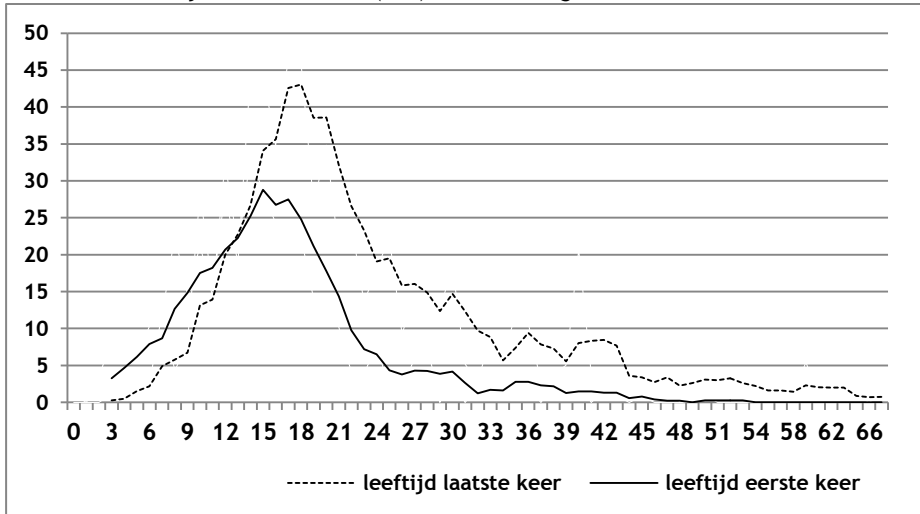
	Trans- mannen	VM-trans- genderisten
	N=148	N=103
<i>Minstens één keer meegemaakt</i>		
Seksuele grensoverschrijding		
Seksueel kwetsende opmerkingen	39,2	62,1 [▲]
Seksuele aanrakingen tegen uw wil	48,6	71,8 [▲]
Zoenen tegen uw wil	29,7	53,4 [▲]
Seksueel geweld		
Aftrekken of vingers tegen uw wil, door....		
(Dreigen met) lichamelijk geweld	16,9	25,2
Misbruik van de situatie	15,5	20,4
Verbale druk	20,9	27,2
Totaal	28,4	41,7 [▲]
Orale seks tegen uw wil, door...		
(Dreigen met) lichamelijk geweld	6,8	19,4 [▲]
Misbruik van de situatie	8,1	9,7
Verbale druk	10,1	19,4 [▲]
Totaal	13,5	27,2 [▲]
Vaginale seks tegen uw wil, door...		
(Dreigen met) lichamelijk geweld	14,9	26,2 [▲]
Misbruik van de situatie	10,8	13,6
Verbale druk	16,2	21,4
Totaal	24,3	33,0 [▲]
Anale seks tegen uw wil, door...		
(Dreigen met) lichamelijk geweld	3,4	10,7 [▲]
Misbruik van de situatie	4,1	3,9
Verbale druk	4,1	6,8
Totaal	7,4	11,7
Minstens 1 vorm van....		
Seksuele grensoverschrijding	60,8	78,6 [▲]
Seksueel geweld	34,5	49,5 [▲]
Seksueel geweld in het afgelopen jaar	1,4	6,8 [▲]
Seksueel geweld voor het 16de jaar	16,9	33,0 [▲]
Revictimizatie	5,4	18,4 [▲]

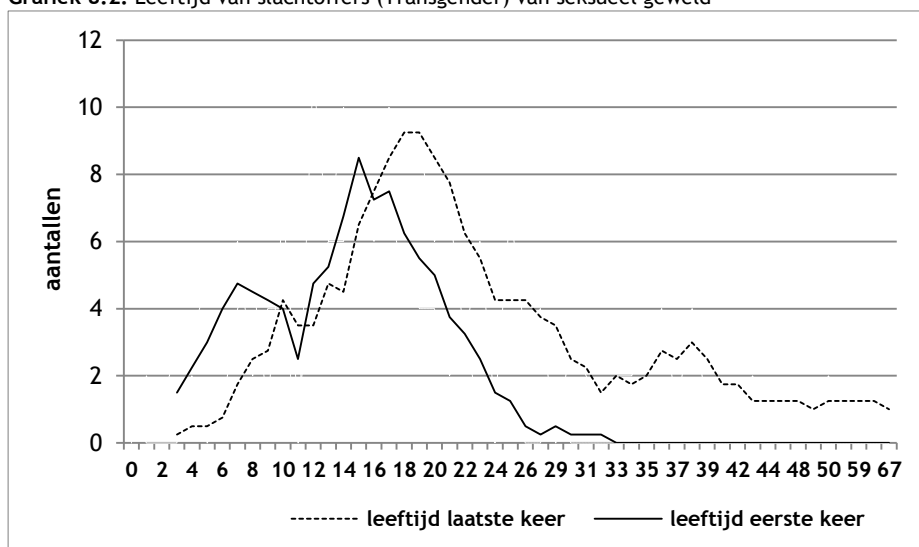
▲= percentage is significant hoger dan bij transmannen, $p < .05$, Cramers $V > .10$

Leeftijd van slachtoffers van seksueel geweld

De meeste slachtoffers zijn jongeren of jongvolwassenen (zie grafiek 8.1 en 8.2). In de LHB-groep was 11% van de slachtoffers bij de laatste ervaring jonger dan 12 jaar, 20% was tussen de 12 en de 16 jaar, 38% was tussen de 16 en 25 jaar oud en 32% was 25 jaar of ouder. Bij de transgenders was 14% van de slachtoffers bij de laatste ervaring jonger dan 12 jaar, 16% was tussen de 12 en de 16 jaar, 38% was tussen de 16 en 25 jaar oud en 32% was 25 jaar of ouder.

Grafiek 8.1. Leeftijd van slachtoffers (LHB) van seksueel geweld



Grafiek 8.2. Leeftijd van slachtoffers (Transgender) van seksueel geweld**Kenmerken van de pleger**

In de LHB-groep zijn plegers bijna uitsluitend mannen. De percentages waarbij sprake was van één of meer mannelijke plegers varieerden in deze groep tussen de 91% en 99% (zie Tabel 8.3). Ook voor transgenders geldt dat de pleger vaak een man is. In 74% tot 95% van de gevallen was dit zo (zie Tabel 8.4).

Vaak is de pleger een bekende van het slachtoffer, alhoewel het percentage onbekende plegers relatief hoog is bij homo- en biseksuele mannen en bij MV-transgenders, die slachtoffer zijn geworden van seksueel geweld na het 16^{de} jaar. Bij misbruik voor het 16^{de} jaar is de pleger meestal een familielid of een andere bekende. Bij homo- en biseksuele mannen die na hun 16^{de} jaar seksueel geweld hebben meegemaakt is de pleger vaak een losse partner of een andere bekende. Bij lesbische en biseksuele vrouwen en bij VM-transgenders is de pleger vaak een vaste (ex)partner of een andere bekende (zie respectievelijk Tabel 8.3 en 8.4).

Bij misbruik in de jeugd is de pleger relatief vaak meer dan 5 jaar ouder dan het slachtoffer, maar bij geweld na het 16^{de} jaar komt dit grote leeftijdsverschil ook nog regelmatig voor (zie Tabel 8.3 en 8.4). Vooral bij

HOOFDSTUK 8

mannen die na hun 16^{de} jaar seksueel geweld hebben meegemaakt, wist of vermoedde de pleger wat de seksuele voorkeur van het slachtoffer was (zie Tabel 8.3). Ook bij MV-transgenders wist of vermoedde de pleger vaak dat het slachtoffer transgender is of een transgenderverleden heeft (zie Tabel 8.4).

Het type pleger hangt niet samen met het soort dwang, dat is gebruikt (lichamelijk geweld, misbruik van de situatie of verbale druk). Bij alle vormen van dwang komen de verschillende type plegers in vergelijkbare percentages voor (niet in Tabel). Zo is het percentage onbekende plegers bij lichamelijk geweld niet hoger dan bij verbale druk.

Tabel 8.3. Kenmerken van de pleger bij LHB die minstens één keer seksueel geweld hebben meegemaakt (%)

	Geweld voor het 16 ^{de} jaar		Geweld na het 16 ^{de} jaar	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
	N=103	N=243	N=128	N=252
Pleger meer dan 5 jaar ouder	71,5	63,4	47,1	33,8
Pleger wist (of had een vermoeden) van seksuele voorkeur van slachtoffer	27,3	6,3	68,0	33,6
Geslacht pleger(s)				
Eén jongen/man	83,8	96,1	84,4	95,7
Eén meisje/vrouw	8,7	0,3	4,9	1,9
Twee of meer jongens/mannen	7,5	3,1	8,9	2,4
Twee of meer meisjes/vrouwen	0,0	0,0	0,0	0,0
Jongens/mannen én meisjes/vrouwen	0,0	0,4	1,8	0,0
Type pleger (meerdere antwoorden mogelijk)				
Mijn vaste partner of ex-partner	0,0	8,1	8,9	36,7
Een losse sekspartner	2,5	1,0	23,8	11,4
Een familielid (bijv. vader of oom)	19,2	37,9	6,1	4,1
Iemand anders, een bekende	57,0	37,1	31,1	30,7
Iemand anders, een vreemde	19,1	12,9	33,0	15,7

SEKSUEEL GEWELD EN GRENSOVERSCHRIJDING

Tabel 8.4. Kenmerken van de pleger bij transgenders die minstens één keer seksueel geweld hebben meegemaakt (%)

	Geweld voor het 16 ^{de} jaar		Geweld na het 16 ^{de} jaar	
	MV- trans	VM- trans	MV- trans	VM- trans
	N=29	N=59	N=34	N=43
Pleger meer dan 5 jaar ouder	69,0	67,8	38,2	37,2
Pleger wist (of had een vermoeden) van transgender-zijn van slachtoffer	10,3	1,7	41,2	11,6
Geslacht pleger(s)				
Eén jongen/man	75,9	86,4	58,8	81,4
Eén meisje/vrouw	13,8	3,4	17,6	14,0
Twee of meer jongens/mannen	3,4	8,5	14,7	4,7
Twee of meer meisjes/vrouwen	3,4	0,0	2,9	0,0
Jongens/mannen én meisjes/vrouwen	3,4	1,7	5,9	0,0
Type pleger (meerdere antwoorden mogelijk)				
Mijn vaste partner of ex-partner	3,4	3,4	11,8	37,2
Een losse sekspartner	0,0	3,4	5,9	11,6
Een familielid (bijv. vader of oom)	31,0	40,7	2,9	2,3
Iemand anders, een bekende	34,5	42,4	23,5	30,2
Iemand anders, een vreemde	31,0	13,6	44,1	14,0

Tevredenheid met hulpverlening

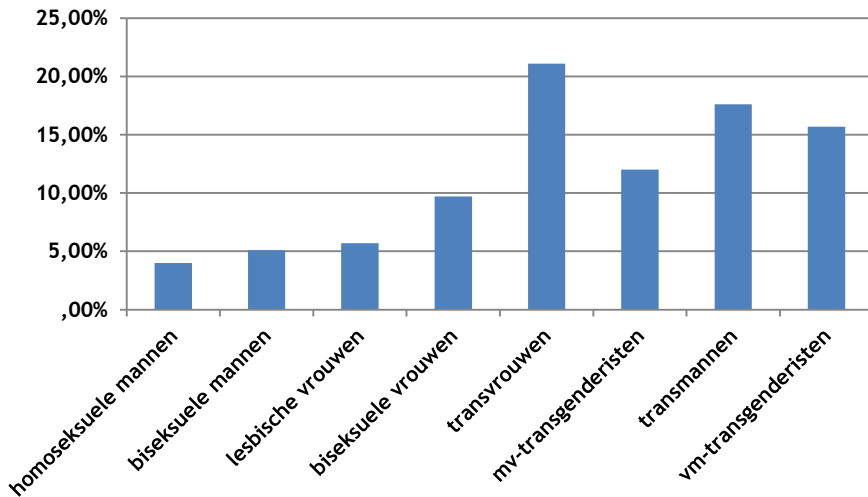
Tussen de 4% en 21% van de slachtoffers heeft in de afgelopen 12 maanden hulp gezocht voor problemen rondom het seksuele geweld bij een professionele hulpverlener of instelling (zie grafiek 8.3), zoals een ggz-instelling of een vrijgevestigde psycholoog, psychiater of psychotherapeut. De rest van de slachtoffers kunnen ook langer dan een jaar geleden hulp hebben gezocht. In de LHB-groep gaven de slachtoffers die hulp hadden gezocht hun laatste hulpverlener gemiddeld een rapportcijfer van 7,8 (sd=1,58), 10% gaf een onvoldoende en 90% gaf een voldoende. De meeste mensen vonden dat ze goed zijn geholpen (74%), dat de hulpverlener deskundig was (83%), dat ze hem/haar konden vertrouwen (85%) en dat hij/zij respectvol met hen omging (90%). Wat betreft homo-vriendelijkheid waren de respondenten die hulp hadden gezocht minder tevreden: 60%

HOOFDSTUK 8

vond dat de hulpverlener homo-vriendelijk was, 30% vond dat dit niet het geval was en 10% had hierover geen mening.

Transgenders die seksueel geweld hadden meegemaakt en daarvoor hulp hadden gezocht in de afgelopen 12 maanden gaven hun hulpverlener gemiddeld een 7,0 (sd=2,33). Van deze groep gaf 25% de hulpverlener een onvoldoende en 75% gaf een voldoende. Iets meer dan de helft vond dat ze goed zijn geholpen (57%). Een kleine meerderheid vond dat de hulpverlener deskundig was (68%), dat ze hem/haar konden vertrouwen (64%) en dat hij/zij respectvol met hen omging (71%). Wat betreft vriendelijkheid ten aanzien van hun genderidentiteit was een deel van de respondenten die hulp hadden gezocht minder tevreden: 61% vond dat de hulpverlener transgendervriendelijk was, 25% vond dat dit niet het geval was en 14% had hierover geen mening.

Grafiek 8.3. Zorggebruik (%) in het afgelopen jaar onder mensen die minstens één vorm van seksueel geweld hebben meegemaakt

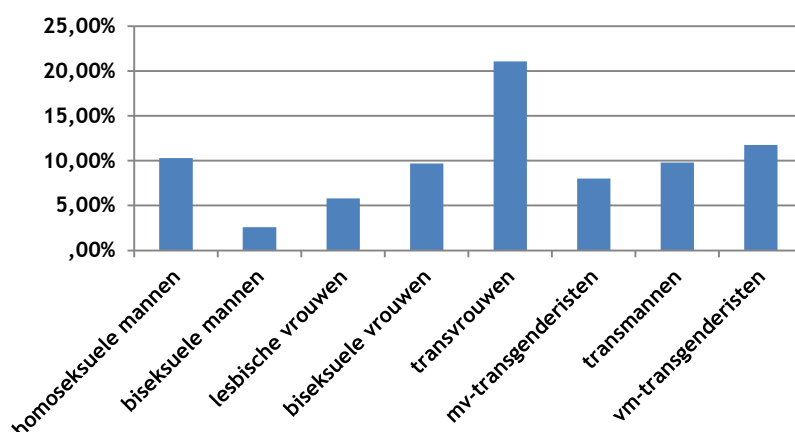


Aangifte

Het aangiftepercentage van mensen die seksueel geweld hebben meegemaakt ligt tussen de 3% en de 21% (zie grafiek 8.4). Mensen die een vorm van seksueel geweld hebben meegemaakt waarbij de pleger fysiek geweld gebruikte of daarmee dreigde, deden vaker aangifte dan

slachtoffers die op een andere manier onder druk waren gezet (LHB: $\chi^2(2)=23,512$, $p<.001$; transgenders: $\chi^2(2)=9,208$, $p<.010$).

Grafiek 8.4. Aangifte (%) onder mensen die minstens één vorm van seksueel geweld hebben meegemaakt



Met welke factoren hangt het meemaken van seksueel geweld samen?

