

Gewoon anders

Citation for published version (APA):

Hospers, H. (2006). *Gewoon anders*. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/spe.20060421hh>

Document status and date:

Published: 21/04/2006

DOI:

[10.26481/spe.20060421hh](https://doi.org/10.26481/spe.20060421hh)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Gewoon Anders

dr. Harm Hospers

Mijnheer de Rector Magnificus, gewaardeerde toehoorders,

Het is met groot genoegen dat ik vandaag de leerstoel *experimentele gezondheidspsychologie, in het bijzonder met betrekking tot homoseksualiteit* aanvaard met het uitspreken van deze rede. Het is een leerstoel met een ontzettend lange naam en daarom heb ik een korte titel gekozen, waar je - ik geef het toe - veel kanten mee op kunt. Ik hoop gaandeweg duidelijk te maken van welke kant ik ben.

In het middelpunt van mijn belangstelling staat de relatie tussen gezondheid en seksuele geaardheid. Of beter gezegd: *verschillen* in gezondheid tussen heteroseksuele mannen en vrouwen enerzijds en biseksuele en homoseksuele mannen en vrouwen anderzijds. Als ik in het in het vervolg van mijn rede heb over homoseksuelen, dan gebruik ik dat voor het gemak als verzamelbegrip voor wat de Vlamingen de holebi's noemen: homo's, lesbiennes en biseksuelen. U vergeeft mij hoop ik het verlies aan nuance.

Ik wil vandaag graag twee belangrijke deelterreinen van mijn leeropdracht bespreken. Ten eerste zal ik het hebben over HIV-infectie, wat verhoudingsgewijs veel vaker voorkomt bij homoseksuele mannen dan bij hetero's. Ten tweede besteed ik aandacht aan verschillen in geestelijke gezondheid tussen heteroseksuelen en homoseksuelen. Daarbij is in ons vak de constatering dat er gezondheidsverschillen zijn, nadrukkelijk pas het begin. De volgende vraag is dan *hoe* deze verschillen verklaard kunnen worden. *Waarom* zouden bijvoorbeeld meer homoseksuele mannen en vrouwen depressieve klachten rapporteren dan heteroseksuelen? Het antwoord op vragen zoals deze is cruciaal omdat alleen inzicht in de oorzaken kan leiden naar oplossingen. De belangrijke volgende stap is dan om interventies te ontwikkelen, gebaseerd op onze inzichten over oorzaken, om de verschillen in gezondheid te verkleinen. Hoe kunnen we bijvoorbeeld via preventieprogramma's HIV-infecties onder homoseksuele mannen terugdringen?

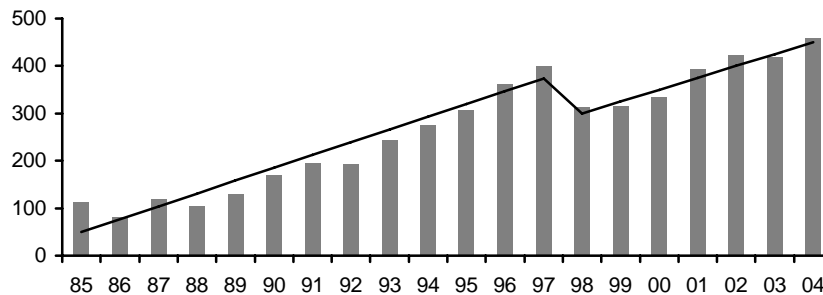
Ik zal u dus bij beide onderwerpen iets vertellen over de omvang van het probleem, wat de oorzaken zijn van het probleem, en wat er aan gedaan kan worden om het probleem te verminderen.

HOMOSEKSUELE MANNEN EN HIV

Omvang van het probleem

Begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw verspreidde zich - vooral in de Westerse wereld - het virus dat AIDS veroorzaakte. In het begin van de epidemie raakten met name homoseksuele mannen geïnfecteerd. Later heeft het virus zich als een inktvlek over de wereld verspreid, met name in de Derde Wereld en treft daar met name heteroseksuelen.

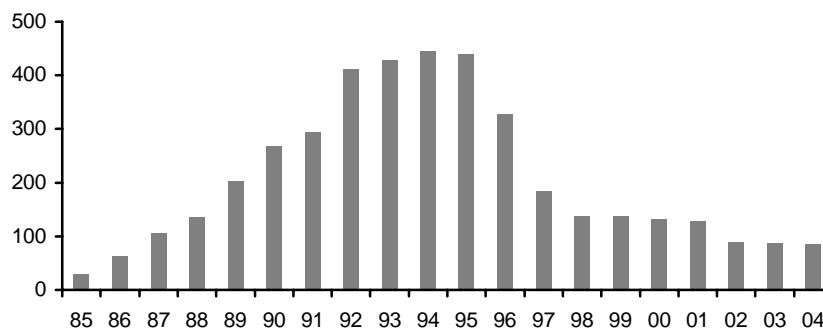
In 1982 bereikte het virus Nederland en ook hier openbaarde de ziekte AIDS zich met name bij homoseksuele mannen. Nadat in 1984 de HIV-test beschikbaar kwam, kregen in de eerste jaren daarna circa 100 homomannen per jaar een HIV-diagnose. Dat aantal is tot 1997 gestaag gegroeid tot 400 nieuwe diagnoses bij homoseksuele mannen per jaar. Daarna is er een scherpe daling tot zo'n 300 diagnoses waarna het tussen 1997 en 2004 met circa 8% per jaar steeg tot 459 diagnoses in 2004 (zie Figuur 1). Vooral vanaf de tweede helft van de jaren negentig is het aantal diagnoses onder heteroseksuelen sterk gestegen. De laatste jaren wordt ongeveer de helft van de diagnoses bij heteroseksuele mannen en vrouwen gesteld en de andere helft bij homoseksuele mannen. Het totale aantal diagnoses in 2004 was 938.



Figuur 1. Aantal HIV-infecties bij homo- en biseksuele mannen in Nederland naar diagnosejaar (bron: RIVM, 2005).