Met behulp van Spearman correlatie coëfficiënten is onderzocht of opleidingsniveau, relatiestatus, aantal sekspartners in de afgelopen 6 maanden, ervaring met betaalde seks in de afgelopen 6 maanden, negatieve reacties ten aanzien van seksuele oriëntatie of identiteit in de afgelopen 12 maanden, gender non-conformiteit in de jeugd, seksuele problemen, psychische en lichamelijke gezondheid en maatschappelijke participatie samenhangen met seksueel geweld.

Seksueel geweld kwam vaker voor bij laagopgeleide mannen en vrouwen uit de LHB-groep. Voor alle groepen gold dat seksueel geweld vaker voorkomt bij mensen die arbeidsongeschikt, werkzoekend of werkloos zijn of die een bijstandsuitkering ontvangen. Homo- en biseksuele mannen die in de afgelopen 6 maanden betaald hebben gekregen voor seks, hebben vaker seksueel geweld meegemaakt. Daarnaast hebben slachtoffers van seksueel geweld (met uitzondering van transmannen en VM-transgenderisten) vaker te maken gehad met negatieve reacties ten aanzien van hun seksuele oriëntatie of genderidentiteit. Bij homo- en biseksuele mannen en bij transvrouwen en MV-transgenderisten hangt

gender non-conformiteit samen met seksueel geweld. Respondenten uit deze groepen die zich in hun jeugd meer meisjesachtig voelden, zich meer als meisje gedroegen en er meisjesachtig uitzagen, hebben vaker seksueel geweld meegemaakt. Seksuele problemen komen relatief vaak voor bij homo- en biseksuele mannen en bij transmannen en VM-transgenderisten die seksueel geweld hebben meegemaakt. In alle groepen hadden slachtoffers van seksueel geweld een minder goede lichamelijke en psychische gezondheid in vergelijking met mensen die geen seksueel geweld hadden meegemaakt (zie Tabel 8.5).

Tabel 8.5. Factoren die samenhangen met meemaken van seksueel geweld (Spearman correlatie coëfficiënten)

	HB- mannen	LB- vrouwen	MV- trans	VM- trans
Opleidingsniveau	-.06*	-.05*	-.06	-.08
Maatschappelijke participatie	-.15**	-.17**	-.18**	-.27**
Relatiestatus	-.04	.04	.06	-.04
Aantal seks partners	-.05	.03	-.01	.18
Betaald hebben voor seks ¹	.03	-	.01	-.04
Betaald gekregen voor seks	.08**	-.01	-.01	.12
Negatieve reacties	.16**	.08**	.13*	-.01
Gender non-conformiteit	.09**	.02	.13*	-.08
Seksuele problemen	.13**	.04	-.08	.14*
Lichamelijke gezondheid	-.15**	-.16**	-.24**	-.14*
Psychische gezondheid	-.19**	-.22**	-.23**	-.23**

* = $p < .05$; ** = $p < .01$

¹ er waren geen lesbische of biseksuele vrouwen die betaald hadden voor seks

8.4 Samenvatting en conclusies

Prevalentie van seksueel geweld onder LBHT hoog

De prevalentie van seksueel geweld ligt tussen de 14% en 50% in de verschillende LHBT-groepen. Met name biseksuele vrouwen en VM-transgenderisten zijn kwetsbaar. Deze cijfers zijn niet één-op-één te vergelijken met cijfers over seksueel geweld uit eerder onderzoek onder de Nederlandse bevolking, omdat in het huidige onderzoek andere formuleringen zijn gebruikt in de vragenlijst dan in eerder onderzoek. Wel is uit eerder Nederlands onderzoek gebleken dat seksueel geweld vaker voorkomt onder mensen uit de LHBT-groep (met uitzondering van lesbische

vrouwen) dan onder mannen en vrouwen die niet tot de LHBT-groep behoren. Ook seksueel misbruik voor het 16^{de} jaar komt onder homo- en biseksuele mannen, biseksuele vrouwen en MV-transgenders vaker voor dan bij mensen die niet tot de LHBT-groep behoren (Rutgers WPF, 2013). Dit blijkt ook uit verschillende internationale overzichtsstudies. Uit een meta-analyse van 17 studies bleek dat seksueel misbruik vaker voorkwam onder LHBT jongeren dan jongeren die daar niet toe behoren (Friedman, et al, 2011). Uit een review van 75 studies bleek dat seksueel geweld vaker voorkomt onder homo- en biseksuele mannen en lesbische en biseksuele vrouwen dan onder heteroseksuele mannen en vrouwen (Rothman, et al., 2013). Een review van studies onder transgenders laat zien dat ook zij een verhoogde kwetsbaarheid hebben voor seksueel geweld (Stotzer, 2009).

Dit roept de vraag op waarom seksueel geweld in deze groepen vaker voorkomt. Uit eerder onderzoek onder transgenders is gebleken dat slachtoffers zelf aangeven dat het meemaken van seksueel geweld veroorzaakt kan worden door hun (uiting van) genderidentiteit (Stotzer, 2009). Onderzoek onder LHB suggereert dat het meemaken van seksueel geweld te maken heeft met de seksuele levensstijl en met gevoelens van minderheidsstress. Zo bleek uit eerder onderzoek onder heteroseksuele en LHB mannen en vrouwen dat het hebben van relatief veel sekspartners en te maken hebben gehad met negatieve reacties ten aanzien van de seksuele oriëntatie mogelijke verklaringen vormen voor het meemaken van seksueel geweld bij homo- en biseksuele mannen. Uit hetzelfde onderzoek bleek dat het verschil tussen biseksuele en heteroseksuele vrouwen verklaard werd door het hebben van relatief veel sekspartners, single zijn, lager opgeleid zijn en te maken hebben gehad met negatieve reacties ten aanzien van de seksuele oriëntatie (Kuyper & Vanwesenbeeck, 2011). Ook in Duits onderzoek werd gevonden dat vrouwen met biseksuele contacten extra kwetsbaar zijn voor seksueel geweld en dat dit samenhangt met het aantal sekspartners (Krahé & Berger, 2013).

Jongeren en jongvolwassenen zijn extra kwetsbaar

De meeste slachtoffers van seksueel geweld in dit onderzoek zijn jongeren of jongvolwassenen. Dit is consistent met resultaten van eerder onderzoek onder de brede Nederlandse bevolking (De Haas, 2012) en eveneens met internationaal onderzoek. Uit een review van onderzoek in 27 Europese

landen bleek dat seksueel geweld vaak voorkomt onder jongeren en jongvolwassenen (Krahé, et al., 2014).

Mogelijk maken jongeren en jongvolwassen vaker seksueel geweld mee, omdat zij vaker impulsief reageren, zonder goed inzicht te hebben in de risico's van de keuzes die ze maken (Crone, 2008). Ook gebrek aan ervaring kan een rol spelen. Door een bepaalde mate van naïviteit reageren jongeren soms minder snel op een risicosituatie (Livingston, Testa, & Vanzile-Tamsen, 2007), terwijl jongeren door hun leeftijd mogelijk eerder in risicosituaties terecht komen. Zo hebben jongere vrouwen vaak meer wisselende partners dan volwassen vrouwen. De kans om seksueel geweld mee te maken neemt toe naarmate iemand meer seksuele partners heeft (De Graaf, Meijer, Poelman, & Vanwesenbeeck, 2005). Ook gaan jongeren vaker uit dan volwassenen. Meisjes die vaker uitgaan, maken vaker seksuele grensoverschrijding mee dan meisjes die niet uitgaan (Harreveld, 2009).

Door het meemaken van seksueel geweld wordt het welzijn van jonge mensen bedreigd. Tijdens de adolescentie en vroege volwassenheid maken jongeren belangrijke ontwikkelingen door. Ervaringen in deze kritieke periode vormen de basis voor attitudes en overtuigingen over seksualiteit, zelfvertrouwen en vaardigheden en zijn bepalend voor later seksueel gedrag. Het is daarom essentieel dat seksueel geweld in deze leeftijdsfase voorkomen wordt (Krahé, et al., 2014).

Plegers zijn meestal mannen

Uit eerder onderzoek onder de Nederlandse bevolking bleek dat plegers van seksueel geweld meestal mannen zijn (De Haas, 2012). Ook in de huidige studie was de pleger in verreweg de meeste gevallen een man. Uit eerder kwalitatief onderzoek onder homo- en biseksuele mannen bleek dat plegers in sommige gevallen oudere en meer ervaren mannen zijn, die misbruik maken van een man die nieuw is in een homoseksuele gemeenschap en weinig kennis heeft van geldende normen in die gemeenschap. Geïnterviewde mannen beschreven situaties in een context van een losse of een vaste relatie waarin zij megingen in de wensen en voorstellen van de ander, omdat ze aannamen dat 'dit was wat homomannen doen' of omdat ze het gevoel hadden dat ze niet konden weigeren door hun onervarenheid (Braun, Schmidt, Gavey, & Fenaughty, 2009).

Lesbische en biseksuele vrouwen die na hun 16^{de} jaar seksueel geweld hadden meegemaakt gaven relatief vaak aan dat de pleger een vaste (ex-) partner was. De pleger was in die groep ook meestal een man. Uit Duits onderzoek is gebleken dat vrouwen met biseksuele contacten die seksueel geweld hadden meegemaakt een relatief actieve seksuele levensstijl hadden, waardoor de kans groter was dat zij mannen ontmoetten die over hun grens gingen (Krahé & Berger, 2013).

Ook bij transgenders zijn de plegers meestal mannen. Dit is ook gevonden in eerder onderzoek. Uit een literatuuroverzicht van Stotzer (2009) bleek dat deze mannelijke plegers (volgens de slachtoffers) vaak gemotiveerd zijn door negatieve attitudes ten aanzien van transgenders.

Plegers zijn meestal bekenden

Plegers zijn meestal een bekende van het slachtoffer. Bij geweld voor het 16^{de} jaar gaat het vaak om een familielid of een andere bekende. Bij geweld na het 16^{de} jaar is de pleger bij homo- of biseksuele mannen vaak een losse sekspartner of een andere bekende. In deze groep is de pleger ook relatief vaak een onbekende. Bij lesbische en biseksuele vrouwen en bij transgenders wordt het seksuele geweld vaak uitgeoefend door een vaste (ex-)partner of een andere bekende. Daarnaast is bij VM-transgenders de pleger ook relatief vaak een onbekende.

Gender non-conformiteit vooral een issue bij jongens

Bij respondenten die geboren zijn als jongen leek gender non-conformiteit een rol te spelen bij het meemaken van seksueel geweld. Homo- en biseksuele mannen en man-naar-vrouw transgenders die zich in hun jeugd meer meisjesachtig voelden, zich meer als meisje gedroegen en er meisjesachtig uitzagen, hebben vaker seksueel geweld meegemaakt. Het zou kunnen dat jongens die afwijken van maatschappelijke of sociale normen, te maken krijgen met stigmatisering en uiteindelijk ook met seksueel geweld. Dit lijkt minder het geval te zijn voor meisjes die afwijken van sociale normen.

Seksueel geweld hangt samen met de maatschappelijke participatie van mensen

In alle groepen (LHB en transgenders) is een samenhang gevonden tussen maatschappelijke participatie en het meemaken van seksueel geweld. Het

bleek dat slachtoffers relatief vaak arbeidsongeschikt, werkzoekend of werkloos zijn of een bijstandsuitkering ontvangen. Uit een overzichtsstudie van Vanwesenbeeck (2008) blijkt dat seksueel geweld vergaande economische gevolgen kan hebben, omdat slachtoffers zich ziek melden, niet meer naar school gaan of (tijdelijk) stoppen met werken.

Seksueel geweld hangt samen met psychische en lichamelijke gezondheid

Slachtoffers van seksueel geweld hebben relatief vaak een minder goede psychische en lichamelijke gezondheid. In de literatuur wordt dit gezien als gevolg van seksueel geweld (Van Berlo & Mooren, 2009). Er zijn aanwijzingen dat de gevolgen van seksueel geweld ernstiger zijn voor LHB (Hines, 2007) en ook voor transgenders dan voor hetero's. Zo lijken LHBT slachtoffers meer last te hebben van acute stress en angst na seksueel geweld dan heteroseksuele slachtoffers (Cramer, et al., 2012). Dit komt mogelijk door de gecombineerde invloed van seksueel geweld en minderheidsstress (Gold, et al., 2009; Gold, et al., 2007). Volgens veel transgenders die seksueel geweld hebben meegemaakt, deed de pleger dit vanwege hun (manier van uiten van hun) genderidentiteit (Stotzer, 2009). Dit kan extra stress opleveren, omdat het kan leiden tot geïnternaliseerde transfobie en een weerstand tegen een belangrijk deel van iemands identiteit (Testa, et al. 2012).

Bij seksueel geweld zonder fysiek geweld relatief weinig aangiften

De meeste slachtoffers van seksueel geweld doen geen aangifte. Als er sprake was van lichamelijk geweld (zoals bij een verkrachting waarbij de pleger het slachtoffer dwingt door fysiek geweld te gebruiken) is de kans wel groter dat slachtoffers aangifte doen. Bij verbale druk of als de pleger misbruik maakt van het feit dat het slachtoffer geen weerstand kan bieden (bijvoorbeeld door alcohol- of drugsgebruik) wordt minder vaak aangifte gedaan. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om een slachtoffer dat onder druk is gezet door middel van chantage of iemand die is verkracht, terwijl hij of zij dronken was. Deze situaties hoeven niet minder ernstig te zijn dan situaties waarin fysiek geweld is gebruikt. Mogelijk doen slachtoffers bij verbale druk of bij misbruik minder snel aangifte, omdat zij in die situaties meer last hebben van schuld- en schaamtegevoelens. Als de pleger herhaaldelijk en intensief verbale druk uitoefent, kan het zijn dat een slachtoffer hier geen weerstand aan kan bieden. Het slachtoffer kan dan

het gevoel hebben dat hij of zij uiteindelijk zelf heeft ingestemd, terwijl hij of zij zich in werkelijkheid niet aan de situatie kon onttrekken. Uit eerder onderzoek blijkt dat wanneer de pleger fysiek geweld gebruikt of daarmee dreigt, seksueel contact eerder als seksueel geweld wordt gezien dan wanneer de pleger verbale druk gebruikt, zoals psychologische en emotionele manipulatie (Christopher & Pflieger, 2007). Hierdoor doen slachtoffers bij verbale druk waarschijnlijk minder snel aangifte.

Preventie en behandeling zijn noodzakelijk

Seksueel geweld is een groot probleem. Het komt vaak voor en heeft vaak ernstige gevolgen, zowel wat betreft de psychische en lichamelijke gezondheid, maar ook wat betreft de maatschappelijke participatie van slachtoffers. Dit kwam al in eerder onderzoek naar voren en in het huidige onderzoek is deze samenhang ook gevonden. Ook voor deze groep is preventie dan ook van groot belang.

Naast primaire preventie is secundaire preventie essentieel. Als plegers een slachtoffer hebben gemaakt, is het van groot belang dat nieuwe slachtoffers voorkomen worden en dat de pleger deelneemt aan een effectieve interventie om herhaling te voorkomen. Slachtoffers moeten dan wel aangifte doen. Om de aangiftebereidheid te vergroten, moet er een grotere bewustwording komen dat aangifte bij seksueel geweld ook legitiem is als de pleger geen fysiek geweld heeft gebruikt. Verdiepend onderzoek is nodig om te bepalen hoe aangiftebereidheid vergroot kan worden en of het LHBT zijn hierbij een rol speelt.

Bij preventie en behandeling verdienen LHBT jongeren en jongvolwassenen extra aandacht, omdat zij relatief vaak te maken krijgen met seksueel geweld. Daarnaast is uit eerder onderzoek gebleken dat bij de behandeling van de gevolgen van seksueel geweld rekening moet worden gehouden met minderheidsstress, omdat dit een versterkend effect kan hebben. Uit het huidige onderzoek bleek daarnaast dat respondenten die hulp hadden gezocht redelijk tevreden waren over deze hulp, maar vooral wat betreft homo-vriendelijkheid en transgendervriendelijkheid is er nog winst te behalen. Dit kan bijvoorbeeld door bijscholing van hulpverleners. Hulpverleners moeten in staat zijn om genderidentiteit en de uiting hiervan te bespreken met hun cliënten. Ook moeten hulpverleners in staat zijn om cliënten te helpen bij het vinden van steun in hun eigen

HOOFDSTUK 8

gemeenschap (Testa, et al., 2012). Dit vraagt om inzicht in specifieke problematiek van LHBT en om kennis van LHBT-netwerken.

HOOFDSTUK 9

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Hanneke de Graaf, Bouko Bakker en Ciel Wijsen

In het onderzoek waarvan dit boek de resultaten beschrijft, zijn voor het eerst gegevens verzameld over de seksuele gezondheid van lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuele mannen en vrouwen en transgenders (LHBT's) in alle breedte. In dit laatste hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen samengevat, conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan voor preventie, hulpverlening, beleid en verder onderzoek.

9.1 De seksuele gezondheid van homo- en biseksuele mannen

Van de homo- en biseksuele mannen die niet transgender zijn voelt iets meer dan de helft zich uitsluitend seksueel aangetrokken tot mannen (homoseksuele mannen). Iets minder dan de helft van de mannen voelt ook seksuele aantrekking tot vrouwen (biseksuele mannen). Het grootste deel van de biseksuele mannen (ongeveer twee derde) voelt zich vooral aangetrokken tot vrouwen, maar ook tot mannen. Deze mannen noemen zichzelf meestal biseksueel. Biseksuele mannen hebben vaak zowel met mannen als vrouwen seks of een relatie. Van de homoseksuele mannen heeft een minderheid ooit seks of een relatie gehad met een vrouw.

Homo- en biseksuele mannen zijn seksueel actief. Twee derde van hen masturbeert minstens een paar keer per week en 85% van de homoseksuele mannen en 75% van de biseksuele mannen had de afgelopen 6 maanden seks met een partner. In beide groepen deed een op de drie dit in deze periode met meerdere sekspartners. Een op de vijf mannen had seks met iemand die hij op internet had ontmoet en een op de zes had het afgelopen half jaar seks onder invloed van drugs. Homoseksuele mannen hebben vergeleken met biseksuele mannen vaker seks, en ook vaker met een internetpartner of onder invloed van drugs.

Een deel van de seksueel actieve mannen loopt risico op hiv of een andere soa. Van alle homo- en biseksuele mannen had 57% in het afgelopen half jaar seks met een man (MSM). Van de homo- en biseksuele MSM had 58% in het afgelopen half jaar seks met een of meer losse partners. Van de MSM met losse partners gebruikt 26% niet consequent condooms bij anale seks met deze partners. Twee derde probeert wel alleen onbeschermd seks te hebben met hiv-negatieve partners (serosorteren), maar dit gebeurt grotendeels op basis van impliciete veronderstellingen. Dit is niet altijd terecht. Van alle homo- en biseksuele MSM heeft ongeveer een kwart zich in het afgelopen jaar laten testen op hiv en een even groot deel op soa, hoewel mannen met veel sekspartners dit wel vaker doen. Hiv-positieve mannen geven aan dat ze niet altijd expliciet communiceren over de hiv-status. Van de MSM die naast hun vaste partner ook seks hebben met anderen, maakt bijna de helft geen risicoreducerende afspraken met de partner en als die afspraken er wel zijn, houdt meer dan de helft zich hier niet altijd aan.

Hiv-positieve mannen hebben vaker onbeschermd seks met losse partners dan hiv-negatieve of niet-geteste mannen, maar deze mannen kennen de eigen hiv-status en zijn vrijwel allemaal onder behandeling. Acht van de tien hiv-positieve mannen hebben een ondetecteerbare *viral load*. Het zijn dan ook vooral mannen die niet weten dat zij geïnfecteerd zijn met hiv die de meeste nieuwe hiv-infecties onder MSM veroorzaken (Bezemer et al., 2010). Door hun seksuele gedrag lopen hiv-positieve mannen echter wel risico op hiv-superinfectie of een infectie met een andere soa.

Homo- en biseksuele mannen beleven hun seksualiteit over het algemeen positief: negen van de tien homo- en biseksuele mannen geven aan erg van seks te genieten. Vooral homoseksuele mannen en hiv-positieve mannen hebben een positieve seksuele beleving (vergeleken met biseksuele mannen en hiv-negatieve of niet-geteste mannen). Homoseksuele mannen zijn van alle LHBT groepen het meest tevreden over hun seksleven. Eigenwaarde, seksfrequentie en sensatie zoeken hangen samen met een positieve beleving. Toch zijn er ook onder deze groep nog enkele zorgpunten wat betreft seksuele beleving. Ongeveer twee derde van de homo- en biseksuele mannen zou vaker seks willen hebben. In beide groepen bestaat nog redelijk wat onzekerheid over het uiterlijk en de bedprestaties (bij 15 tot 20%). Ook voelt een op de zes biseksuele mannen

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

zich schuldig over zijn seksuele gevoelens of gedrag. Biseksuele mannen zijn iets minder tevreden over hun relatie dan homoseksuele mannen.

Een op de acht homomannen en een op de zes biseksuele mannen geven aan een seksueel probleem te hebben, meestal een erectieprobleem. Ook krijgen homo- en biseksuele mannen veelvuldig te maken met seksuele grensoverschrijding, zoals ongewenste opmerkingen of aanrakingen. De helft van de homoseksuele mannen en een derde van de biseksuele mannen maakte dit ooit mee. Seksueel geweld komt in beide groepen ongeveer even veel voor: een op de zeven mannen werd hier het slachtoffer van. Homoseksuele mannen hebben vergeleken met biseksuele mannen wel vaker anale seks gehad tegen hun wil. De pleger van seksueel geweld na het 16^e jaar is vaak een vreemde, een kennis of een losse partner en in bijna de helft van de gevallen meer dan 5 jaar ouder. Bijna twee derde van de mannen geeft aan dat de pleger op de hoogte was van hun seksuele oriëntatie.

Hiv-positieve mannen hebben iets vaker een erectieprobleem dan hiv-negatieve of niet-geteste mannen. Ook oudere homo- en biseksuele mannen hebben relatief vaak een seksueel probleem. Seksueel geweld komt juist vaker voor bij jonge homo- en biseksuele mannen. Psychische gezondheid hangt samen met zowel het hebben van seksuele problemen als met het meemaken van seksueel geweld. De richting van deze verbanden is niet altijd duidelijk: een minder goede psychische gezondheid wordt in de literatuur doorgaans beschouwd als een gevolg van seksueel geweld, maar kan iemand ook kwetsbaar maken. Een minder goede psychische gezondheid kan ook zowel oorzaak als gevolg zijn van het hebben van een seksueel probleem. Bovendien hangen seksuele geweldservaringen en seksuele problemen bij homo- en biseksuele mannen ook met elkaar samen. Gendernonconformiteit in de jeugd en ervaringen met homonegativiteit hangen ook samen met het meemaken van seksueel geweld. Homo- en biseksuele mannen die in hun jeugd meisjesachtiger waren, hebben vaker seksueel geweld meegemaakt. Omdat dit expliciet over gedrag en gevoelens in de kindertijd gaat, kunnen we aannemen dat dit vooral een risicofactor is en geen gevolg van het meemaken van seksueel geweld.

9.2 De seksuele gezondheid van lesbische en biseksuele vrouwen

Van de vrouwen die niet transgender zijn voelt een kwart uitsluitend seksuele aantrekking tot vrouwen (lesbische vrouwen) en driekwart zowel tot mannen als vrouwen (biseksuele vrouwen). Net als bij de mannen geeft het grootste deel van de biseksuele vrouwen aan dat ze zich vooral aangetrokken voelen tot het andere geslacht (maar ook tot seksegenoten). Dat geldt voor drie kwart van de groep biseksuele vrouwen. Waar de mannen in deze groep zich vooral biseksueel noemen, noemt de helft van de vrouwen die meer op mannen dan op vrouwen vallen zich hetero. Vergeleken met homoseksuele mannen hebben lesbische vrouwen in hun leven meer seksuele en relationele ervaring met het andere geslacht. Bijna twee derde van deze vrouwen heeft wel eens seks gehad met een man, en twee van de vijf hebben ooit een relatie gehad met een man.

Twee derde van de lesbische vrouwen en driekwart van de biseksuele vrouwen had het afgelopen half jaar seks. Vier van de vijf lesbische vrouwen masturberen wel eens. Vergeleken met de algemene bevolking hebben lesbische vrouwen minder vaak seks met een partner, maar ze masturberen iets vaker (De Graaf, 2012). Biseksuele vrouwen zijn zowel solo als met een partner relatief seksueel actief. Negen van de tien biseksuele vrouwen masturberen wel eens, een op de acht had het afgelopen half jaar meer dan één sekspartner, twee op de vijf hadden seks onder invloed van alcohol en een op de tien onder invloed van drugs. Vergeleken met lesbische vrouwen zeggen biseksuele vrouwen ook vaker dat ze van porno kunnen genieten en dat ze het leuk vinden om hun seksualiteit te ontdekken.

Lesbische en biseksuele vrouwen verschillen niet in de mate waarin ze tevreden zijn over het seksleven. Driekwart van deze vrouwen geeft aan erg van seks te genieten. Over de meeste aspecten van het seksleven (bijvoorbeeld de mate van intimiteit of de manier waarop men seks heeft) is een meerderheid van de vrouwen wel tevreden, maar dat geldt niet voor het seksleven in het algemeen. Dit valt mogelijk toe te schrijven aan ontevredenheid over de seksfrequentie of de afwezigheid van seks. Van de vrouwen die seks hadden het afgelopen half jaar, zegt bijna de helft dit vaker te willen en van de groep die geen seks had, vindt bijna de helft dit

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

jammer. Biseksuele vrouwen zijn iets minder tevreden over hun relatie dan lesbische vrouwen. Ook rapporteren biseksuele vrouwen meer onzekerheid: een op de zes voelt zich tijdens seks onzeker over haar prestaties en een op de vier over haar uiterlijk.

Een op de zeven lesbische vrouwen en een op de vijf biseksuele vrouwen geeft aan een seksueel probleem te hebben. Lesbische vrouwen rapporteren vooral weinig of zwakke verlangens, biseksuele vrouwen vooral weinig opwindning, moeite met klaarkomen en pijn bij het vrijen. Lesbische en biseksuele vrouwen verschillen niet van elkaar als het gaat om belemmeringen die ook als een probleem worden gevoeld. Vooral biseksuele vrouwen krijgen veel te maken met seksuele grensoverschrijding en seksueel geweld, hoewel dit ook bij lesbische vrouwen veel voorkomt. Twee derde van de lesbische vrouwen en driekwart van de biseksuele vrouwen heeft grensoverschrijdend gedrag meegemaakt, zoals naroeppen of aanraken. Bijna een kwart van de lesbische vrouwen en ruim een derde van de biseksuele vrouwen maakte seksueel geweld mee. De pleger is bij lesbische en biseksuele vrouwen vaak een mannelijke (ex-)partner of bekende.

Een positieve seksbeleving en minder seksuele problemen hangen bij lesbische en biseksuele vrouwen vooral samen met ouder worden, eigenwaarde en seksuele spanning zoeken. Een positieve beleving hangt daarnaast ook samen met seksfrequentie. Vrouwen die seks positief beleven hebben vaker seks, of andersom: vrouwen die vaker seks hebben, hebben een positievere beleving. Net als bij de mannen hangt een minder goede psychische gezondheid samen met zowel seksuele geweldservaringen als seksuele problemen, en ook hier kan psychische gezondheid zowel een risicofactor als een gevolg zijn. Bij vrouwen hangt ervaring met seksueel geweld niet samen met het hebben van seksuele problemen en ook gendernonconformiteit speelt bij vrouwen geen rol voor de kans op het meemaken van seksueel geweld.

9.3 De seksuele gezondheid van transgenders

Binnen de groep transgenders bestaat veel variatie wat betreft genderidentiteit, zelfbenoeming en wensen rondom genderexpressie en transitiewens. Iets meer dan de helft van de transgenders in deze

steekproef voelt zich helemaal vrouw (transvrouwen) of man (transmannen). In deze groep zijn de meeste mensen bezig met een transitie of ze hebben deze afgerond. Een meerderheid van de transvrouwen en -mannen gebruikt hormonen en een deel van hen - zij het een minderheid - heeft een geslachtsaanpassende operatie achter de rug. Twee derde van hen geeft volledig uiting aan de genderidentiteit.

Iets minder dan de helft van de transgenders in deze steekproef identificeert zich met beide of geen van beide geslachten (transgenderisten). De meeste transgenderisten voelen zich deels man en deels vrouw, maar er is een grote variatie aan genderidentiteiten en in zelfbenoeming binnen deze groep. De meeste van hen hebben geen behoefte aan een transitie of weten nog niet of ze dit willen. Een zeer kleine groep transgenderisten gebruikt hormonen of heeft een operatie achter de rug. Ook geeft maar een heel klein deel van hen volledig uiting aan de genderidentiteit.

Een groot deel van de transgenders heeft in de afgelopen 6 maanden geen seks gehad met een partner. Dat geldt voor drie van de vijf transvrouwen, twee van de vijf MV-transgenderisten en ongeveer de helft van de VM-transgenders. Dit valt waarschijnlijk deels toe te schrijven aan het feit dat 48 tot 60% van de transgenders geen vaste partner heeft. De meeste transgenders masturberen wel: vier van de vijf transvrouwen, negentien van de twintig MV-transgenderisten en negen van de tien VM-transgenders masturberen wel eens. Een groot deel van de transgenders die geen seks hebben, vooral transmannen en MV-transgenderisten, vindt dit jammer.

De meeste transgenders genieten erg van seks. Ook kunnen ze goed aangeven wat ze wel en niet willen tijdens seks en vragen veel van hen aan de partner wat die prettig vindt. Een minderheid van de transgenders is echter tevreden over het seksleven in het algemeen en de manier waarop ze seks hebben in het bijzonder. Een grote groep geeft aan zich onzeker te voelen over hun lichaam, zich niet op hun gemak te voelen tijdens seks en het moeilijk te vinden eerlijk te zijn over hun gevoelens. Transgenderisten voelen zich ook vaak schuldig over hun seksuele gedrag of gevoelens. Een groot deel van de transgenders rapporteert wel belemmeringen in het seksueel functioneren, maar ervaart dit zelf niet als een probleem. Toch geeft ook nog een groot deel van hen aan een

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

seksueel probleem te hebben. Dat geldt voor een van de vier transvrouwen, transmannen en MV-transgenderisten en twee van de vijf VM-transgenderisten. Problemen met opwinding en orgasme komen bij deze doelgroep het meeste voor. Het seksueel functioneren wordt op sommige punten anders ervaren dan bij cisgender mannen vinden het bijvoorbeeld vooral een probleem als hun penis niet stijf wordt, terwijl de meeste MV-transgenders met een penis het juist vervelend vinden dat de penis wel stijf wordt.

Veel transgenders zijn ooit in hun leven slachtoffer geworden van seksueel geweld of grensoverschrijding. Drie van de vijf MV-transgenders en transmannen hebben grensoverschrijding meegemaakt, zoals seksuele aanrakingen tegen hun wil. Datzelfde geldt voor vier van de vijf VM-transgenderisten. Ongeveer een op de vijf MV-transgenders, een op de drie transmannen en bijna de helft van de VM-transgenderisten heeft seksueel geweld meegemaakt. Ook seksueel geweld voor het 16^e jaar komt veel voor, vooral bij transgenders in het VM-spectrum. Bij seksueel geweld na het 16^e jaar is de pleger vaak een vaste (ex-)partner of een andere bekende en bij VM-transgenders ook relatief vaak een onbekende. MV-transgenders geven vaak aan dat de dader (vermoedelijk) afwist van hun transgender-zijn of verleden. Net als bij homo- en biseksuele mannen werd in deze groep een samenhang gevonden tussen gendernonconformiteit in de kindertijd en slachtoffer zijn van seksueel geweld.