Sinds het begin van de epidemie zijn er in totaal meer dan 10000 personen met HIV in Nederland gediagnosticeerd. Het aantal mensen dat is geïnfecteerd is hoger omdat niet iedereen is getest en ligt naar schatting tussen de 16000 en 23000 (RIVM, 2005).

Verder valt op dat het aantal mensen dat sterft aan de ziekte AIDS sinds 1996 sterk is gedaald. In 1995 overleden nog bijna 450 mensen aan de ziekte, daarna nam dat aantal sterk af en de laatste jaren sterven er in Nederland minder dan 100 mensen per jaar aan AIDS (zie Figuur 2). Dat komt omdat er sinds 1996 effectieve behandeling van HIV-infectie voorhanden is. AIDS is dus veranderd van een ziekte waar men bijna met zekerheid aan zou overlijden, tot een chronische ziekte (als de behandeling aanslaat en als men niet resistent wordt tegen de medicatie).



Figuur 2. AIDS sterfgevallen in Nederland 1985-2004 (bron: CBS, 2006).

In Nederland werd het doen van een HIV-test tot ver in de jaren negentig afgeraden, omdat er geen effectieve behandeling voorhanden was. Veel HIV-geïnfecteerden wisten dus niet dat ze geïnfecteerd waren omdat ze nooit waren getest. In 1994 was naar schatting slechts een op de drie homo's getest. Nu er een effectieve behandeling is, is de boodschap dat mensen die risico hebben gelopen zich *wel* op HIV zouden moeten laten testen. En dat doen vooral homomannen ook in toenemende mate. Inmiddels heeft meer dan 60% van de homomannen wel eens een

HIV-test laten doen (Hospers, Dörfler & Zuilhof, 2003). Dat is minder dan we zouden willen maar daar kom ik later op terug.

Ik wil nog graag iets kwijt over De Cijfers. Er wordt wat afgegoocheld met getallen en percentages in dit land. Daarbij lijkt het haast alsof er hoe dan ook stijgingen in HIV moeten worden gerapporteerd. Ik geef daarvan twee voorbeelden. In 2004 rapporteert het Ministerie van VWS in haar jaarverslag over 2003 dat het aantal gevallen van syfilis en HIV-infectie sterk is gestegen, in het bijzonder bij homo- en biseksuele mannen (Kamerstukken Tweede Kamer 29540-34, 2004, p. 171). Echter, volgens het laatste RIVM-rapport over HIV en soa in Nederland - wat mij betreft de gouden standaard - waren er in 2002 423 HIV-diagnoses onder homo's en in 2003 419 (RIVM, 2005, p. 119). Een daling met 1%. Ander voorbeeld: een respectabele organisatie heeft prominent op haar website staan dat het aantal HIV-diagnoses tussen 2003 en 2004 is gestegen met 68%. Volgens wederom het RIVM-rapport waren er in 2003 in totaal 960 HIV-diagnoses, tegen 938 in 2004 (RIVM, 2005, p. 119). Een daling met 2%. Geloof me dat ik zo nog wel even door zou kunnen gaan.

Het geven van cijfers die op zijn minst een vertekend beeld geven, heeft als groot nadeel dat anderen daar verkeerde conclusies uit trekken, bijvoorbeeld dat preventie blijkbaar is uitgewerkt. Of dat homo's maar wat aanrotzooien.

Ik pleit nadrukkelijk niet voor het onder de pet houden van ongunstige cijfers. Maar stijgingen die eigenlijk dalingen zijn, is me te dol. Ik pleit voor gestandaardiseerde en systematische rapportages die een betrouwbare weerspiegeling van de werkelijkheid zijn, al was het maar omdat van het preventieveld wordt verwacht dat zij adequaat reageert op cijfers. Om geen tijd en geld te verspillen is het handig als er geen discussie is over wat de goede cijfers zijn.

Oorzaken van het probleem

De vraag naar de oorzaken van het probleem, dus waar HIV-infecties bij homomannen vandaan komen is eenvoudig te beantwoorden: dat komt door onveilige seks. En dan in bijna alle gevallen door anale seks zonder condooms. Ook bij onbeschermd orale seks kan transmissie niet worden uitgesloten, maar het risico wordt in vergelijking met onbeschermd anale seks als verwaarloosbaar klein gezien (Page-Shafer et al., 2002). In ons onderzoek is onbeschermd anale seks dan ook de

belangrijkste indicator voor hoe we er voor staan en voor preventie het belangrijkste gedrag om te veranderen.

Uit onderzoek hebben we een goed beeld van de omvang van het risicogedrag bij homomannen. In Nederland voert Schorer de zogenaamde monitoronderzoeken uit onder mannen die seks hebben met mannen. Wij verzorgen de analyse en rapportage van die monitoronderzoeken. Trouwens, u zult de naam Schorer in deze rede nog wel vaker horen vallen, dus ik zal ze even aan u voorstellen. Schorer is de landelijke organisatie die zich tot doel stelt om gezondheid en welzijn van homo- en biseksuele mannen en vrouwen te bevorderen. Schorer is dan ook een belangrijke partner voor ons en veel van de activiteiten waar ik nog over te spreken kom doen we in nauwe samenwerking met Schorer.

Terug naar de monitoronderzoeken. Vrijwilligers deelden in 1999 en 2002 in heel Nederland, en in 2003 in Amsterdam, vragenlijsten uit op plaatsen waar veel homo- en biseksuele mannen komen. Dat waren bijvoorbeeld homocafés en homosauuna's, maar ook zogenaamde "banen" - plaatsen in de open lucht waar mannen elkaar ontmoeten (meestal om seks te hebben). Bij de landelijke monitoronderzoeken stuurden meer dan 1200 mannen de vragenlijst terug; in het Amsterdamse monitoronderzoek bijna 500 mannen.

In 2000, 2003 en 2004 zijn de resultaten verschenen van deze onderzoeken (Hogeweg & Hospers, 2000; Hospers et al., 2003; Hospers, Dörfler & Zuilhof, 2004) en daaruit blijkt over risicogedrag het volgende. Ongeveer de helft van de respondenten rapporteerde onbeschermd anale seks met zijn vaste partner. Landelijk rapporteerde in 2000 17% onbeschermd anale seks met losse partners in de 6 maanden voorafgaand aan het onderzoek. In 2003 was dat 21% en in 2004 in Amsterdam 28%.