9.4 Aanbevelingen voor preventie, hulpverlening en beleid

Seksuele diversiteit en genderdiversiteit van LHBT's blijkt nog gevarieerder dan we al dachten. De LHBT groep is niet over één kam te scheren: 'de LHBT' bestaat niet. Ook het onderscheid maken tussen seksuele diversiteit en genderdiversiteit is belangrijk. Er blijkt extra aandacht nodig voor ervaringen met geweld en grensoverschrijding bij alle groepen, de preventie van hiv en soa bij homo- en biseksuele mannen, en de seksuele beleving en problemen van transgenders en lesbische en biseksuele vrouwen.

Grensoverschrijding en geweld

Seksueel geweld en seksuele grensoverschrijding komen onder LHBT's vaak voor. Bekend is dat dit ernstige gevolgen kan hebben, zowel wat betreft de psychische en lichamelijke gezondheid, maar ook wat betreft de maatschappelijke participatie van slachtoffers. Het huidige onderzoek laat zien dat dit ook voor de LHBT groep geldt, preventie is dan ook van groot belang. LHBT jongeren en jongvolwassenen verdienen extra aandacht, ook in de hulpverlening, omdat zij relatief vaak te maken krijgen met seksueel geweld.

Preventie betreft het voorkómen van seksueel geweld, het tijdig herkennen van signalen en het voorkómen van herhaling. Er zijn diverse preventie- en weerbaarheidsprogramma's in uitvoering, waarbinnen de aandacht voor seksuele en gender diversiteit verder versterkt kan worden. Dat seksuele en relationele vorming, inclusief seksuele diversiteit en genderdiversiteit, weerbaarheid, en respect voor eigen en andermans grenzen, inmiddels een verplicht onderdeel is binnen het onderwijs, zal op termijn een preventieve werking kunnen hebben. Omdat het praten over seksuele diversiteit en genderdiversiteit niet voor iedere leerkracht of docent even vanzelfsprekend of gemakkelijk zal zijn, is het belangrijk dat er voldoende docentenondersteuning en lesmaterialen beschikbaar zijn om met deze onderwerpen aan de slag te kunnen gaan.

Respondenten die hulp rond seksueel geweld hebben gezocht bleken redelijk tevreden met deze hulp, maar wat betreft homovriendelijkheid en transgendervriendelijkheid is er nog winst te behalen. Hulpverleners kunnen ondersteund worden om seksualiteit, seksuele diversiteit, genderdiversiteit en de uitingen hiervan te bespreken met hun cliënten. Ook zal het voor hulpverleners makkelijker worden om cliënten te ondersteunen bij het vinden van sociale steun of verdere hulpverlening, wanneer een actueel overzicht beschikbaar is van de mogelijkheden. Deze ondersteuning kan gekoppeld worden aan de bestaande initiatieven om professionals bij het bespreken van seksualiteit en problemen die hiermee samen kunnen hangen te faciliteren, zoals de website seksindepraktijk.nl die binnenkort gelanceerd wordt.

De reguliere opvang en hulpverlening moeten ook goed toegankelijk zijn voor LHBT's. Hierbij kan aangesloten worden op bestaande structuren,

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

zoals de Steunpunten Huiselijk Geweld (op voorwaarde dat ook seksueel geweld daarbinnen een plaats krijgt) en bij de initiatieven om de ketenaanpak te verbeteren, waaronder de Centra voor Seksueel geweld. Dit vraagt niet alleen om inzicht in de specifieke problematiek van LHBT, maar ook om kennis van LHBT leefstijlen en netwerken, en van LHBT gespecialiseerde hulpverlening.

Preventie van hiv en soa bij homo- en biseksuele mannen

Hiv en soa komen veel voor bij homo- en biseksuele mannen. In deze studie is in het bijzonder gekeken naar seksueel gedrag in relatie tot hiv en soa bij mannen die het laatste half jaar seks hebben gehad met een of meerdere mannen (MSM). De verschillende manieren waarop zij zichzelf en anderen anno 2013 beschermen tegen hiv en soa en verspreiding van hiv (willen) voorkomen zijn in kaart gebracht. Hierbij zijn thema's naar voren gekomen die verder aandacht kunnen krijgen in preventie, hulpverlening en beleid rond hiv en soa.

Zo is het testen op hiv en soa niet voor iedereen een vanzelfsprekendheid. Het aantal niet of niet recent geteste mannen is relatief hoog, maar wel minder hoog bij mannen met meerdere sekspartners. Tegelijkertijd weten we dat vooral mannen die niet weten dat ze hiv-geïnfecteerd zijn, de verspreiding van hiv in stand houden. Het opsporen van deze (deels oude en deels recente) hiv-infecties moet daarom prioriteit hebben. Hierbij kan de oproep tot regelmatig testen op hiv verder gedifferentieerd worden naar specifieke groepen MSM waar gezondheidswinst binnen handbereik ligt. Het belang van regelmatig hiv-testen kan onderbouwd worden met de nieuwe inzichten in de individuele en collectieve gezondheidsvoordelen van vroegtijdige hiv-behandeling.

Specifieke aandacht en informatie zijn nodig voor de groepen die een verhoogd risico op hiv/soa lopen zoals MSM met wisselende sekspartners en MSM die onbeschermd seks hebben terwijl ze niet-getest of lang geleden getest zijn op hiv. Meer dan de helft van alle MSM was onbekend met PEP. Juist groepen die meer risico lopen, zouden hier beter bekend mee gemaakt kunnen worden. Wellicht dat MSM uit deze groepen ook gebaat kunnen zijn met de toekomstige mogelijkheid van verstrekking van hiv-medicatie als preventiemiddel: PrEP.

Vrijwel alle MSM hanteren ook andere risicoreductie strategieën dan condoomgebruik. Echter, deze worden niet altijd correct of terecht toegepast. Voorbeelden hiervan zijn onvolledige communicatie en impliciete veronderstellingen ten aanzien van de hiv-status van een losse partner, of het niet maken of niet naleven van *negotiated safety* afspraken met de vaste partner. Goede informatie over de juiste toepassing en effectiviteit van risicoreductie strategieën dient actueel en beschikbaar te zijn, en zo veel mogelijk aan te sluiten bij de afwegingen die MSM in de praktijk maken, of zij nu hiv-negatief of hiv-positief zijn, of niet weten dat zij hiv hebben. In deze informatie moet ook aandacht geschonken worden aan de invloed die (de wensen van) de sekspartner en de omgeving waarin seks plaatsvindt kunnen hebben, en hoe je hierover het gesprek met elkaar aan kunt gaan.

Homo- en biseksuele mannen zijn op velerlei manieren seksueel actief, hebben regelmatig seks via internet en seks onder invloed. Deze seksuele leefstijl hangt samen met bepaalde risico's, zoals grensoverschrijding en controle verlies over het seksuele contact en de mate van bescherming voor zichzelf en voor de ander. Deze risico's vragen om aandacht in de hulpverlening rondom soa en hiv en grensoverschrijding, zonder morele oordelen over een dergelijke leefstijl. Deze staan het objectief informeren en adviseren in de weg, met als gevolg dat 'de boodschap' nauwelijks overkomt. Dit geldt overigens voor alle informatievoorziening gericht op deze groep seksueel actieve mannen. Op individueel en collectief niveau kan meer openheid en onderlinge communicatie over hiv gestimuleerd worden, ook om hiv-stigma tegen te gaan. Te denken valt aan een campagne en aan het ondersteunen van initiatieven vanuit de doelgroep zelf.

Diversiteit en seksuele gezondheid van transgenders

Het huidige onderzoek levert verschillende inzichten op met betrekking tot de genderidentiteit, transitiewens, seksuele oriëntatie en seksuele gezondheid van transgenderpersonen. Samen met de resultaten uit eerder kwalitatief onderzoek (Doorduyn & Van Berlo, 2012) kan deze kennis worden gebruikt in informatie- en ondersteuningsmateriaal voor de doelgroep zelf, voor de algemene bevolking en voor professionals.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

De diversiteit en variatie in genderidentiteiten, transitiewens en seksuele oriëntatie onder transgenders is groot. Dit inzicht kan jonge transgenders helpen in de zoektocht naar hun hun identiteit (Doorduyn & Van Lee, 2013). Ook voor professionals die met transgenders werken of die kennis over transgenders overdragen, is voldoende kennis over de variatie aan transgendergevoelens en -identiteiten belangrijk. Deze informatie kan dan ook gebruikt worden bij de ontwikkeling van les- en voorlichtingsmateriaal, bijvoorbeeld voor het onderwijs, en bij de ondersteuning en deskundigheidsbevordering van hulpverleners die werken met of voor transgenders.

Transgenderisten uiten hun genderidentiteit minder dan zij graag zouden willen. Mogelijk is het voor transgenderisten relatief moeilijk om hun genderidentiteit te uiten, omdat genderidentiteiten anders dan 'man' of 'vrouw' door de algemene bevolking minder geaccepteerd worden (Kuyper, 2012). Meer zichtbaarheid van en bekendheid met het bestaan van deze identiteiten kan de acceptatie vergroten, en leidt daarmee tot meer vrijheid voor transgenderisten in de manier waarop zij hun genderidentiteit kunnen uiten. Te denken valt aan het explicieter benoemen van deze groep in informatiemateriaal voor het grote publiek, maar ook aan het stimuleren van populaire media om deze groep op een positieve manier zichtbaar te maken.

Transgenders hebben vaak seksuele problemen en een minderheid is tevreden met het seksleven. Seksuele problemen van transgenders hangen samen met onvrede met het lichaam. Een geslachtsaanpassende behandeling kan hierop een positieve invloed hebben (Cohen-Kettenis & Goozen, 1997; Smith et al., 2005). Transgenders die een operatie hebben ondergaan hebben veelal een positievere seksbeleving en transgenders met een onvervulde transitiewens zijn ontevredener. Bij de keuze voor een geslachtsaanpassende behandeling kunnen de gevolgen hiervan voor seksuele beleving en functioneren een rol spelen. In de ondersteuning bij het maken van deze keuze is aandacht voor seksualiteit dan ook van belang.

Een geslachtsaanpassende behandeling lost niet altijd alle seksuele problemen op, en soms treden deze juist op na een behandeling (Doorduyn & Van Berlo, 2012). Ook hebben niet alle transgenders met seksuele

problemen een behandelwens. Daarom is het wenselijk dat alle transgenders passende, professionele hulp kunnen krijgen voor hun seksuele problemen. Er zijn aanwijzingen dat het aanbod op dit moment onvoldoende is en dat het voor transgenders zelf lastig is erachter te komen welke therapeuten expertise hebben. Het is daarom van belang dat eventuele tekorten in deskundigheid worden verholpen, bijvoorbeeld door bijscholing van geïnteresseerde hulpverleners. Mogelijk is het nodig dat er behandelmethoden worden ontwikkeld voor transgenders met seksuele problematiek. Tot slot kan een overzicht van gespecialiseerde hulpverleners het aanbod aan deze hulp inzichtelijk maken voor transgenders zelf en hun doorverwijzers.

Transgenders met seksuele problemen of een negatieve seksualiteitsbeleving hebben niet alleen behoefte aan individuele hulp, maar ook aan uitwisseling over seksualiteit met andere transgenders. Zij kunnen informatie bieden uit de eerste hand, en ook steun en herkenning geven. Dit soort uitwisseling kan informeel plaatsvinden onder vrienden of op internet, maar ook binnen zelfhulpgroepen of professionele therapiegroepen. Uitwisseling over seksualiteit binnen een informele setting is niet voor iedereen mogelijk of veilig genoeg. Aandacht voor seksualiteit binnen zelfhulpgroepen en professionele therapiegroepen is daarom ook van belang. Tot slot ontbreekt op dit moment informatiemateriaal voor transgenders over seksuele gezondheid en seksueel functioneren. Dit materiaal dient geschikt te zijn voor alle transgenders, ongeacht transitiewens of fase van transitie.

Integrale benadering en deskundigheid

De verschillende problemen op het gebied van seksuele gezondheid die bij LHBT's naar voren komen, vragen om een integrale benadering met hierbinnen gedifferentieerd aandacht voor homoseksuele mannen, lesbische vrouwen, biseksuele mannen en vrouwen en transgenders. Bij het verbeteren van de seksuele gezondheid, moet niet alleen naar de groep als geheel worden gekeken, maar ook naar de specifieke problemen van de verschillende subgroepen.

Integraal beleid op het gebied van seksuele diversiteit en genderdiversiteit is nodig in alle sectoren van het overheidsbeleid, en niet alleen gezondheidsbeleid. Voor een deel gaat het immers ook om emancipatie en

sociale acceptatie, en de impact die afwijzing en uitsluiting kan hebben op allerlei gezondheidsproblemen. Voorlichting over seksuele en gender diversiteit op jonge leeftijd, bijvoorbeeld als onderdeel van seksuele en relationele vorming in het onderwijs, draagt bij aan zelfacceptatie en sociale acceptatie, waardoor problemen voorkomen kunnen worden.

Professionals in de reguliere zorg en preventie dienen goed voorbereid en toegerust te worden op de diversiteit in de seksuele (en psychosociale) gezondheid van LHBT's, met als doel tijdig de problemen te signaleren, de hulp- en dienstverlening, en preventieprogramma's, aan te laten sluiten op LHBT specifieke behoeften, leefomgevingen en situaties. Hiervoor is het noodzakelijk dat professionals zowel tijdens hun beroepsopleiding als in hun beroepspraktijk kennis, vaardigheden en materialen aangereikt krijgen om deze aansluiting te kunnen maken.

9.5 Beperkingen van dit onderzoek en onderzoeksagenda

Deze studie kent zijn beperkingen en heeft daarom geen antwoord kunnen geven op alle vragen die er zijn rondom de seksuele gezondheid van LHBT. Hier vatten we de beperkingen van de huidige studie samen en doen we aanbevelingen voor verder onderzoek.

Beschrijvend

De huidige studie biedt een uitgebreid beschrijvend overzicht van de seksuele gezondheid van LHBT's. Hoewel ook gekeken is naar factoren die met de seksuele gezondheid samenhangen, maakt het cross-sectionele design van de studie het lastig om verschillen in seksuele gezondheid echt te verklaren. Een cross-sectionele studie geeft immers geen inzicht in de richting van bepaalde samenhangen. We weten bijvoorbeeld wel dat een minder goede psychische gezondheid samenhangt met het meemaken van seksueel geweld, maar niet of dit een risicofactor is, een gevolg, of beide. En we weten ook dat hiv-positieve mannen een relatief seksueel actieve leefstijl hebben, maar niet of deze leefstijl veranderd is na een hiv-diagnose. Om wel antwoord te kunnen geven op dergelijke vraagstukken is een studie met een longitudinaal design nodig. Een dergelijke studie met een focus op seksuele gezondheid van de brede LHBT doelgroep ontbreekt tot op heden.

Eerste in een reeks

De huidige studie is de eerste studie die de seksuele gezondheid in brede zin in kaart brengt onder lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuele mannen en vrouwen én transgenders. Er is daarom weinig vergelijkingsmateriaal. Dat geldt zowel voor de vergelijking met eerder Nederlands onderzoek, als voor de internationale vergelijking. Ook internationaal ligt de focus in het onderzoek naar de seksuele gezondheid van LHBT vooral op de preventie van soa en hiv. Om in de toekomst trends te kunnen signaleren, is het blijven monitoren van de seksuele gezondheid van LHBT, inclusief het risico op soa en hiv bij MSM, essentieel. Het huidige onderzoek kan als nulmeting worden beschouwd. Met dit onderzoek is de monitoring van de seksuele gezondheid van LHBT in Nederland geïntegreerd in de algemene monitor *Seksuele gezondheid in Nederland* die Rutgers WPF al jaren uitvoert. In de vernieuwde leefstijlmonitoring zal Rutgers WPF de seksuele gezondheid in Nederland periodiek blijven onderzoeken. LHBT's moeten in deze monitor voldoende aandacht blijven krijgen, eventueel door aanvullende werving. Bovendien zijn vragen naar seksuele oriëntatie en enkele vragen naar seksuele gezondheid inmiddels opgenomen in de landelijke gezondheidsmonitor van het CBS. Hiermee kan in de toekomst verder inzicht verkregen worden in hoe seksuele oriëntatie samenhangt met andere leefstijl- en gezondheidsaspecten, zoals alcohol en drugsgebruik en psychische gezondheid. Daarnaast verdient het aanbeveling om aansluiting te zoeken bij monitors van de seksuele gezondheid in andere Europese landen. Onder andere in Engeland en Frankrijk worden periodiek vergelijkbare bevolkingsstudies opgezet. Wanneer LHBT in deze studies ook voldoende vertegenwoordigd zijn en vergelijkbare onderzoeksinstrumentaria worden gebruikt, is internationale vergelijking in de toekomst beter mogelijk.