Alleen al vanwege het grote verschil in onbeschermd seks is het van belang om het onderscheid tussen vaste en losse partners te maken. Maar het onderscheid is vooral van belang omdat blijkt dat veel mannen met hun vaste partner het risico sterk hebben beperkt doordat zij beiden een HIV-test hebben uitgevoerd en verder monogaam zijn of duidelijke afspraken hebben gemaakt over veilige seks met losse partners. *Onbeschermd* seks met vaste partners is dus niet per definitie *onveilige* seks. Die nuance ontbreekt nog wel eens in de wetenschappelijk literatuur.

Onbeschermde seks met losse partners daarentegen is in de meeste gevallen wel risicovol. Zoals gezegd laten de monitoronderzoeken zien dat ongeveer één op de vijf homomannen risicoseks met losse partners rapporteert in de zes maanden voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst. Dat het in Amsterdam hoger was kwam omdat er meer HIV-positieve mannen in de Amsterdamse steekproef zaten dan in de landelijke steekproeven. We weten uit nationaal en internationaal onderzoek dat HIV-positieve mannen substantieel meer onveilige seks met losse partners rapporteren dan mannen die HIV-negatief zijn of die nooit getest zijn (e.g., Hospers, Kok, Harterink & de Zwart, 2005; Hull et al., 2003). Zo laat een van onze onderzoeken op een Internet-chatsite voor homomannen zien dat 14% van nooit-geteste en HIV-negatieve mannen onbeschermde seks met de laatste losse partner had, tegen 28% van de HIV-positieve mannen (Hospers et al., 2005). In dat laatste percentage is onbeschermde seks met een andere HIV-positieve man niet meegeteld.

Uit onze onderzoeken blijkt verder dat er geen demografische factoren zijn die consistent een significante relatie laten zien met onveilige seks met losse partners. Dat is eigenlijk goed nieuws want demografische factoren zoals leeftijd of sociaal-economische klasse kun je niet beïnvloeden. Veel belangrijker blijkt het te zijn hoe gemotiveerd men is om veilige seks te hebben. Mannen die onveilige seks rapporteren zijn minder overtuigd van de voordelen van condoomgebruik, onderschrijven in mindere mate *safe sex* normen, zijn er minder van overtuigd dat zij voldoende vaardigheden hebben om druk van sekspartners te weerstaan om onveilige seks te hebben, en geven vaker aan dat zij moeite hebben om het vol te houden om altijd veilig te vrijen (Hospers et al., 2003; Kok, Hospers, Harterink & de Zwart, 2006). Het mooie van motivationele factoren is dat je ze *wel* kunt beïnvloeden. Naar aanleiding van deze resultaten kunnen interventies worden ontwikkeld waarin bijvoorbeeld de voordelen van condoomgebruik onder de aandacht worden gebracht of waarin de *safe sex* norm wordt bekrachtigd.

Ik noemde eerder het belang van HIV-testen. Als bekend is dat iemand HIV-geïnfecteerd is, dan kunnen artsen met periodieke controles het verloop van de infectie monitoren en beginnen met behandeling zodra daar aanleiding voor is. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat men veiliger gaat vrijen na een positieve diagnose

en dat is vanuit preventief oogpunt grote winst. Ook geruststellend is dat mensen die een negatieve diagnose krijgen daarna niet onveiliger gaan vrijen (Weinhardt, Carey, Johnson & Bickham, 1999). Daarom is het jammer dat het percentage Nederlandse homomannen dat zich laat testen zo langzaam stijgt. Zoals gezegd is ongeveer 60% ooit getest. In andere landen, zoals Australië en de Verenigde Staten, is dat meer dan 90% (Hull et al., 1999; Webster et al., 2003). Uit onderzoek van collega Jochen Mikolajczak naar mogelijke oorzaken blijkt dat homomannen ten eerste hun seksuele gedrag als veiliger beschouwen dan de werkelijkheid rechtvaardigt. Ten tweede blijkt er relatief veel angst te zijn bij de doelgroep om een HIV-test te laten doen. Angst die voor een deel op misvattingen berust (Mikolajczak, Hospers & Kok, 2006).

Uit de monitoronderzoeken kwam ook naar voren dat homoseksuele mannen massaal het Internet zijn gaan gebruiken om te chatten en te daten met andere mannen. Toegang tot Internet steeg van 37% in 2000 tot 86% in 2004. Het aantal mannen dat aangaf wel eens te chatten op Internet steeg van 17% in 2000 naar 45% in 2004. De meerderheid van de chatters geeft aan dat ze ook mannen ontmoeten die ze via Internet hebben leren kennen. Omdat steeds meer mannen Internet gebruiken als ontmoetingsplaats en er dus steeds meer preventieve interventies voor het Internet zullen komen, maar ook vanwege het gemak en de lagere kosten, is Schorer onlangs overgestapt van de papieren versie van het Monitoronderzoek naar een Internet vragenlijst. Deze vragenlijst is half maart online gegaan en potentiële respondenten zijn via banners op Internet-sites, advertenties in de homopers en flyers die zijn uitgedeeld in het uitgaansleven op het onderzoek geweest. Er zijn bij het ter perse gaan van deze rede inmiddels meer dan 3000 ingevulde vragenlijsten binnen en de verwachting is dat uiteindelijk zo'n 4000 mannen zullen reageren. Dit onderzoek zal een schat aan gegevens opleveren die kunnen worden gebruikt voor de vormgeving van preventie door Schorer, GGDen en andere instellingen die preventie-activiteiten voor homomannen willen ontwikkelen. Inmiddels overleggen wij ook met collega's in Engeland, België, Zweden en Australië om de monitoronderzoeken te standaardiseren zodat internationale vergelijking gemakkelijker wordt.

Na de zomer gaan we van start met een nieuw onderzoek. Dankzij een subsidie van het AIDS Fonds kunnen we een groep homojongeren langere tijd volgen. Mijn collega Dirk Franssens zal de komende vier jaar dat onderzoek uitvoeren. De aanleiding voor dat onderzoek is dat we deze belangrijke doelgroep voor preventie wat uit het oog zijn verloren. Homojongeren kloppen steeds minder vaak aan bij lokale instanties - zoals het COC - voor informatie en ondersteuning. In plaats daarvan zoeken ze naar informatie op Internet en ontmoeten daar andere homo's. Om meer zicht op dat proces te krijgen beginnen we binnenkort met de werving van minstens 200 homojongeren die net uit de kast zijn. Zij zullen drie jaar lang elk half jaar een online vragenlijst invullen. We zijn geïnteresseerd hoe ze via de virtuele wereld aan informatie komen over HIV en *safe sex*, hoe relaties ontstaan, en hoe ze sociale steun voor hun coming-out proces via het Internet organiseren.

Samenvattend: in Nederland weten we dankzij goed onderzoek gelukkig veel over de omvang van de HIV-epidemie, het risicogedrag en de determinanten van dat risicogedrag bij homo- en biseksuele mannen. De gegevens die dit onderzoek oplevert zijn van groot belang voor preventie omdat de verklaring van het risicogedrag dat het probleem veroorzaakt en de context waarbinnen dat risicogedrag plaatsvindt, de sleutel zijn tot effectieve interventies.

Oplossingen voor het probleem

Dit brengt mij tot het laatste aspect: wat kunnen we er aan doen? Eigenlijk moet ik zeggen "Wat doen we er aan?", want er is in Nederland een indrukwekkende traditie op dit vlak. Al sinds het begin van de epidemie zijn er veel activiteiten ontwikkeld voor mannen die seks hebben met mannen, met name door Schorer en haar voorganger de Stichting Aanvullende Dienstverlening, door de GGDen in Nederland, door belangenverenigingen van homo's en ook door universiteiten. Met folders, advertentiecampagnes, voorlichtingsvideo's, informatieavonden, en - sinds kort - voorlichting via Internet, is de doelgroep bij voortdurende geïnformeerd en geïnstrueerd over HIV en AIDS.

Alvorens een overzicht te geven van interventies wil ik benadrukken dat het ontwikkelen van interventies een vak apart is (Bartholomew, Parcel, Kok & Gottlieb,

2006). Interventies dienen te worden gebaseerd op een analyse van het probleem, het risicogedrag en de determinanten van risicogedrag. De uitdagende stap is om methoden en strategieën uit te werken waarvan aangetoond is dat zij in staat zijn om de determinanten van het gedrag positief te beïnvloeden. Hoe zorg je voor een positievere attitude ten aanzien van condooms? Hoe beïnvloed je condoomvaardigheden? Hoe bekrachtig je een *safe sex* norm? Met goede antwoorden op die vragen worden determinanten veranderd, waardoor risicogedrag afneemt en het gezondheidsprobleem wordt verkleind (Kok, 1986).

Schorer ontwikkelt - gelukkig - nog steeds veel preventiematerialen en distribueert deze. Daarnaast worden er door lokale GGDen nog steeds preventie-activiteiten ontwikkeld en uitgevoerd voor de doelgroep. Ik wil hier graag een aantal recente ontwikkelingen noemen, waarmee ook de vraag wat we kunnen doen wordt beantwoord.

Zo wordt er de komende tijd nog meer energie gestoken in het bevorderen van HIV-testen. Op basis van zijn onderzoek naar de determinanten van HIV-testen ontwikkelt Jochen Mikolajczak een Internet-interventie om HIV-testen bij homomannen te bevorderen. We slaan met die interventie een andere richting in. In plaats van een risicobenadering kiezen we voor een benadering waarbij regelmatige HIV/soa check-ups als norm worden geïntroduceerd voor seksueel actieve homomannen. Begin volgend jaar zullen we weten of we er in zijn geslaagd om meer mannen een HIV-test te laten doen.

Verder is er door velen aangedrongen op meer preventieve interventies voor HIV-positieve mannen (Coutinho, 2005; van Kesteren, Hospers, Kok & van Empelen, 2005). Dit lijkt inderdaad gewenst als je kijkt naar de relatief hoge niveaus van onbeschermd seks die deze doelgroep rapporteert. Collega Nicole van Kesteren ontwikkelde een dergelijke interventie, die bestond uit een zelfhulp-gids en twee counseling-gesprekken door HIV-consulenten. In deze interventie werd enerzijds aandacht besteed aan bevredigend seksueel functioneren en anderzijds aan veiliger seks. Als de evaluatie positief uitvalt dan kan dit programma binnenkort op grotere schaal worden geïmplementeerd. Een ander voorbeeld van voorlichting voor HIV-positieven is de informatie-website die onlangs door Schorer is ontwikkeld.

Daarnaast blijkt het bij de behandeling van HIV-infectie van groot belang te zijn dat patiënten therapietrouw zijn, dat wil zeggen dat zij de juiste medicatie op het juiste moment innemen. Dat is nodig omdat men anders het risico loopt dat de behandeling niet aanslaat of dat men resistent wordt tegen de medicatie. Mijn collega Marijn de Bruin voert in samenwerking met het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam een gedragsmatige interventie uit om therapietrouw te bevorderen. Goede therapietrouw heeft, naast voordelen voor het individu, ook een *public health* effect heeft omdat patiënten die goed reageren op de therapie minder infectieus zijn (Porco et al., 2004).

U heeft waarschijnlijk al gemerkt dat er veel energie wordt gestoken in de ontwikkeling van interventies via Internet. Internet-interventies zijn om een aantal redenen interessant. Ten eerste omdat de techniek nu zo ver gevorderd is dat we mensen hele gerichte adviezen kunnen geven. Als mensen bijvoorbeeld overtuigd zijn van de voordelen van condoomgebruik hoef je ze niet meer lastig te vallen met argumenten waarom condooms belangrijk zijn. Ten tweede kun je de kosten beperken, met name als een website lang in de lucht kan blijven. Ten derde kun je leden van de doelgroep bereiken die met reguliere preventie-activiteiten niet of minder makkelijk worden bereikt. Zo bestond de groep respondenten in een van onze online interventies voor bijna 20% uit biseksuele mannen, terwijl deze groep met traditionele interventies moeilijker bereikt wordt.