Representativiteit

Binnen de randvoorwaarden van dit onderzoek was de werving van LHB's via een panel de beste mogelijkheid om een groep LHB samen te stellen die als indicatie kan fungeren voor de Nederlandse populatie LHB's. Een nadeel van deze methode van werving is echter dat bepaalde groepen in een panel ondervertegenwoordigd zijn. Dat geldt in het bijzonder voor LHB's met een niet-westerse allochtone achtergrond. Om uitspraken te kunnen doen over de rol van etniciteit in de seksuele gezondheid van LHB, is het voor de werving belangrijk te kijken naar ingangen en kanalen waar

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

we LHB met een niet-westerse achtergrond kunnen bereiken. Ook is het mogelijk apart onderzoek te doen onder deze groep met passende wervings- en onderzoeksmethoden. De transgendersteekproef is grotendeels geworven via transgender specifieke kanalen en daardoor niet representatief. Het is een enorme uitdaging om een steekproef van transgenders te krijgen die representatief te noemen is. Een mogelijkheid zou zijn om in omvangrijke bevolkingsstudies vragen op te nemen naar geboortegeslacht en huidige genderidentiteit. Wellicht zou op deze manier een panel gevormd kunnen worden van aselekt geworven transgenders.

Beperkte ruimte in een vragenlijst

Als het invullen van een vragenlijst te veel tijd kost, neemt de concentratie van een respondent af. Wij waren daarom genooddaakt om keuzes te maken in de concepten die meegenomen konden worden in onze vragenlijst en bepaalde onderwerpen zijn dan ook onderbelicht gebleven. Daarnaast betreft dit onderzoek een survey onderzoek. Dit onderzoeksontwerp is geschikt om inzicht te krijgen in hoe vaak dingen voorkomen, en of er bepaalde risicogroepen of factoren zijn. Inzicht in het waarom, processen die mensen doorlopen in het maken van keuzes en de context hiervan zijn echter lastiger met een vragenlijst te achterhalen. Voor dit soort vraagstellingen zijn andere methoden meer geschikt. Daarnaast roepen de resultaten van dit onderzoek op verschillende thema's vragen op. Hieronder worden enkele van deze thema's, die in toekomstig onderzoek nader uitgediept zouden moeten worden, beschreven.

Het categoriseren van seksuele oriëntatie en genderidentiteit

In de huidige studie hebben we lesbische vrouwen, homoseksuele mannen en biseksuele mannen en vrouwen gecategoriseerd aan de hand van seksuele aantrekking. Seksuele aantrekking hangt samen met hoe men zichzelf noemt en met ervaringen met verliefdheid, relaties en seks met mannen en vrouwen, maar is niet volledig gelijk aan deze aspecten van seksuele oriëntatie. Een deel van de vrouwen die ook op vrouwen valt, noemt zichzelf bijvoorbeeld hetero. Ook binnen de groep transgenders bestaat veel diversiteit. Transgenderisten hebben vaak geen transitiewens, maar soms ook wel. Het verdient dan ook aanbeveling om in toekomstig onderzoek te exploreren of er andere manieren van categorisering mogelijk zijn die meer recht doen aan de beleving van de doelgroep. Dat

zou bijvoorbeeld kunnen door categorieën te maken op basis van meerdere dimensies van seksuele oriëntatie tegelijk, of door genderidentiteit en transitiewens met elkaar te combineren.

De rol van geslachtsaanpassende behandeling

Het ondergaan van een operatie hangt in deze studie niet samen met het al dan niet hebben van seksuele problemen. Wellicht komt dat doordat aan het huidige onderzoek slechts een klein aantal transgenders meedeelde die een operatie en/of een gehele geslachtsaanpassende behandeling heeft ondergaan. Op basis van dit onderzoek is daarom moeilijk te zeggen hoe vaak een geslachtsaanpassende behandeling in Nederland leidt tot negatieve danwel positieve uitkomsten wat betreft seksuele problemen en beleving. Uit kwalitatief onderzoek is bekend dat er bij operaties complicaties kunnen optreden die de seksuele beleving negatief beïnvloeden (Doorduyn & Van Berlo, 2012), maar hoe vaak dit precies gebeurt is onbekend. Ook weten we nog niet goed hoe eventuele seksuele problematiek na een geslachtsaanpassende behandeling te verhelpen of te voorkomen is. Het strekt tot aanbeveling om dit soort vragen onder de loep te nemen in toekomstig klinisch onderzoek.

Seksuele problemen meten in een bevolkingsstudie

Het meten van seksuele problemen met behulp van een online vragenlijst is lastig. Voor het vaststellen van seksuele disfuncties is een klinische anamnese een vereiste. Om die reden hebben we het in dit onderzoek ook niet over seksuele disfuncties. Ook het onderzoeken van seksuele problemen en hierbij zo dicht mogelijk bij de DSM-5 criteria blijven is ingewikkeld. De DSM-5 is recent uitgekomen en sommige criteria zijn gewijzigd ten opzichte van de voorgaande editie. Bestaande vragenlijsten zijn doorgaans lang en minder geschikt voor een bevolkingsstudie. Bovendien zijn dergelijke vragenlijsten vooral gericht op het meten van seksuele problemen bij heteroseksuele contacten. Om deze reden hebben we voor dit onderzoek nieuwe vragen ontwikkeld voor het meten van seksuele problemen. Dit staat de vergelijkbaarheid met nationaal en internationaal eerder onderzoek in de weg en maakt het lastig om de gevonden resultaten te duiden: hebben LHBT's relatief veel of weinig seksuele problemen? Het verdient daarom aanbeveling om in toekomstig onderzoek te werken aan het ontwikkelen van een standaard

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

instrumentarium. De voor dit onderzoek ontwikkelde vragen vormen hier de basis voor.

Risicoreductie strategieën

De resultaten laten zien dat veel MSM risicoreductie strategieën hanteren om de kans op overdracht van hiv te verkleinen. Over de effectiviteit van deze strategieën is nog weinig bekend. Ook weten we niet in welke situaties MSM voor deze strategieën kiezen. Verder onderzoek is dan ook nodig naar de effectiviteit en de bijbehorende randvoorwaarden van de verschillende strategieën die MSM, hiv-positief of hiv-negatief, in de praktijk hanteren om hiv-transmissie te voorkomen. Onderzocht zou moeten worden welke afwegingen MSM maken bij het achterwege laten van het condoom, waarbij de partnerkenmerken en de context waarin al dan niet valide risicoreductie strategieën worden toegepast in acht worden genomen. Een kwalitatieve onderzoeksmethode is voor dergelijke vragen heel geschikt.

PrEP

PrEP is nog redelijk nieuw en daarom is er nog weinig bekend over de toepassingsmogelijkheden van dit middel. PrEP biedt goede perspectieven voor hiv-preventie, maar de benodigde medicatie is in Nederland nog niet geregistreerd voor deze toepassing. Er is nog te weinig bekend over de effectiviteit van PrEP om het in Nederland in te voeren. In de huidige studie zijn slechts enkele vragen opgenomen over PrEP, en die lieten zien dat bijna de helft van de MSM het wenselijk vindt om hiv-medicatie preventief aan te bieden. Verder onderzoek naar de toepassingsmogelijkheden van PrEP en de groepen MSM die hiervoor in aanmerking zouden kunnen komen is wenselijk.

Achtergronden van seksueel geweld

De huidige studie bevestigt resultaten uit eerder onderzoek dat seksueel geweld onder LHBT's vaker voorkomt dan in de Nederlandse bevolking (Rutgers WPF, 2013). Over de achtergronden van deze hoge prevalentie is nog weinig bekend. Parallel aan de huidige studie voert Rutgers WPF een kwalitatief onderzoek uit naar de achtergronden van seksueel geweld bij transgenders. De resultaten hiervan worden in de zomer van 2014 bekend. In aanvulling hierop verdient een onderzoek naar de achtergronden van

seksueel geweld onder homo- en biseksuele mannen en onder biseksuele vrouwen ook aanbeveling.

Behoefte aan informatie en zorg

Lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuele mannen en vrouwen en transgenders hebben specifieke problemen op het gebied van seksuele gezondheid. We weten op basis van dit onderzoek echter nog onvoldoende welke behoeften aan informatie en zorg LHBT's hebben. Ook kan het zo zijn dat deze behoeften veel gedifferentieerder zijn dan we denken. Binnen de groep biseksuele mannen en vrouwen bestaat bijvoorbeeld veel variatie in de mate waarin men zich aangetrokken voelt tot het eigen geslacht. Het zou kunnen dat biseksuele vrouwen die vooral op mannen vallen, andere behoeften hebben dan biseksuele vrouwen die vooral op vrouwen vallen. Meer inzicht in de behoeften van afzonderlijke doelgroepen is noodzakelijk, om informatie en hulp goed bij hen te laten aansluiten.

Samenwerking

Dit boek vormt de eerste rapportage van de resultaten van dit onderzoek. Het is bedoeld om een brede presentatie te geven van het onderzoeksmateriaal. Het biedt een goed uitgangspunt voor de doelgroepen, de professionals in het veld en beleidsmakers om alvast stappen te zetten om de seksuele gezondheid van LHBT te verbeteren of op peil te houden. De dataset biedt echter nog volop mogelijkheden voor verdere analyses. In de conceptenlijsten valt bijvoorbeeld terug te vinden dat wij ook vragen hebben gesteld over de kindwens van LHBT's, het risico op soa en hiv bij transgenders en vrouwen, het verloop van de seksuele ontwikkeling en de context van condoomgebruik bij de laatste keer seks. Daarnaast kunnen nog tal van dwarsverbanden worden onderzocht. Wij gaan daar vanzelfsprekend de komende tijd mee aan de slag, maar zouden dit graag met relevante partijen samen doen. Op deze manier kan de rijkheid aan ervaringen die de respondenten met ons gedeeld hebben, ten volle worden benut.

REFERENTIES

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bakker, F., Graaf, H. de, Haas, S. de, Kedde, H., Kruijer, H., & Wijsen, C. (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland 2009*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Bakker, F., & Vanwesenbeeck, I. (2006). *Seksuele gezondheid in Nederland 2006*. Delft: Eburon.
- Balán, I.C., Carballo-Diéguez, A., Dolezal, C., Marone, R., Pando, M.A., Barreda, V., & Avila, M.M. (2013). High prevalence of substance use among men who have sex with men in Buenos Aires, Argentina: Implications for HIV risk behavior. *AIDS and Behavior*, 17, 1296-1304.
- Bancroft, J., Carnes, L., Janssen, E., Goodrich, D., & Scott Long, J. (2005). Erectile and ejaculatory problems in gay and heterosexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 3, 285-297.
- Bancroft, J., Janssen, E., Strong, D., & Vukadinovic, Z. (2003). The relation between mood and sexuality in gay men. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 231-242.
- Berlo, W. van, & Höing, M. (2006). *Seksuele victimisatie*. In F. Bakker en I. Vanwesenbeeck (Eds.) *Seksuele gezondheid in Nederland 2006* (pp 139-155). Delft: Eburon.
- Berlo, W. van, & Mooren, T. (2009). *Seksueel geweld: gevolgen en behandeling*. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck en P. Weijenborg (eds.) *Seksuologie*, pp 419-434. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bezemer, D., Wolf, F. de, Boerlijst, M.C., Sighem, A. van, Hollingsworth, T.D., & Fraser, C. (2010). 27 years of the HIV epidemic amongst men having sex with men in the Netherlands: An in depth mathematical model -based analysis. *Epidemics*, 2, 66-79.
- Bil, J., Davidovich, U., Veldt, W. van der, & Stolte, I. (2013). Low intention to use Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) to prevent HIV-infection among men having sex with men (MSM) in the Netherlands. Gepresenteerd op XVI National Congress of the Spanish Interdisciplinary AIDS Society (SEISIDA) and the XI International AIDS Impact Conference; Barcelona. September 29 - October 2, 2013.

REFERENTIES

- Bockting, W., Benner, A., & Coleman, E. (2009). Gay and bisexual identity development among female-to-male transsexuals in North America: Emergence of a transgender sexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 688-701.
- Boeke, A.J.P., & Heijnen, A.M. (2013). Pre-expositieprofylaxe van hiv-infectie? Nee, tenzij. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 157, A6359.
- Boom, W. van den, Stolte, I.G., Sandfort, T., & Davidovich, U. (2012). Serosorting and sexual risk behaviour according to different casual partnership types among MSM: the study of one-night stands and sex buddies. *AIDS Care*, 24, 167-173.
- Boom, W. van den, Stolte, I.G., Witlox, R., Sandfort, T., Prins, M., & Davidovich, U. (2013). Undetectable viral load and the decision to engage in unprotected anal intercourse among HIV-positive MSM. *AIDS and Behavior*, 17, 1236-1242.
- Braun, V., Schmidt, J., Gavey, N., & Fenaughty, J. (2009). Sexual coercion among gay and bisexual men in Aotearoa/New Zealand. *Journal of Homosexuality*, 56, 336-360.
- Chang, S.C.H., Klein, C., & Gorzalka, B.B. (2013). Perceived prevalence and definitions of sexual dysfunction as predictors of sexual function and satisfaction. *Journal of Sex Research*, 50, 502-512.
- Christopher, F.S., & Pflieger, J.C. (2007). Sexual Aggression: The Dark Side of Sexuality in Relationships. *Annual Review of Sex Research*, 18, 115-142.
- Cohen, M.S., Chen, Y.Q., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M.C., Kumarasamy, N.,Fleming, T.R. (2011). Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 365, 493-505.
- Cohen-Kettenis, P.T. & Van Goozen, S.H.M. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 36 (2), 263-271.
- Coleman, E., Bockting, W., & Gooren, L. (1993). Homosexual and bisexual identity in sex-reassigned female-to-male transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 37-50.
- Corona, G., Jannini, E.A., & Maggi, M. (2006). Inventories for male and female sexual dysfunctions. *International Journal of Impotence Research*, 18, 236-250.
- Courtenay-Quirk, C., Wolitski, R.J., Parsons, J.T., & Gomez, C.A. (2006). Is HIV/AIDS stigma dividing the gay community? Perceptions of HIV positive

REFERENTIES

- men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 18, 56-67.
- Cove, J., & Boyle, M. (2002). Gay men's self-defined sexual problems, perceived causes and factors in remission. *Sexual and Relationship Therapy*, 17, 137-147.
- Cramer, R.J., McNiel, D.E., Holley, S.R., Shumway, M., & Boccellari, A. (2012). Mental health in violent crimes: Does sexual orientation matter? *Law and Human Behavior*, 36, 87-95.
- Crepaz, N., Marks, G., Liao, A., Mullins, M.M., Aupont, L.W., Marshall, K.J., & Wolitski, R.J. (2009). Prevalence of unprotected anal intercourse among HIV-diagnosed MSM in the United States: a meta-analysis. *AIDS*, 23, 1617-1629.
- Crone, E. (2008). *Het puberende brein. Over de ontwikkeling van de hersenen in de unieke periode van de adolescentie*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Cuyper, G. de, T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., Monstrey, S., Vansteenwegen, A., & Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 679-690.
- Das, M., Chu, P.L., Santos, G.M., Scheer, S., Vittinghoff, E., McFarland, W., & Colfax, G.N. (2010). Decreases in community viral load are accompanied by reductions in new HIV infections in San Francisco. *PLoS ONE*, 5. doi:10.1371/journal.pone.0011068
- Davidovich, U., Wit, J.B. de, & Stroebe, W. (2000). Assessing sexual risk behaviour of young gay men in primary relationships: the incorporation of negotiated safety and negotiated safety compliance. *AIDS*, 14, 701-706.
- Deblonde, J., Koker, P. de, Hamers, F.F., Fontaine, J., Luchters, S., & Temmerman, M. (2010). Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 20, 422-432.
- Diamond, L. (2008). *Sexual fluidity: Understanding women's love and desire*. Harvard: Harvard University Press.
- Donker, G., Dorsman, S., Spreeuwenberg, P., Broek, I. van den, & Bergen, J. van. (2013). Twenty-two years of HIV-related consultations in Dutch general practice: a dynamic cohort study. *BMJ Open*, 3, e001834.
- Doorduyn, T., & Van Berlo, W. (2012). *Een dubbel gevoel: Een pilotonderzoek naar seksualiteitsbeleving en informatiebehoefte over seksualiteit van transgenders*. Utrecht: Rutgers WPF.