Ik geef u nog aantal voorbeelden van recente Internet-interventies. Collega's Udi Davidovich, John de Wit en Wolfgang Stroebe van de GGD Amsterdam en de Universiteit Utrecht hebben in een innovatief experiment via Internet laten zien dat hun interventie-op-maat voor homomannen leidde tot positieve effecten op de motivatie om veilig te vrijen. Ook bleek dat in de groep mannen die was blootgesteld aan de interventie meer mannen veilige seks hadden met nieuwe vaste partners dan in de vergelijkingsgroep die niet was blootgesteld (Davidovich, de Wit & Stroebe, 2004). Een ander voorbeeld is de website www.soatest.nl, waar bezoekers naar aanleiding van een aantal vragen over onder andere geslacht, seksuele geaardheid en recent seksueel gedrag met vaste en losse partners, al dan niet het advies krijgen om een soa- of HIV-test te doen. Samen met de GGD Rotterdam hebben wij vorig jaar een interventie op Internet gelanceerd die zich richtte op de steeds groter wordende

groep homomannen die Internet gebruikt om sekspartners te vinden. In het programma, de Gay Cruise, werden bezoekers van een chatsite uitgenodigd aan boord te gaan van een virtueel cruiseschip. In één maand tijd gingen meer dan 5000 homomannen aan boord. De deelnemers in de experimentele groep werden blootgesteld aan een aantal interventieonderdelen waarmee hun motivatie en gedrag met betrekking tot *safe sex* met losse sekspartners werd beïnvloed (Kok, Harterink, Vriens, de Zwart & Hospers, 2006). Zo werden zij gemotiveerd om al tijdens het chatten duidelijk te maken dat ze veilige seks wilden hebben en om altijd condooms mee te nemen als ze naar een date toe gingen. We zitten nog volop in de dataverwerkingsfase, maar een eerste analyse laat zien dat mannen die op de voormeting onveilige seks rapporteerden met losse partners na de interventie significant vaker condooms gingen gebruiken dan vergelijkbare mannen in de controlegroep.

Samenvattend: er is voldoende aanleiding om te blijven interveniëren en het preventieveld doet dat ook volop. Daarbij is het van groot belang dat bij het ontwikkelen van interventies uitgegaan wordt van betrouwbare gegevens en dat interventies gebruik maken van wetenschappelijke theorieën over gedrag en gedragsverandering, omdat keer op keer blijkt dat met name die effectief zijn (Crepaz et al., 2006; Herbst et al., 2005; Kelly, & Murphy, 1992).

Uitdagingen voor de toekomst zijn met name het optimaliseren van interventies en het implementeren van interventies. In het verleden zijn interventies nog wel eens op de plank terecht gekomen nadat de onderzoekers verdwenen waren. Dankzij gestructureerde protocollen als Intervention Mapping (Bartholomew et al., 2006), wordt nu al bij het ontwikkelen van interventies expliciet rekening gehouden met de implementatie, onder andere door de mensen die uiteindelijk verantwoordelijk zijn voor preventie er in een vroeg stadium bij te betrekken.

Naar mijn mening wordt er nog te weinig gedaan aan zogenaamde omgevingsinterventies. Het wordt onderschat hoe waardevol een *safe sex* omgeving kan zijn voor het bereiken en instandhouden van een positieve sociale norm. Er wordt nu veel aandacht gegeven aan het motiveren van individuen maar soms verandert de

omgeving helaas niet erg mee. Als je bijvoorbeeld mensen motiveert om condooms te gebruiken dan helpt het als condooms ook ruimschoots en gratis beschikbaar zijn op plaatsen waar mannen seks hebben - zoals sauna's en darkrooms. Dat is in het buitenland heel gewoon maar in Nederland lukt dat maar niet. In 2003 is er voor het eerst sprake van dat er een convenant in Amsterdam zou komen tussen sauna- en bareigenaren, het stadsdeel en Schorer waarin onder andere het gratis verstrekken van condooms zou worden geregeld (Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid, 2003). We zijn nu bijna drie jaar verder en het convenant is nog steeds niet ondertekend. Ik zou graag zien dat men het nu snel eens wordt.

Een laatste algemene opmerking betreft de toegenomen populariteit van het toepassen van zogenaamde *harm reduction* strategieën in preventie. Daarmee wordt bedoeld dat je doel in preventie niet meer is om risico's te elimineren - door bijvoorbeeld in alle gevallen condoomgebruik te adviseren - maar dat je werkt aan risicoreductie. Een voorbeeld van dat laatste is om homoseksuele mannen die met hun vaste partner onbeschermd seks willen hebben, te adviseren om eerst een HIV-test te doen. Als beide partners HIV-negatief zijn, kunnen condooms achterwege blijven mits er afspraken worden gemaakt over veilige seks met losse partners. Uit het monitoronderzoek weten we dat een kleine minderheid van de mannen zich niet aan de afspraken houdt en dat niet vertelt, waardoor de vaste partner in principe risico loopt. Echter, we denken dat de risico's overall minder zijn dan wanneer we adviseren om ook in de relatie condooms te gebruiken omdat we uit onderzoek ook weten dat de meeste mannen dat gedragsadvies naast zich neer leggen. De winst is dan dat er tenminste vooraf getest wordt en er afspraken worden gemaakt. Waar we volgens mij voor moeten waken is dat de boodschap om condooms te gebruiken helemaal naar het tweede plan verschuift. Zo zijn er inmiddels voorbeelden waar in de algemene preventie voor HIV-positieve mannen al vrij snel erkend wordt dat veilig vrijen lastig is en dat er strategieën worden aangereikt hoe de transmissierisico's van onbeschermd seks zoveel mogelijk kunnen worden beperkt. Vooral omdat zo weinig bekend is over de effecten van dit "meedenken met de doelgroep", denk ik dat voorzichtigheid geboden is. Los van de niet uit te sluiten transmissierisico's zouden negatieve effecten kunnen zijn dat de *safe sex* norm wordt uitgehold of dat HIV-positieve mannen die altijd condooms gebruiken zich niet meer gesteund voelen door

preventie.

GEESTELIJKE GEZONDHEID EN SEKSUELE GEAARDHEID

Omvang van het probleem

Nog niet zo lang geleden was homoseksualiteit opgenomen in de diagnostiekbijbel van psychiaters en psychologen als een *mental disorder* - een geestelijke stoornis. In 1973 werd dat gelukkig na veel discussie geschrapt. Met andere woorden: homoseksualiteit *op zich* werd niet langer als een stoornis gezien. Deze historie heeft er volgens sommigen toe geleid dat het lange tijd taboe was om onderzoek te doen naar de mogelijke relatie tussen geestelijke gezondheid en seksuele geaardheid (Meyer, 2003). Daarbij speelde ongetwijfeld de angst dat de resultaten van zulk onderzoek er mogelijk toe zouden kunnen leiden dat homoseksualiteit korte tijd na de bevrijding weer in de psychiatrische hoek zou belanden. Toch sluit het een het ander niet uit. Het feit dat homoseksualiteit gezien wordt als een normale en gezonde variant betekent niet dat er ook geen verschillen meer kunnen of mogen zijn met heteroseksuelen. Deze denkfout lijkt overigens in de kern op die van Minister Hoogervorst die in 2003 van mening was dat de emancipatie van homo's en lesbo's zo ver gevorderd was dat er geen specifieke aandacht - lees geld - meer voor nodig was. Iets in de trant van: "U bent nu gelijk en mag zelfs trouwen, dus nu moet het gedonder afgelopen zijn".

Een recent overzichtsartikel, waarin de resultaten van een beperkt aantal goed opgezette wetenschappelijke onderzoeken op een rijtje zijn gezet, laat zien dat homoseksuele mannen en vrouwen een verhoogd risico hebben op stemmingsstoornissen zoals depressie, en angststoornissen zoals sociale fobie (Meyer, 2003). In een Amerikaanse studie werd gevonden dat lesbische vrouwen significant vaker behandeld waren voor alcohol- of drugsproblemen dan heteroseksuele vrouwen (Hughes, 2003). Ander onderzoek laat zien dat onder mannen met eetstoornissen, homoseksuelen disproportioneel vertegenwoordigd zijn (Harvey & Robinson, 2003; Lakkis, Ricciardelli & Williams, 1999; Strong, Williamson, Netemeyer & Geer, 2000; Williamson & Hartley, 1998; Yelland & Tiggemann, 2003). En uit een recent onderzoek in België bleek dat 6% van de heteroseksuele jongeren in

de steekproef rapporteerde ooit een zelfmoordpoging te hebben gedaan, tegen 17% onder homoseksuele jongeren (van Heeringen & Vincke, 2000).

Een van de onderzoeken die Meyer in zijn artikel betrof was het Nederlandse NEMESIS onderzoek (Sandfort, de Graaf, Bijl & Schnabel, 2001) en ik wil daar iets langer bij stilstaan. De bijna 6000 respondenten in dit onderzoek waren willekeurig geselecteerd uit Nederlandse huishoudens en werden allemaal individueel geïnterviewd, waarbij een gestandaardiseerd instrument werd gebruikt om psychische klachten te meten. In dat onderzoek werd gevonden dat 39% van de homoseksuele mannen ooit aan een stemmingsstoornis geleden had, tegen 13% van de heteroseksuele mannen. Voor lesbische vrouwen was dat 49%, tegen 24% bij heteroseksuele vrouwen. Angststoornissen werden significant vaker gerapporteerd door homomannen dan door heteromannen; er was geen verschil tussen lesbiennes en heterovrouwen. Problematisch alcohol- en druggebruik werd vaker gerapporteerd door lesbiennes in vergelijking met heteroseksuele vrouwen; bij mannen was daar geen verschil naar geaardheid.

Voordat er misverstanden ontstaan: de meerderheid van de homoseksuele respondenten uit de onderzoeken die ik aanhaal rapporteerde geen psychische klachten, eetstoornissen of suïcidepogingen. Wat ik beschrijf zijn relatieve risico's.

Sommige critici zeggen dat het niet valt uit te sluiten dat het hier om selectieve steekproeven van homoseksuele mannen en vrouwen gaat (Schippers, 2002). Dat klopt, op elke steekproef van homoseksuele mannen en vrouwen valt wel iets af te dingen. Inderdaad zullen we nooit weten of een steekproef representatief is voor alle homo- en biseksuele mannen en vrouwen, simpelweg omdat we niet weten wie al dan niet homoseksueel, biseksueel of lesbisch is. In onze monitoronderzoeken met papieren vragenlijsten die we uitdelen op ontmoetingsplaatsen zegt 5% biseksueel te zijn; in ons Internet-onderzoek is dat 20% (Hospers et al., 2005). Maar wat het "echte" percentage biseksuele mannen in Nederland is, weet niemand. Een ander terecht punt van zorg is de samenstelling van controlegroepen (Muehrer, 1995). Vooral bij gelegenheidssteekproeven van homoseksuele mannen en vrouwen is het de vraag of je een *vergelijkbare* groep van heteroseksuelen kunt vinden. Ook weet je niet of homoseksuele mannen en vrouwen eerder geneigd zijn om toe te geven of te overdrijven dat ze bepaalde klachten hebben, zoals door andere critici is

geopperd (zie Meyer, 2003). Een laatste bezwaar is dat de gebruikte instrumenten vaak niet gevalideerd zijn voor homoseksuelen (Schippers, 2002).

Met inachtneming van alle bezwaren, ben ik van mening dat er inmiddels voldoende aanwijzingen zijn dat er wel eens verschillen in geestelijke gezondheid zouden kunnen zijn. In ieder geval lijkt het me zaak om dit vermoeden nader te onderzoeken. Ik heb begrip voor de gevoeligheid van de materie maar vind niet dat je daarom dan maar niets meer moet doen. Wel is het denk ik van groot belang om bij toekomstig onderzoek verklaringsmodellen te betrekken. Hebben we ook hypothesen hoe dat zou kunnen komen? En zijn die hypothesen toetsbaar?