REFERENTIES

- Doorduyn, T., & Van Lee, L. (2013). *Gaat het ook over mij?: De behoeften van LHBT-jongeren aan informatie en hulpverlening rondom seksuele gezondheid*. Utrecht: Rutgers WPF.
- Dunn, K.M., Croft, P.R., & Hackett, G.I. (2000). Satisfaction in the sex life of a general population sample. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 141-151.
- Empelen, P. van, Berkel, M. van, Roos, E., & Zuilhof, W. (2011). *Schorer Monitor 2011*. Amsterdam: Schorer.
- European Union Agency for Fundamental Rights (2014). *Violence against women: an EU-wide survey. Main results*. Luxembourg: Publication Office of the European Union.
- Everitt, B.S., Landau, S., Leese, M., & Stahl, D. (2011). *Cluster analysis, 5th edition*. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Flores, S.A., Mansergh, G., Marks, G., Guzman, R., & Colfax, G. (2009). Gay identity-related factors and sexual risk among men who have sex with men in San Francisco. *AIDS Education and Prevention*, 21, 91-103.
- Flowers, P., Knussen, C., Li, J., & McDaid, L. (2013). Has testing been normalized? An analysis of changes in barriers to HIV testing among men who have sex with men between 2000 and 2010 in Scotland, UK. *HIV Medicine*, 14, 92-98.
- Friedman, M.S., Marshall, M.P., Guadamuz, T.E., Wei, C., Wong, C.F., Saewyc, E.M., & Stall, R. (2011). A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American Journal of Public Health*, 101, 1481-1494.
- Friedman, M.S., Silvestre, A.J., Gold, M.A., Markovic, N., Savin-Williams, R.C., Huggins, J., & Sell, R.L. (2004). Adolescents define sexual orientation and suggest ways to measure it. *Journal of Adolescence*, 27, 303-317.
- Fugl-Meyer, K.S., & Fugl-Meyer, A.R. (2002). Sexual disabilities are not singularities. *International Journal of Impotence Research*, 14, 487-493.
- Goenee, M.S., Kedde, H., & Picavet, Ch. (2012). Condoomgebruik en testgedrag in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 109-120.
- Gold, S.D., Dickstein, B.D., Marx, B.P., & Lexington, J.M. (2009). Psychological outcomes among lesbian sexual assault survivors: An Examination of the roles in internalized homophobia and experiential avoidance. *Psychology of Women Quarterly*, 33, 54-66.
- Gold, S.D., Marx, B.P., & Lexington, J.M. (2007). Gay male sexual assault survivors: The relations among internalized homophobia, experiential

REFERENTIES

- avoidance, and psychological symptom severity. *Behaviour research and therapy*, 45, 549-562.
- Golub, S.A., Starks, T.J., Payton, G., & Parsons, J.T. (2012). The critical role of intimacy in sexual risk behaviors of gay and bisexual men. *AIDS Behaviour*, 16, 626-632.
- Graaf, H. de (2012). Seksueel gedrag en seksuele beleving in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 87-97.
- Graaf, H. de, Meijer, S., Poelman, J., & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005*. Delft: Eburon.
- Graaf, H. de, Sandfort, T., & Dörfler, T. (2011). Ervaringen met homonegativiteit van mannen die seks hebben met mannen: Verbanden met riskant seksueel gedrag. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 35, 195-203.
- Grov, C., Golub, S.A., Parsons, J.T., Brennan, M., & Karpiak, S.E. (2010). Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults. *AIDS Care*, 22, 630-639.
- Guaraldi, G., Luzi, K., Murr, R., Granata, A., De Paola, M., Orlando G., ...Martinez, E. (2007). Sexual dysfunction in HIV-infected men: role of antiretroviral therapy, hypogonadism and lipodystrophy. *Antiviral Therapy*, 12, 1059-1065.
- Haas, S., de Berlo, W., van, Bakker, F., & Vanwesenbeeck, I. (2012). Prevalence and characteristics of sexual violence in the Netherlands, the risk of revictimization and pregnancy: Results from a national population survey. *Violence and Victims*, 27, 592-608.
- Haas, S., de (2012). Seksueel grensoverschrijdend gedrag onder jongeren en volwassenen in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 136-145.
- Hamby, S.L., & Koss, M.P. (2003). Shades of gray: A qualitative study of terms used in the measurement of sexual victimization. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 243-255.
- Harreveld, C. (2009). *Ongewenste seks tijdens het uitgaan: wanneer 'ja' tot spijt leidt en 'nee' niet wordt gerespecteerd*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Hart, G.J., & Elford, J. (2010). Sexual risk behaviour of men who have sex with men: Emerging patterns and new challenges. *Current Opinion of Infectious Diseases*, 23, 39-44.
- Hatzenbuehler, M.L., O'Cleirigh, C., Mayer, K.H., Mimiaga, M.J., & Safren, S.A. (2011). Prospective associations HIV-related stigma, transmission risk

REFERENTIES

- behaviors, and adverse mental health outcomes in men who have sex with men. *Annals of Behavioral Medicine*, 42, 227-234.
- Heiligenberg, M., Wermeling, P.R., Rooijen, M.S. van, Urbanus, A.T., Speksnijder, A.G.C.L., Heijman, T., ...Loef, M.F. van der. (2012). Recreational drug use during sex and sexually transmitted infections among clients of a city sexually transmitted infections clinic in Amsterdam, the Netherlands. *Sexually Transmitted Diseases*, 39, 518-527.
- Hines, D.A. (2007). Predictors of sexual coercion against women and men: A multilevel, multinational study among university students. *Archives of sexual behavior*, 36, 403-422.
- Kedde, H. (2012). Seksuele disfuncties in Nederland: prevalentie en samenhangende factoren. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 98-108.
- Kelly, B.C., Bimbi, D.S., Izienicki, H., & Parsons, J.T. (2009). Stress and coping among HIV-positive bare-backers. *AIDS and Behavior*, 13, 792-797.
- Kerkhof, M.P.N. van (1999). Homo's op eigen benen. *SOA-Bulletin*, 20, 20- 22.
- Kesteren, N.M.C. van, Hospers, H.J., Empelen, P. van, Breukelen, G. van, & Kok, G. (2007). Sexual decision-making in HIV-positive men who have sex with men: how moral concerns and sexual motives guide intended condom use with steady and sexual partners. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 437-449.
- Kesteren, N.M.C. van, Hospers, H.J., & Kok, G. (2007). Sexual risk behavior among HIV-positive men who have sex with men: a literature review. *Patient Education and Counseling*, 65, 5-20.
- Kesteren, N.M.C. van, Hospers, H.J., Kok, G., & Empelen, P. van. (2005). Sexuality and sexual risk behavior in HIV-positive men who have sex with men. *Qualitative Health Research*, 15, 145-168.
- Keuzenkamp, S., Kooiman, N., & Van Lisdonk, J. (2012). *Niet te ver uit de kast: Ervaringen van homo- en biseksuelen in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Keuzenkamp, S. (2012). *Worden wie je bent: Het leven van transgenders in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klein, C., & Gorzalka, B.B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 2922-2939.
- Kooiman, N., & Keuzenkamp, S. (2012). *Alle homo's in een hokje. Zoektocht naar de beste categorisering van seksuele voorkeur*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

REFERENTIES

- Krahé, B., & Berger, A. (2013). Men and women as perpetrators and victims of sexual aggression in heterosexual and same-sex encounters: A study of first-year college students in Germany. *Aggressive Behavior*, 39, 391-404.
- Krahé, B., Scheinberger-Olwig, R., & Schütze, S. (2001). Risk factors of sexual aggression and victimization among heterosexual men. *Journal of Applied Social Psychology*, 31, 1385-1408.
- Krahé, B., Tomaszewska, P. Kuyper, L., & Vanwesenbeeck, I. (2014). Sexual aggression as a threat to young people's sexual well-being in Europe: A review of the evidence from 27 EU countries. Manuscript submitted for publication.
- Kuyper, L. (2012). Transgenders in Nederland: Prevalentie en attitudes. *Tijdschrift voor seksuologie*, 36, 129-135.
- Kuyper, L., & Vanwesenbeeck, I. (2011). Examining sexual health differences between lesbian, gay, bisexual, and heterosexual adults: the role of sociodemographics, sexual behaviour characteristics, and minority stress. *Journal of sex research* 48 , 263-274.
- Lange, J.M.A. (2011). "Test and treat": Is it enough? *Clinical Infectious Diseases*, 52, 801-802.
- Lankveld, J. van, Kuile, M. ter, & Leusink, P. (2010). *Seksuele disfuncties. Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lawrence, A.A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 299-315.
- Lewis, R.W., Fugl-Meyer, K.S., Corona, G., Hayes, R.D., Laumann, E.O., Moreira, E.D., ...Segraves, T. (2010). Definitions/Epidemiology/Risk Factors for Sexual Dysfunction. *Journal of Sexual medicine*, 7, 1598-1607.
- Lisdonk, J. van, & Bergen, D. van (2010). Homojongeren en hun seksuele voorkeur: Invulling en uiting. In S. Keuzenkamp (Ed.) *Steeds gewoner, nooit gewoon: Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Livingston, J.A., Testa, M., & VanZile-Tamsen, C. (2007). The reciprocal relationship between sexual victimization and sexual assertiveness. *Violence Against Women*, 13, 298-313.
- Lloyd, S., & Operario, D. (2012). HIV risk among men who have sex with men who have experienced childhood sexual abuse: systematic review and meta-analysis. *AIDS Education and Prevention*, 24, 228-241.

REFERENTIES

- McCarty-Caplan, D., Jantz, I., & Swartz, J. (2013). MSM and Drug Use: A Latent Class Analysis of Drug Use and Related Sexual Risk Behaviors. *AIDS and Behavior*. doi:10.1007/s10461-013-0622x
- Meyer, I.H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social behavior*, 36, 38-56.
- Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697.
- Montaner, J.S., Lima, V.D., Barrios, R., Yip, B., Wood, E., Kerr, T., ...Kendall, P. (2010). Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV-diagnoses in British Columbia, Canada: A population-based study. *Lancet*, 376, 532-539.
- Moreno-Pérez, O., Escoín, C., Serna-Candel, C., Picó, A., Alfayate, R., Merino, E., Portilla, J. (2010). Risk factors for sexual and erectile dysfunction in HIV-infected men: The role of protease inhibitors. *AIDS*, 24, 255-264.
- Motmans, J., T'Sjoen, G., & Meier, P. (2011). *De levenskwaliteit van transgender personen in Vlaanderen*. Antwerpen/Hasselt: Steunpunt Gelijke Kansenbeleid.
- Mudanyali, O., Dimitrov, S., Sikora, U., Padmanabhan, S., Navruz, I., & Ozcan, A. (2012). Integrated rapid-diagnostic-test reader platform on a cellphone. *Lab on a Chip*, 12, 2678-2686.
- Newcomb, M.E., & Mustanski, B. (2009). Moderators of the relationship between internalized homophobia and risky sexual behavior in men who have sex with men: A meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 189-199.
- Ostrow, D.G., Plankey, M.W., Cox, C., Li, X., Shoptaw, S., Jacobson, L.P., & Stall, R.C. (2009). Specific sex drug Combinations contribute to the majority of recent HIV seroconversions among MSM in the MACS. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51, 349-355.
- Pars, L., & Bergen, J. van. (2013). *Soa-testen, zelf doen of laten (doen)?* Amsterdam: Soa Aids Nederland.
- Parsons, J.T., Schrimshaw, E.W., Wolitski, R.J., Halkitis, P.N., Purcell, D.W., Hoff, C.C., & Gómez, C.A. (2005). Sexual harm reduction practices of HIV-seropositive gay and bisexual men: serosorting, strategic positioning, and withdrawal before ejaculation. *AIDS*, 19 (suppl 1), S13-S25.
- Plankey, M.W., Ostrow, D.G., Stall, R., Cox, C., Li, X., Peck, J.A., & Jacobson, L.P. (2007). The relationship between methamphetamine and popper use

REFERENTIES

- and risk of HIV seroconversion in the multicenter AIDS cohort study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 45, 85-92.
- Platteau, T., & Lankveld, J. van. (2005). Seksuele disfuncties bij homoseksuele mannen met hiv: Een literatuurreview. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 29, 205-214.
- Preston, D.B., D'Augelli, A.R., Kassab, C.D., Cain, R.E., Schulze, F.W., & Starks, M.T. (2004). The influence of stigma on the sexual risk behavior of rural men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 16, 291-303.
- Pulerwitz, J., Michaelis, A., Weiss, E., Brown, L., & Mahendra, V. (2010). Reducing HIV-related stigma: Lessons learned from horizons research and programs. *Public Health Reports*, 125, 272-281.
- Quirk, F.H. Heiman, J.R., Rosen, R.C., Laan, E., Smith, M.D., & Boolell, M. (2002). Development of a sexual function questionnaire for clinical trials of female sexual dysfunction. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 11, 277-289.
- Radcliffe, J., Doty, N., Hawkins, L.A., Gaskins, C.S., Beidas, R., & Rudy, B.J. (2010). Stigma and sexual health risk in HIV-positive African America young men who have sex with men. *AIDS Patient Care STDS*, 24, 493-499.
- Rao, D., Feldman, B.J., Fredericksen, R.J., Crane, P.K., Simoni, J.M., Kitahata, M.M., & Crane, H.M. (2012). A structural equation model of HIV-related stigma, depressive symptoms, and medication adherence. *AIDS and Behavior*, 16, 711-716.
- Ratti, R., Bakeman, R., & Peterson, J.L. (2000). Correlations of high-risk sexual behavior among Canadian men of South Asian and European origin who have sex with men. *AIDS Care*, 12, 193-202.
- Rehman, J., Lazer, S., Benet, A.E., Schaefer, L.C., & Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior*, 28, 71-89.
- Rietmeijer, C.A., Lloyd, L.V., & McLean, C. (2007). Discussing HIV serostatus with prospective sex partners: A potential HIV prevention strategy among high risk men who have sex with men. *Sexually Transmitted Diseases*, 34, 215-219.
- Rijckevorsel, G. van, Whelan, J., Kretzschmar, M., Siedenburg, E., Sonder, G., Geskus, R., Coutinho, R., & Hoek, A. van den. (2013). Targeted vaccination programme successful in reducing acute hepatitis B in men having sex with men in Amsterdam, the Netherlands. *Journal of Hepatology*, 59, 1177-1183.