Oorzaken van het probleem

Dit brengt mij tot mogelijke verklaringen. Het zal duidelijk zijn dat als er twijfels zijn of het fenomeen wel bestaat, we over mogelijke verklaringen grotendeels in het duister tasten. De meeste auteurs suggereren dat discriminatie en stigmatisering van homoseksuelen zou kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van geestelijke gezondheidsproblemen maar hebben die causale relatie niet onderzocht. Er is een beperkte hoeveelheid onderzoek dat laat zien dat ervaring met discriminatie geassocieerd is met gezondheidsproblemen. Maar associatie is nog geen causale relatie. Zonder een model waarin de causale ketens worden beschreven is het lastig onderzoek doen. Meyer (2003) heeft onlangs op basis van de beschikbare gegevens een mogelijk model verder uitgewerkt. In zijn zogenaamde *minority stress model* gaat hij er van uit dat het behoren tot een minderheid leidt tot meer stress. Ten eerste omdat men geconfronteerd kan worden met openlijke discriminatie en geweld. Ten tweede omdat men zichzelf in de weg kan zitten. Zo geven veel homoseksuele mannen en vrouwen aan dat men langere tijd de voorkeur voor de eigen sekse verborgen heeft gehouden voor anderen. Ook komt het voor dat mensen moeite hebben met de eigen seksuele geaardheid, bijvoorbeeld vanwege religieuze opvattingen. En men kan bang zijn voor negatieve reacties uit de omgeving. Deze factoren kunnen tezamen leiden tot meer stress en te veel stress kan leiden tot psychische klachten. Overigens denk ik dat het model nog moet worden uitgebreid met stressoren die te maken hebben met de verwachtingen die men heeft over de homowereld zelf. Ik kom daarop omdat uit onderzoek van mijn collega Anita Jansen

en mijzelf bleek dat homojongens in vergelijking met heterojongens een veel negatiever lichaamsbeeld hadden en dus vatbaarder waren voor de ontwikkeling van eetstoornissen. De belangrijkste voorspeller van dat negatieve lichaamsbeeld bij homojongens was de verwachting dat hun omgeving van hen verlangde dat zij er slank en gespierd uitzagen. En slanker en gespierder dan ze op dat moment waren (Hospers & Jansen, 2005).

Uit een dergelijk model zijn toetsbare hypothesen af te leiden. Deze hypothesen zijn met name goed te onderzoeken als we er in slagen om longitudinaal onderzoek te doen, dat wil zeggen homoseksuele mannen en vrouwen langere tijd te volgen. Dan kunnen we bijvoorbeeld zien of blootstelling aan discriminatie later leidt tot meer psychische klachten. Of dat het verhullen van de seksuele geaardheid op termijn tot klachten leidt. We gaan proberen om subsidies te verwerven om een dergelijk onderzoek op te zetten.

Oplossingen voor het probleem

Ik realiseer me dat ik erg op de uitkomsten van onderzoek vooruitloop om nu al te gaan beschrijven wat we kunnen doen aan geestelijke gezondheidsproblemen. Voorop blijft staan dat we meer evidentie moeten hebben dat er een relatie is tussen seksuele geaardheid en psychische klachten en dat we ook moeten begrijpen waar dat dan vandaan komt. Maar zeker nu er aanwijzingen zijn dat homoseksuele mannen en vrouwen weer vaker worden gediscrimineerd, lijkt meer onderzoek gewenst. Meer gegevens over de aard en omvang van discriminatie en stigmatisering en inzicht in de gevolgen daarvan, zal ook beter richting kunnen geven aan het soort interventies dat nodig is om enerzijds discriminatie te bestrijden en anderzijds de negatieve gevolgen van discriminatie te behandelen. Een tweede terrein van onderzoek is de preventie en behandeling van problemen gerelateerd aan zelfacceptatie van homoseksualiteit en negatieve verwachtingen over reacties van de omgeving.

CONCLUSIE

Dames en heren, ik rond af. Ik hoop dat ik duidelijk heb kunnen maken dat we veel doen en veel van plan zijn. Daarbij is mijn leidraad dat homoseksuele mannen en vrouwen *gewoon anders* zijn. Met gewoon bedoel ik dan dat het feit dat er mannen zijn die op mannen vallen en vrouwen die op vrouwen vallen voor mij de gewoonste zaak van de wereld is. Tegelijkertijd zijn er ook verschillen tussen heteroseksuelen en homoseksuelen. Ondermeer verschillen in seksueel gedrag en het voorkomen van HIV, verschillen in leefstijlen, en wellicht verschillen in geestelijke gezondheid. Dat zijn verschillen in gemiddelden en ik ben mij er van bewust dat er op mij een verantwoordelijkheid rust om goed uit te leggen wat de aard en omvang van die verschillen is om te voorkomen dat ons onderzoek bijdraagt aan stereotypering of stigmatisering.

Maar bovenal ben ik er van overtuigd dat gedegen en onbevangen wetenschappelijk onderzoek op dit terrein nodig is om bij te dragen aan het verminderen van verschillen die ik als ongewenst beschouw.

Tenslotte verheug ik me er als enthousiast docent op om de wetenschappelijke inzichten die uit dit onderzoek volgen, hun weg te laten vinden in het onderwijs omdat wat mij betreft onderzoek en onderwijs onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn.

REFERENTIES

- Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G., & Gottlieb, N.H. (2006). *Planning health promotion programs. An Intervention Mapping approach*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- CBS (2006). *Overledenen per belangrijke primaire doodsoorzaak 1985-2004*. Link: http://statline.cbs.nl/StatWeb/Download.asp?STB=G1,G2,G3&LA=nl&DM=SLNL&PA=7052_95&D1=5&D2=0&D3=0&D4=a,!0-15&HDR=T&TT=2
- Coutinho, R. (2005). De Nederlandse SOA/HIV-bestrijding: verder op de bestaande voet? Lezing Wereld AIDS dag, Amsterdam, 1 december 2005.
- Crepaz, N., Lyles, C.M., Wolitski, R.J., Passin, W.F., Rama, S.M., Herbst, J.H., Purcell, D.W., Malow, R.M., & Stall, R. (2006). Do prevention interventions reduce HIV risk behaviours among people living with HIV? A meta-analytic review of controlled trials. *AIDS*, 20, 143-157.
- Davidovich, U., Wit, J.B.F. de, & Stroebe, W. (2004). The effect of an Internet intervention for promoting safe sex between steady male partners - results and methodological implications of a longitudinal randomized controlled trial online. Abstract WePeC6115. XV International AIDS Conference, Bangkok, Thailand, July 11-16, 2004.
- Harvey, J.A., & Robinson, J.D. (2003). Eating disorders in men: current considerations. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10, 297-306.
- Heeringen, C. van, & Vincke, J. (2000). Suicidal acts and ideation in homosexual and bisexual young people: a study of prevalence and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 494-499.
- Herbst, J.H., Sherba, R.T., Crepaz, N., Deluca, J.B., Zohrabyan, L., Stall, R.D., & Lyles, C.M. (2005). A meta-analytic review of HIV behavioral interventions for reducing sexual risk behavior of men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39, 228-241.
- Hogeweg, J.A., & Hospers, H.J. (2000). *Monitoronderzoek 2000*. Maastricht: Universiteit Maastricht.