REFERENTIES

- Roen, K. (2002). "Either/or" and "both/neither": Discursive tensions in transgender politics. *Signs*, 27, 501-522.
- Rosen, R., Brown, C. Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., D'Agostino, R. (2000) The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191-208.
- Rosen, R.C., Catania, J.A., Ehrhardt, A.A., Burnett, A.L., Lue, T.F., McKenna, K., Stoff, D.M. (2006). The Bolger conference on PDE-5 inhibition and HIV risk: Implications for health policy and prevention. *The Journal of Sexual Medicine*, 3, 960-975.
- Rosen, R.C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I.H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49, 822-830.
- Ross, M.W., Berg, R.C., Schmidt, A.J., Hospers, H.J., Breveglieri, M., Furegato, M., & Weatherburn, P. (2013). Internalised homonegativity predicts HIV-associated risk behavior in European men who have sex with men in a 38-country cross-sectional study: some public health implications of homophobia. *BMJ Open*, 3. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001928.
- Rothman, E.F., Exner, D., & Baughman, A.L. (2013). The prevalence of sexual assault against people who identify as gay lesbian or bisexual in the United States: A systematic review. *Trauma, Violence and Abuse*, 12, 55-66.
- Rutgers WPF (2013). *Wat maakt het verschil? Diversiteit in de seksuele gezondheid van LHBT's*. Een verkenning. Utrecht: Rutgers WPF.
- Sadeghi-Nejad, H., Wasserman, M., Weidner, W., Richardson, D., & Goldmeier, D. (2010). Sexually Transmitted Diseases and Sexual Function. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 389-413.
- Saewyc, E., Bauer, G.R., Skay, C.S., Bearinger, L.H., Resnick, M.D., Reis, E., & Murphy, A. (2004). Measuring sexual orientation in adolescent health surveys: Evaluation of eight school-based surveys. *Journal of Adolescent Health*, 35, 345.e1-345.e15.
- Sandfort, T.G.M., Graaf, R. de, Bijl, R.V., & Schnabel, P. (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: Findings from the Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). *Archives of General Psychiatry*, 58, 85-91.
- Savin-Williams, R.C. (2001). A critique of research on sexual-minority youths. *Journal of Adolescence*, 24, 5-13.

REFERENTIES

- Savin-Williams, R.C. (2006). Who's gay? Does it matter? *Association for Psychological Science*, 15, 40-44.
- Savin-Williams, R.C., Joyner, K., & Rieger, G. (2012). Prevalence and stability of self-reported sexual orientation identity during young adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 103-110.
- Sayles, J.N., Wong, M.D., Kinsler, J.J., Martins, D., & Cunningham, W.E. (2009). The association of stigma with self-reported access to medical care and antiretroviral therapy adherence in persons living with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, 24, 1101-1108.
- Schadé, A., Boenink, A.D., & Danner, S.A. (red.) (2010). *Handboek hiv en psychische klachten*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Sell, R.L. (1997). Defining and measuring sexual orientation: A review. *Archives of Sex Behavior*, 26, 643-658.
- Sell, R.L. (2007). Defining and measuring sexual orientation for research. In L.H. Meyer & M.E. Northridge (Eds.) *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations*. New York, NY: Springer.
- Sell, R.L., & Becker, J.B. (2001). Sexual orientation data collection and progress toward Healthy People 2010. *American Journal of Public Health*, 91, 876-882.
- Sighem, A. van, Gras, L., Kesselring, A., Smit, C., Engelhard, E., Stolte, I., & Reiss, P. (2013). *Monitoring of Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in the Netherlands*. Amsterdam: Stichting HIV Monitoring.
- Smit, P.J. (2010). Seks, spanning en sensatie. Gevonden op 17 maart 2014, van http://www.hivnet.org/index.php?option=com_content&view=article&id=9094&Itemid=372
- Smit, P.J., Brady, M., Carter, M., Fernandes, R., Lamore, L., Meulbroek, M., Ohayon, M., Platteau, T., ...Thompson, M. (2012). HIV-related stigma within communities of gay men: A literature review. *AIDS Care*, 24, 405-412.
- Smith, Y.L.S., Goozen, S.H.M., Kuiper, A.J., & Cohen-Kettenis, P.T. (2005a). Transsexual subtypes: Clinical and theoretical significance. *Psychiatry Research*, 137, 151-160.
- Smith, Y.L., Van Goozen, S.H.M., Kuiper, A. & Cohen-Kettenis, P. (2005b). Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35 (1), 89-99.

REFERENTIES

- Soa Aids Nederland (2013a). Nederlands Advies condoomgebruik aan vaste partners met ongelijke hiv-status. Verkregen op 3 maart 2014, van http://www.soaids.nl/nl/node/1791_
- Soa Aids Nederland (2013b). *Onder controle: Strategie voor de aanpak van soa's en hiv onder MSM in Nederland 2013-2018*. Amsterdam: Soa Aids Nederland.
- Soa Aids Nederland (2013c). Testlab van Man tot Man uitgebreid naar Noord Nederland. Verkregen op 18 maart 2014, van <http://www.soaids.nl/nl/testlab-van-man-tot-man-uitgebreid-naar-noord-nederland>
- Soetens, L.C., Koedijk, F.H.D, Broek, I.V.F. van den, Vriend, H.J., Coul, E.L.M., Aar, F. van., ...Bentham, B.H.B. (2013). *Sexually Transmitted Infections, including HIV, in the Netherlands in 2012*. Bilthoven: Centre for Infectious Disease Control - National Institute for Public Health and the Environment (RIVM).
- Stall, R., & Griensven, F. van (2005). New directions in research regarding prevention for positive individuals: questions raised by the seropositive urban Men's intervention trail. *AIDS*, 19(suppl 1), S123 - S127.
- Stall, R., Mills, T.C., Williamson, J., Hart, T., Greenwood, G., Paul, J., ...Catania, J.A. (2003). Association of co-occurring psychosocial health problems and increased vulnerability to HIV/AIDS among urban men who have sex with men. *American Journal of Public Health*, 93, 939-942.
- Stotzer, R.L. (2009). Violence against transgender people: A review of United States data. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 170-179.
- Stutterheim, S.E., Bos, A.E.R., & Schaalma, H.P. (2008). *HIV-related stigma in the Netherlands*. Enschede: Aids fonds.
- Stryker, S. (2008). *Transgender history*. Berkeley: Seal Press.
- Sudarshi, D., Pao, D., Murphy, G., Parry, J., Dean, G., & Fisher, M. (2008). Missed opportunities for diagnosing primary HIV infection. *Sexually Transmitted Infections*, 84, 14-16.
- Sullivan, A.K., Curtis, H., Sabin, C.A., & Johnson, M.A. (2005). Newly diagnosed HIV infections: review in UK and Ireland. *BMJ*, 330, 1301-1302.
- Testa, R.J., Sciacca, L.M., Wang, F., Hendricks, M.L., Goldblum, P., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: research and Practice*, 43, 452-459.
- The EMIS Network (2013). *EMIS 2010: The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.

REFERENTIES

- Thompson, E.M., & Morgan, E.M. (2008). "Mostly straight" young women: Variations in sexual behavior and identity development. *Developmental Psychology*, 44, 15-21.
- Tsui, H.Y., Lau, J.T.F., Feng, T., Hong, F., Cai, Y., Zhou, H., & Liu, X. (2014). Sexual dysfunction and unprotected anal intercourse among men who have sex with men in two chinese cities. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40, 139-148.
- Vanden Berghe, W.J.M.E. (2013). *An analysis of health outcomes among sexual minorities with a focus on the HIV/aids epidemic among men who have men in Belgium* (Proefschrift). Maastricht: Datawyse / Universitaire Pers Maastricht.
- Vanwesenbeeck, I. (2008). Sexual violence and the MDGs. *International Journal of Sexual Health*, 20, 25-49.
- Ven, P. van de, Kippax, S., Crawford, J., Rawstorne, P., Prestage, G., Grulich, A., & Murphy, D. (2002). In a minority of gay men, sexual risk practice indicates strategic positioning for perceived risk reduction rather than unbridled sex. *AIDS Care*, 14, 471-480.
- Vennix, P. (1997). *Travestie in Nederland en Vlaanderen*. Delft: Eburon.
- Vennix, P. (2010). *Transgenders en werk: Een onderzoek naar de arbeidssituatie van transgenders in Nederland en Vlaanderen*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Vrangalova, Z., & Savin-Williams, R.C. (2012). Mostly heterosexual and mostly gay/lesbian: Evidence for new sexual orientation identities. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 85-101.
- Vroege, J.A. (2003). *De vragenlijst voor het signaleren van seksuele disfuncties (VSD): bruikbaarheid in de klinische praktijk*. Delft: Eburon.
- Wang, S., Tasoglu, S., Chen, P.Z., Chen, M., Akbas, R., Wach, S.,Demirci, U. (2014). Micro-a-fluidics ELISA for rapid CD4 cell count at the point-of-care. *Scientific Reports*, 4, 3796.
- Weyers, S., Elaut, E., Sutter, P. de, Gerris, J., T'Sjoen, G., Heylens, G., Cuypere, G. de, & Verstraelen, H. (2009). Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 752-760.
- Wierckx, K., Elaut, E., Hoorde, B. van, Heylens, G., Cuypere, G. de, Monstrey, S., Weyers, S., Hoebeke, P., & T'sjoen, G. (2013). Sexual Desire in Trans Persons: Associations with Sex Reassignment Treatment. *Journal of Sexual Medicine*, 11, 107-18.

REFERENTIES

- Wierckx, K., Caenegem, E. van, Elaut, E., Dedeker, D., Peer, F. van de, Toye, K., Weyers, S., Hoebeke, P., Monstrey, S., Cuypere, G. de, & T'Sjoen, G. (2011). Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 3379-3388.
- Wit, J.B.F. de, & Adam, P.C.G. (2007). *Sexual risk-taking in gay men. A focus on non-intentional processes*. Utrecht: Utrecht University & Institute for Prevention and Social Research.
- World Health Organisation (2010). Developing sexual health programmes. A framework for action. Genève: WHO.
- Zablotska, I.B., Imrie, J., Prestage, G.P., Crawford, J., Rawstorne, P., Grulich, A., Kippax, S. (2009). Gay men's current practice of HIV seroconcordant unprotected anal intercourse: serosorting or seroguessing? *AIDS Care*, 21, 501-510.

BIJLAGE 1

CONCEPTEN LHB VRAGENLIJST

Demografische variabelen

- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Maatschappelijke participatie (bijvoorbeeld het volgen van een opleiding, betaald werk hebben, met pensioen zijn, werkzoekend zijn, etc)
- Etniciteit
- Religie
- Stedelijkheid
- Burgerlijke staat/relatiestatus
- Huidige relatie: geslacht partner, relatieduur, tevredenheid, vertrouwen in relatie

Genderidentiteit en seksuele oriëntatie

- Geboortegeslacht
- Genderidentiteit
- Seksuele aantrekking
- Identificatie (L, H, B, hetero, anders)

Seksuele ontwikkeling

- Seks met een partner: ooit, geslacht partners, leeftijd eerste keer met eigen geslacht, leeftijd eerste keer met andere geslacht;
- Relatievorming: ooit, geslacht partners, leeftijd eerste keer met eigen geslacht, leeftijd eerste keer met andere geslacht;
- Gevoelens van aantrekking tot eigen geslacht: leeftijd eerste keer;
- Verliefdheid op eigen geslacht: leeftijd eerste keer
- Leeftijd huidige identificatie
- Coming out: leeftijd eerste keer, leeftijd tegenover ouders

Seksueel gedrag

- Masturbatiefrequentie laatste 6 maanden
- Pornogebruik laatste 6 maanden
- Seks met een partner laatste 6 maanden

BIJLAGE 1

- Seks gehad met vaste partner/losse partners? (indien relevant)
- Aantal partners
- Seksfrequentie
- Geslacht partner(s)
- Vormen van seks met een partner (bij anale en orale seks zowel receptief als insertief)
- Redenen en beleving van geen seks met een partner laatste 6 maanden
- Losse partners in laatste 6 maanden
 - Aantal en geslacht
 - Ontmoetingsplaatsen en frequentie van bezoek van deze locaties
 - Seksuele motieven
 - Aantal losse partners met wie men meer dan één keer seks had
 - Betaald of betaald gekregen voor seks

Seksuele beleving

- Positieve seksbeleving
- Schuldgevoelens
- Seksuele tevredenheid

Kinderen en kinderwens

- Kinderen (aantal en leeftijd)
- Manier waarop men kinderen gekregen heeft
- Verdeling zorg met andere ouder(s), afspraken hier over, tevredenheid
- Biologische ouder of niet
- Huidige kinderwens
- Pogingen om kinderwens te vervullen
- Indien van toepassing: Beleving onvervulde kinderwens

SOA EN HIV en testgedrag

- Testen op hiv: ooit, wanneer voor het laatst, hoe vaak afgelopen 12 maanden, locatie laatste keer, uitslag laatste hiv-test
- Testen op andere soa dan hiv: ooit, wanneer voor het laatst, hoe vaak afgelopen 12 maanden, locatie laatste keer
- Indien positieve soa uitslag: wanneer voor het laatst, welke andere soa dan hiv afgelopen 12 maanden
- Partnerwaarschuwing bij positieve soa en hiv uitslag
- Barrières om te testen, uitgesplitst voor hiv en soa

BIJLAGE 1

- Indien MSM: Intentie om in de toekomst elk half jaar te laten testen op soa
- Indien MSM en hiv-negatief: Intentie om in de toekomst elk half jaar te laten testen op hiv; locatie waar ben zich in de toekomst wil laten testen
- Indien MSM: Attitude en sociale normen m.b.t. elk half jaar testen
- Indien MSM: HBV onderzoek en vaccinatie; indien niet gevaccineerd bekendheid met HBV vaccinatie
- Indien MSM: Bekendheid met en ervaring met PEP
- Indien MSM en hiv-negatief: bedacht op primo-infecties bij griepachtige verschijnselen
- Indien MSM en hiv-negatief: bekendheid met PrEP; attitude t.a.v. PrEP gebruik; gebruik van PrEP overwegen.
- Indien MSM en hiv-positief: tijd tussen laatste hiv-negatieve test en positieve hiv-test; onder controle hiv-centrum; tijd tussen vaststellen van hiv en behandeling; waardering behandeling bij hiv-centrum; gebruik hiv-remmers (HAART) en therapietrouw; HCV onderzoek en uitslag; hiv-gerelateerd stigma

Condoomgebruik (MSM)

- Condoomgebruik bij anale seks afgelopen 6 maanden (uitsplitsing m/v vaste partners & m/v losse partners)
- Indien seks met vrouwen: condoomgebruik bij vaginale seks afgelopen 6 maanden (uitsplitsing vaste/losse partners)
- Indien vaste partner: HIV-testgedrag partner + HIV status partner
- Indien vaste partner en losse contacten: vaste partner bekend met losse contacten en/of MSM contacten; afspraken met vaste partner; nakomen gemaakte afspraken;
- Seks onder invloed van drugs en/of alcohol in de afgelopen 6 maanden
- Indien geen consequent condoomgebruik bij anale seks met man: risico perceptie soa en hiv; gebruik van risicoreductie strategieën (uitsplitsing naar vaste/losse partner(s) & hiv-status)
- Laatste sekscontact
 - Met wie (man/vrouw, vast/los, hoe vaak met deze partner, één of meerdere personen tegelijk)
 - Vormen van seks met deze partner
 - Condoomgebruik bij laatste keer anale seks (zowel actief als receptief) en/of vaginale seks

BIJLAGE 1

- Sperma in mond (bij zichzelf of de partner)
- Onder invloed van alcohol en/of drugs
- Risico inschatting soa en hiv
- Communicatie hiv-status
- Ondetecteerbare *viral load* als motief voor het achterwege laten van condoom
- Attitude t.a.v. condoomgebruik
- Verantwoordelijkheid ten aanzien van verspreiding soa en hiv

Condoomgebruik (Vrouwen die (ook) seks hebben met mannen)