- Hospers, H.J., Dörfler, T.T., & Zuilhof, W. (2003). *Monitoronderzoek 2003*. Amsterdam: Schorer.
- Hospers, H.J., Dörfler, T.T., & Zuilhof, W. (2004). *Monitoronderzoek 2004 Amsterdam*. Amsterdam: Schorer.
- Hospers, H.J., & Jansen, A. (2005). Why homosexuality is a risk factor for eating disorders in males. *Journal of Social and Clinical Psychology, 8*, 1081-1087.
- Hospers, H.J., Kok, G., Harterink, P., & Zwart, O. de (2005). A new meeting place: Chatting on the Internet, e-dating and sexual risk behaviour among Dutch men who have sex with men. *AIDS, 19*, 1097-1101.
- Hughes, T.L. (2003). Lesbians' drinking patterns: beyond the data. *Substance Use & Misuse, 38*, 1739-1758.
- Hull, P., Van de Ven, P., Prestage, G., Rawstorne, P., Grulich, G., Crawford, J., Kippax, S., Madeddu, D., McGuigan, D., & Nicholas, A. (2003). *Gay community periodic survey. Sydney 1996-2002*. Sydney, Australia: National Centre in HIV Social Research.
- Kamerstukken Tweede Kamer (2004). *Jaarverslag van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2003*. Kamerstuk 29540-34.
- Kelly, J.A., & Murphy, D.A. (1992). Psychological interventions with AIDS and HIV: Prevention and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 576-585.
- Kesteren, N. van, Hospers, H.J., Kok, G., & Empelen, P. van (2005). Qualitative insights in sexuality and sexual risk behavior in HIV-positive men who have sex with men. *Qualitative Health Research, 15*, 145-168.
- Kok, G.J. (1986). *Gezondheidsmotivering. GVO als wetenschapsgebied*. Inaugurele rede, 21 februari 1986. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Kok, G., Harterink, P., Vriens, P., De Zwart, O., & Hospers, H.J. (2006). The Gay Cruise: developing theory- and evidence-based Internet HIV-prevention. *Sexuality Research and Social Policy, 3*. In Press.
- Kok, G., Hospers, H.J., Harterink, P., & Zwart, O. de (2006). Social-cognitive determinants of HIV risk-taking intentions among men who date men through the Internet. Submitted.
- Lakkis, J., Ricciardelli, L.A., & Williams, R.J. (1999). Role of sexual orientation and gender-related traits in disordered eating. *Sex Roles, 41*, 1-16.

- Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (2003). *Nieuwsbrief no. 1*. Link: http://ggd.leones.biz/kennisnet/uploaddb/downl_object.asp?atoom=20633&VolgNr=1
- 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.
- Mikolajczak, J., Hospers, H.J., & Kok, G.J. (2006). Reasons for not taking an HIV-test among untested men who have sex with men: an Internet study. *AIDS and Behavior*. In press.
- Muehrer, P. (1995). Suicide and sexual orientation: A critical summary of recent research and directions for future research. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 25, 72-81.
- Page-Shafer, K., Shiboski, C.H., Osmond, D.H., Dilley, J., McFarland, W., Shiboski, S.C., Klausner, J.D., Balls, J., Greenspan, D., & Greenspan, J.S. (2002). Risk of HIV infection attributable to oral sex among men who have sex with men and in the population of men who have sex with men. *AIDS*, 16, 2350-2352.
- Porco, T.C., Martin, J.N., Page-Shafer, K.A., Cheng, A., Charlebois, E., Grant, R.M., & Osmond, D.H. (2004). Decline in HIV infectivity following the introduction of highly active antiretroviral therapy. *AIDS*, 18, 81-88.
- RIVM (2005). *HIV and Sexually Transmitted Infections in the Netherlands in 2004*. RIVM-report nr. 441100022. Bilthoven: RIVM.
- Sandfort, T.G.M., Graaf, R. de, Bijl, R.V., & Schnabel, P. (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 58, 85-91.
- Schippers, J. (2002). Homoseksualiteit en psychiatrische stoornissen: samenhang niet aangetoond. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 146, 1675-1677.
- Strong, S.M., Williamson, D.A., Netemeyer, R.G., & Geer, J.H. (2000). Eating disorder symptoms and concerns about body differ as a function of gender and sexual orientation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 240-255.
- Webster, R.D., Darrow, W.W., Paul, J.P., Roark, R.A., Woods, W.J., & Stempel, R.R. (2003). HIV infection and associated risks among young men who have sex with men in a Florida resort community. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 33, 223-231.

- Weinhardt, L.S., Carey, M.P., Johnson, B.T., & Bickham, N.L. (1999). Effects of HIV counseling and testing on sexual risk behavior: A meta-analytic review of published research, 1985–1997. *American Journal of Public Health, 89*, 1397-1405.
- Williamson, I., & Hartley, P. (1998). British research into the increased vulnerability of young gay men to eating disturbance and body dissatisfaction. *European Eating Disorders Review, 6*, 160-170.
- Yelland, C., & Tiggemann, M. (2003). Muscularity and the gay ideal: body dissatisfaction and disordered eating in homosexual men. *Eating Behaviors, 4*, 107-116.