- Condoomgebruik bij geslachtsgemeenschap afgelopen 6 maanden (uitsplitsing vaste/losse partners)
- Condoomgebruik bij anale seks afgelopen 6 maanden (uitsplitsing vaste/losse partners)
- Indien seks met mannelijke losse partner(s) naast de vaste relatie: vaste partner bekend met deze contacten; afspraken met vaste partner; nakomen gemaakte afspraken
- Laatste sekscontact:
 - Met wie (man/vrouw, vast/los, hoe vaak met deze partner, één of meerdere personen tegelijk)
 - Vormen van seks met deze partner
 - Condoomgebruik bij laatste keer anale seks en/of vaginale seks
 - Onder invloed van alcohol en/of drugs
 - Risico inschatting soa en hiv
 - Indien met vrouwelijke partner: risicoreductie strategieën

Grensoverschrijding

- Ooit seksueel grensoverschrijdend gedrag meegemaakt (seksueel kwetsende opmerkingen, ongewilde seksuele aanrakingen en ongewild gezoend worden)
- Ooit seksueel geweld meegemaakt en wanneer voor het laatst
- (verschillende vormen van seks en verschillende vormen van dwang)
- Voor respondenten met ervaringen van seksueel geweld:
 - Leeftijd van het slachtoffer (bij eerste en laatste keer)
 - Kenmerken van plegers (geslacht, aantal, hoe kende men de pleger, leeftijd pleger bij eerste en laatste keer)
 - Perceptie van rol van seksuele oriëntatie

BIJLAGE 1

- (Vermeende) bekendheid pleger met seksuele oriëntatie van slachtoffer
- Al dan niet aangifte gedaan
- Alcohol- en drugsgebruik (van pleger en slachtoffer)
- Al dan niet hulp gezocht in de afgelopen 12 maanden
- Tevredenheid met hulpverlening

Seksuele problemen

- Verminderd seksueel verlangen
- Vrouwen: subjectieve seksuele opwindingsproblemen
- Erectieproblemen (m) of lubricatieproblemen (v)
- Voortijdig orgasme
- Orgasme problemen
- Dyspareunie
- Vrouwen: vaginisme
- Overmatig seksueel verlangen

Factoren die mogelijk samenhangen met seksuele gezondheid

- Eigenwaarde
- Spanning zoeken
- Alcohol- en drugsgebruik tijdens seks
- Openheid, interne en externe homonegativiteit
- Gendernonconformiteit: als kind en nu
- Traumatische ervaringen en mishandeling in de jeugd
- Psychische gezondheid
- Lichamelijke gezondheid

BIJLAGE 2

CONCEPTEN TRANSGENDER VRAGENLIJST

Demografische variabelen

- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Maatschappelijke participatie
- Etniciteit
- Religie
- Stedelijkheid
- Burgerlijke staat/relatiestatus

Genderidentiteit, transitie en genderdysfore gevoelens

- Geboortegeslacht
- Genderidentiteit: categoriaal en met 2 tienpuntschalen
- Identificatie met verschillende labels voor TG-zijn of TG-verleden hebben
- Mate van onvrede met lichaam
- Uiten van genderidentiteit: (subjectieve) mate van uiten en per context
- Leeftijd eerste parttime/fulltime genderuiting
- Fase in transitie
- Aanmelden bij genderteam, leeftijd
- Hormoonbehandeling (en wens hiertoe)
- Operaties (en wens hiertoe)

Seksuele oriëntatie

- Seksuele aantrekking
- Identificatie als L, H, B, hetero, anders

Partner en kinderen

- Indien partner: geboortegeslacht partner, genderidentiteit partner, relatieduur, tevredenheid, bekendheid partner met genderidentiteit respondent, beleving van acceptatie door partner
- Indien geen partner: beleving hiervan

BIJLAGE 2

- (Zorg voor) kinderen, kinderen gekregen voor of na transitie, kinderwens

Relationele en seksuele ontwikkeling

- Ooit relatie en leeftijd eerste relatie
- Ooit seks met een partner, geslacht partners, leeftijd eerste seks
- Leeftijd eerste gevoelens van seksuele aantrekking tot mannen/vrouwen

Seksueel gedrag

- Seks met een partner laatste 6 maanden
 - Seks gehad met vaste partner/losse partners? (indien relevant)
 - Aantal partners
 - Aantal losse partners met wie men meer dan één keer seks had
 - Seksfrequentie
 - Geslacht partner(s) (m/v/a)
 - Vormen van seks met een partner (bij anale en orale seks zowel receptief als insertief)
 - Betaald of betaald gekregen voor seks
- Masturbatiefrequentie laatste 6 maanden
- Laatste keer seks:
 - Met vaste of losse partner
 - Geslacht partner (m/v/a)
 - Vormen van seks met laatste partner

Seksuele beleving

- Positieve seksbeleving
- Seksuele tevredenheid
- Schuldgevoelens
- Beleving van geen seks met een partner

Seksuele problemen

- Seksuele aversie
- Verminderd seksueel verlangen
- Subjectieve seksuele opwindingsproblemen
- Erectie- of lubricatieproblemen
- Voortijdig orgasme
- Orgasme problemen

BIJLAGE 2

- Dyspareunie en vaginisme
- Overmatig seksueel verlangen

Soa en hiv en testgedrag

- Testen op hiv: ooit, wanneer voor het laatst, hoe vaak afgelopen 12 maanden, locatie laatste keer, uitslag
- Testen op andere soa dan hiv: ooit, wanneer voor het laatst, hoe vaak afgelopen 12 maanden, locatie laatste keer
- Andere soa dan hiv: wanneer voor het laatst, welke afgelopen 12 maanden
- Barrières om te testen, uitgesplitst voor hiv en soa
- Partnerwaarschuwing bij positieve soa en hiv uitslag in het afgelopen jaar

Condoomgebruik

- Condoomgebruik bij vaginale en anale seks afgelopen 6 maanden (met vaste/losse partners)
- Seks onder invloed van drugs en/of alcohol in de afgelopen 6 maanden
- Risico inschatting hiv laatste 6 maanden
- Laatste sekscontact:
 - Met wie (man/vrouw, vast/los, hoe vaak met deze partner, één of meerdere personen tegelijk)
 - Vormen van seks met deze partner
 - Condoomgebruik bij laatste keer anale seks en/of vaginale seks
 - Onder invloed van alcohol en/of drugs
 - Risico inschatting soa en hiv

Grensoverschrijding

- Ooit seksueel grensoverschrijdend gedrag meegemaakt (kwetsende seksuele opmerkingen, ongewilde seksuele aanrakingen en ongewild gezoend worden)
- Ooit seksueel geweld meegemaakt en wanneer voor het laatst (verschillende vormen van seks en verschillende vormen van dwang)
- Voor respondenten met ervaringen met seksueel geweld
 - Leeftijd van het slachtoffer (bij eerste en laatste keer)
 - Kenmerken van plegers (geslacht, aantal, hoe kende men de pleger, leeftijd pleger bij eerste en laatste keer)

BIJLAGE 2

- (Vermeende) bekendheid pleger met TG-zijn of TG-verleden van slachtoffer
- Al dan niet aangifte gedaan
- Alcohol- en druggebruik (van pleger en slachtoffer)
- Hulpgebruik en beoordeling van hulp

Factoren die samenhangen met seksuele gezondheid

- Traumatische ervaringen
- Psychische gezondheid
- Lichamelijke gezondheid
- Eigenwaarde
- Alcohol- en drugsgebruik tijdens seks
- Gendernonconformiteit als kind
- Minderheidsstress
 - Genderbejegening
 - Geïnternaliseerde transnegativiteit
 - Openheid over transgender-zijn of transgenderverleden
 - Gepercipieerde attitude algemene bevolking ten aanzien van transgenders
 - Negatieve ervaringen vanwege TG-zijn of TG-verleden

BIJLAGE 3

OPERATIONALISATIE VAN FACTOREN DIE SAMENHANGEN MET SEKSUELE GEZONDHEID

Concept	items	(Voorbeeld) vraag	Categorieën	alpha
Seksuele oriëntatie	1	Voelt u zich seksueel aangetrokken tot mannen, tot vrouwen of tot mannen én vrouwen?	1=alleen tot mannen, 5=alleen tot vrouwen, 6=niet tot mannen of vrouwen, 7=weet ik nog niet	n.v.t.
Leeftijd	1	Hoe oud bent u?	Open vraag	n.v.t.
Opleidingsniveau	1	Wat is tot nu toe de hoogste opleiding die u heeft afgemaakt?	1=BO, 7=WO-doctoraal/ master of HBO- master	n.v.t.
Maatschappelijke participatie	1	Welke uitspraak past het beste bij u?	1= schoolgaand, 2= studerend 3= betaald werk, ≥ 20 uur/ week, 4= betaald werk, < 20 uur/ week, 5= huisman/ vrouw, 6= pensioen, 7= werkzoekend, 8= arbeidsongeschikt, 9= bijstand, 10=anders	n.v.t.
Geloof	2	a) Behoort u tot een kerkgenootschap, godsdienst of levensbeschouwelijke groepering?	a) 1=ja, 2=nee; b) 1=heel belangrijk, 4=niet belangrijk	n.v.t.

BIJLAGE 3

		b) Hoe belangrijk is het geloof voor u?		
Vaste partner	1	Heeft u nu een vaste partner?	1=ja, 2=nee	n.v.t.
Gezondheid	1	Hoe is over het algemeen uw gezondheid?	1= slecht, 5=zeer goed	n.v.t.
Psychische gezondheid	10	Voelde u zich in de afgelopen 4 weken somber of depressief	1=hele tijd, 5=nooit	LHB: .93 T: .93
Eigenwaarde	10	Ik denk positief over mezelf	1=helemaal niet mee eens, 5=helemaal mee eens	LHB: .91 T: 92
Seksfrequentie	1	Hoe vaak heeft u de laatste tijd seks?	1=minder dan 1 keer per maand, 7=meerdere keren per dag	n.v.t.
Seks onder invloed van alcohol	1	Hoe vaak had u in de laatste 6 maanden seks onder invloed van alcohol?	1=nooit, 5=altijd, 6=ik weet niet wat dit is	n.v.t.
Seks onder invloed van drugs	12	Hoe vaak had u in de laatste 6 maanden seks onder invloed van XTC?	1=nooit, 5=altijd, 6=ik weet niet wat dit is	LHB: .68 TG: .75
Ervaring met seksueel misbruik	1	Ervaring met seksueel geweld voor het 16e jaar (zie hoofdstuk 8)	1=ja, 2=nee	n.v.t.
Homo- of transnegatieve ervaringen	6	Hoe vaak werd u het afgelopen jaar gepest omdat u (ook) op mannen valt?	1=nooit, 5=zeer vaak	HB: .89 LB: .87 T: .98
Zichtbaarheid van seksuele oriëntatie of transgender-zijn	6	Ik ben er trots op dat ik (ook) op vrouwen val	1=helemaal niet mee eens, 5=helemaal mee eens	HB: .87 LB: .81 T: .89

BIJLAGE 3

Geïnternaliseerde homo-negativiteit (alleen MSM)	2	Als ik kon kiezen, zou ik liever hetero zijn	1=helemaal niet mee eens, 5=helemaal mee eens	.67
Spanning zoeken (alleen LHB)	6	Ik hou van nieuwe spannende seks	1=helemaal niet mee eens, 5=helemaal mee eens	.75
Positieve seksbeleving	6	Ik geniet erg van seks	1=helemaal niet mee eens, 5=helemaal mee eens	LHB: .80
Tevredenheid over het lichaam (alleen transgenders)	12	Mijn lichaam past bij mij	1=helemaal mee eens, 5=helemaal niet mee eens	.92
Onvervulde transitiebehoefte (alleen transgenders)	2	Onvervulde wens om hormonen te gebruiken of operaties te laten doen (zie hoofdstuk 2)	1=ja, 2=nee, 3=weet niet	n.v.t.
Behandeling (alleen transgenders)	2	Hormoongebruik en uitgevoerde operaties (zie hoofdstuk 2)	1=geen behandeling, 2=hormonen, 3=operatie	n.v.t.
Positieve attitude t.a.v. condoomgebruik (alleen MSM)	4	Ik ben het zat om altijd condooms te gebruiken bij anale seks	1=helemaal mee eens, 5=helemaal niet mee eens	.86
Eerste seksuele ervaring < 14 jaar	1	Hoe oud was u toen u voor het eerst seks had?	Open vraag	n.v.t.
Aantal partners in de afgelopen 6 maanden	1	Met hoeveel verschillende mensen heeft u totaal seks gehad in de afgelopen	Open vraag	n.v.t.

BIJLAGE 3

		6 maanden?		
Positieve sociale norm t.a.v. testen (alleen MSM)	2	Binnen mijn vriendenkring is het de normaalste zaak van de wereld om je regelmatig te laten testen op hiv en/of andere soa	1=helemaal niet mee eens, 5=helemaal mee eens	.82
Positieve attitude t.a.v. testen (alleen MSM)	4	Door je regelmatig te laten testen op hiv en/of andere soa kun je je sekspartner(s) beschermen	1=helemaal niet mee eens, 5=helemaal mee eens	.83
Gender non-conformiteit		Mate van gender non-conformiteit	1= helemaal niet, 5=heel sterk	HB: .89, LB: .88, mv-trans: .71, vm-trans: .77

BIJLAGE 4

DEELNEMERS KLANKBORDGROEP

Janhuib Blans	Zelfstandig adviseur
Pieter Brokx	Hiv Vereniging Nederland
Stephan Cremer	GGD Amsterdam
Silke David	RIVM-Centrum Infectieziektebestrijding
Koen van Dijk	COC Nederland
Ron de Graaf	Trimbos
Marjan Groefsema	Pharos
Erwin Heyl	Landelijk Netwerk Biseksualiteit
Simon Huges	Patiëntenorganisatie Transvisie
Saskia Keuzenkamp	MOVISIE
Lisette Kuyper	Sociaal en Cultureel Planbureau
Joz Motmans	Universiteit Antwerpen
Eline Op de Coul	RIVM-Centrum Infectieziektebestrijding
Frederique Retsema	Transgendervereniging Nederland
Sophie Schers	Transgender Netwerk Nederland
Judith Schuyf	MOVISIE
Ard van Sighem	Stichting HIV Monitoring
Thomas Steensma	Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie
Rudolf Steinberger	Psycholoog/seksuoloog, vrijgevestigd
Ineke Stolte	GGD Amsterdam
Paula Vennix	Zelfstandig adviseur
Koenraad Vermey	Soa Aids Nederland
Thomas Wormgoor	Transvisie Zorg
Paul Zantkuijl	Soa Aids Nederland
Wim Zuilhof	Soa Aids Nederland

[illegible]

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

Hoe staat het met de seksuele gezondheid van lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuele mannen en vrouwen en transgenders? In Een wereld van verschil vindt u het antwoord. Voor het eerst is de seksuele gezondheid van deze groepen in alle breedte en op grote schaal onderzocht. Bijna 5000 mensen hebben in 2013 meegedaan aan het onderzoek.

Dit boek geeft antwoord op vragen als:

- Zijn homomannen tevreden over hun seksleven?
- Hoe vaak hebben lesbische vrouwen seks?
- Hoeveel biseksuele mannen hebben seks met mannen?
- Hoe vaak genieten transgenders van seks?
- Welke seksuele problemen spelen er bij lesbische en biseksuele vrouwen?
- Gebruiken mannen een condoom als ze anale seks hebben met een man?
- Hoe vaak komt seksueel geweld voor bij transgenders?

Een wereld van verschil laat zien dat er tussen homoseksuele mannen, lesbische vrouwen, biseksuele mannen en vrouwen en transgenders heel veel verschillen zijn, zowel in seksuele gezondheid als in seksuele oriëntatie en genderidentiteit. Het onderzoek laat ook zien dat er nog veel werk aan de winkel is voor alle professionals die met hen werken.

Een wereld van verschil is een aanrader voor huisartsen, zorgverleners, hulpverleners, docenten, beleidsmakers en voorlichters. Met de uitkomsten kunt u de seksuele gezondheid van lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuelen en transgenders gericht bevorderen. Vooral grensoverschrijding en seksueel geweld, onbeschermd seks bij mannen en seksuele problemen bij transgenders verdienen extra aandacht.

ISBN 978-90-77289-07-5

