

Rapport Survey

Mannen & Seksualiteit 2018

Seks en gezondheid: het handelen en denken van MSM in Nederland

PrEP en condooms - Fuckbuddies, losse en vaste partners - Welzijn van (jonge) MSM



Universiteit Utrecht



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

SOAIDS
Nederland

Voorwoord

Hiv- en soa-bestrijding gericht op mannen die seks hebben met mannen (MSM) kan niet zonder cijfers die inzicht geven in de te stellen beleidsprioriteiten, monitoring van het uit te voeren beleid en evaluatie van behaalde resultaten. Daartoe zijn in Nederland recente epidemiologische data voorhanden van de Stichting Hiv Monitoring en het RIVM. Met betrekking tot seksueel gedrag van MSM en hoe zij omgaan met hiv en soa was de afgelopen jaren minder bruikbare data beschikbaar. De data uit de Survey Mannen en Seksualiteit 2018 voorziet daar nu in. Met bescheiden financiële middelen en de inzet van veel betrokkenen lukte het om de survey uit te voeren en werd een rijke bron van gegevens verkregen. In de eerste plaats is dit te danken aan de duizenden mannen die de vragenlijst hebben ingevuld. Wij danken hen voor hun openheid, hun tijd en het in ons gestelde vertrouwen.

Daarnaast bedanken wij:

- Het groepje jonge MSM dat in een focusgroep met ons meedacht over de opzet van de vragenlijst. Door hun kritische feedback werd deze inhoudelijk beter en prettiger om in te vullen;
- Fayaaz Joemmanbaks, die meelas bij de totstandkoming van de vragenlijst en de juiste mensen vond voor de realisatie van de Arabische, Farsi en Turkse versies. Dank ook aan deze vertalers. Voor zijn Masterthesis deed Fayaaz een zogenaamde Respondent Driven Sampling Survey met een verkorte versie van de vragenlijst gericht op MSM met een migratieachtergrond. We konden daardoor beter invulling geven aan de ambitie om de bevraging toegankelijker te maken voor deze mannen. De resultaten van deze survey worden apart gepubliceerd;
- Philippe Adam, die ons adviseerde over de vragenlijst en bijdroeg aan de Franse versie;
- De adviescommissie die feedback gaf op de wetenschappelijke en beleidsmatige aspecten van de vragenlijst, het wervingsplan, het verloop van de werving, en op de voorlaatste versie van dit rapport. Deze commissie bestaat uit Ard van Sighem (Stichting Hiv Monitoring), Birgit van Benthem (RIVM), Ciel Wijzen (Rutgers), Febe Deug (Soa Aids Nederland), Hannelore Götz (GGD Rotterdam-Rijnmond), Kai Jonas (Universiteit Maastricht) en Udi Davidovich (GGD Amsterdam);

- Al de professionals, redacties van gay media en mannen uit de MSM-gemeenschap die een rol hebben gespeeld bij de werving van respondenten;
- De eigen collega's, die op verwachte en onverwachte momenten hun betrokkenheid toonden met soms lastige maar vaak zinvolle suggesties en vragen.

Met dit rapport wordt het hele verhaal niet in één keer verteld. Het zijn de eerste analyse en voorlopige conclusies uit een bron die nog veel meer prijs zal geven. De komende tijd verschijnen nog verdere publicaties en worden meerdere presentaties gegeven. Dit zal de analyse en conclusies verder verdiepen en leiden tot aanbevelingen voor beleid. Wij hopen dat u ons hierbij blijft volgen en bevragen. Samen met u willen we met de survey-uitkomsten werken aan goede hiv- en soa-bestrijding voor MSM.

Namens de auteurs,

Wim Zuilhof
Oktober 2018

Auteurs:

C. den Daas	K. Vermey
W. Zuilhof	T. Dörfler
A. van Bijnen	J. de Wit

Inhoudsopgave

0	Voorwoord	2	3.7	SOA	18
0	Inhoudsopgave	3	3.7.1	Chlamydia, gonorrhoe, en syfilis	18
1	Inleiding	4	3.7.2	Leeftijd	18
1.1	Achtergrond	4	3.7.3	Opleidingsniveau	18
1.2	Opbouw van dit rapport	5	3.7.4	Woonplaats	18
2	Methode	6	3.7.5	Stedelijkheid	18
2.1	Onderzoeksopzet	6	3.7.6	Migratieachtergrond	19
2.2	Vragenlijst constructie	6	3.7.7	Seksuele identiteit	19
2.3	Werving deelnemers	7	3.7.8	Hiv status en PrEP gebruik	19
2.4	Statistische analyse	7	3.7.9	Overige soa	19
3	Resultaten	8	3.7.10	Vaccinatie	19
3.1	Respons	8	3.8	Angst en depressie	20
3.2	Demografische kenmerken	9	3.8.1	Mogelijke depressieve stoornis in relatie tot demografische kenmerken	20
3.2.1	Sekse	9	3.9	Informatie over seksuele gezondheid	21
3.2.2	Leeftijd	9	4	Toekomstige publicaties	22
3.2.3	Opleidingsniveau	9	5	Conclusies	23
3.2.4	Woonplaats	9	6	Termen	27
3.2.5	Stedelijkheid	9	7	Literatuur	29
3.2.6	GGD gebied	9	8	Bijlage	30
3.2.7	Migratieachtergrond	10	8.1	Introductie	30
3.2.8	Seksuele identiteit, aantrekking, en gedrag	10	8.2	Vragenlijst	30
3.3	Hiv testen	11			
3.3.1	Leeftijd	11			
3.3.2	Opleidingsniveau	11			
3.3.3	Woonplaats	11			
3.3.4	Stedelijkheid	12			
3.3.5	GGD gebied	12			
3.3.6	Migratieachtergrond	12			
3.3.7	Seksuele identiteit	13			
3.3.8	Nooit getest	13			
3.4	Hiv positieve deelnemers	14			
3.4.1	Hiv behandeling	14			
3.4.2	Hiv virale status	14			
3.4.3	Therapietrouw	14			
3.4.4	Hiv status in relatie tot demografische kenmerken	14			
3.5	Pre-exposure profylaxis	15			
3.6	Seksueel gedrag en beschermingsgedrag	16			
3.6.1	Vaste partners	16			
3.6.2	Fuckbuddies	16			
3.6.3	One-night stands	17			

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

De survey Mannen & Seksualiteit is ontstaan uit de behoefte aan meer informatie over de seksuele gezondheid van mannen die seks hebben met mannen (MSM). Voor een effectieve hiv- en soa-bestrijding is meer inzicht belangrijk in het seksgedrag, de gezondheid, leefstijl en psychosociale kenmerken van mannen die seks hebben met mannen (MSM) in relatie tot hiv en soa. Met de uitkomsten kan de Nederlandse hiv- en soa-bestrijding ontwikkelingen in gedrag monitoren en de effectiviteit van preventiebeleid verbeteren. We hebben onvoldoende inzicht in welke MSM de grootste gezondheidsrisico's lopen en welke factoren hierin doorslaggevend zijn. Terwijl dit inzicht nodig is om hiv- en soa-infecties succesvol te blijven bestrijden onder MSM. In het onderzoek is extra aandacht voor groepen die mogelijk meer kwetsbaar zijn voor hiv en soa's, zoals MSM jonger dan 25 jaar en MSM met een niet-westerse migratieachtergrond.

Deze survey bouwt voort op andere onderzoeken naar de seksuele gezondheid van MSM in Nederland. Tussen 2006 en 2011 werd er jaarlijks een cross-sectionele online survey uitgevoerd onder de naam Schorer Monitor. Het faillissement van Schorer betekende in 2012 het einde van dit jaarlijkse gedragsonderzoek. In 2013 voerde Rutgers het onderzoek 'Een wereld van verschil uit' naar de beleving en seksualiteit van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender-personen. Op Europees niveau deed Nederland in 2010 en 2017/2018 mee aan twee grote Europese onderzoeken naar de seksuele gezondheid van MSM (European MSM Internet Survey, EMIS).

Naast de jaarlijkse epidemiologische soa-surveillance-data van het RIVM, en die van Stichting Hiv Monitoring (SHM) zijn dit soort gedragsonderzoeken een belangrijke bron van informatie voor gedragsmonitoring en beleid. Deze andere onderzoeken zijn qua omvang van de steekproef en thematieken niet vergelijkbaar met de Schorer Monitor. Het ontbreken van actuele gedragsdata en psychosociale data met een diverse en grote steekproef van MSM wordt met het verstrijken van de jaren sinds 2012 steeds sterker gevoeld.

Soa Aids Nederland (SANL) draagt bij aan het landelijke hiv- en soa- preventieprogramma voor MSM. Vanaf 2013 doet zij dat aan de hand van een vijfjarig strategisch plan 'Onder Controle' dat loopt tot eind 2018 (1). Deze strategie bestaat uit drie pijlers:

1. Meer en makkelijker testen;
2. Eerder behandelen;
3. 'Stay safe' – het veilig houden van seks.

Daarbinnen zijn 9 sleutelindicatoren en streefwaarden benoemd:

1. 85 procent van alle seksueel actieve MSM kent zijn actuele hiv-status
2. 90 procent van MSM met hiv is op de hoogte van zijn hiv-infectie
3. 60 procent van de nieuwe hiv-diagnosen betreft recente infecties, dat wil zeggen dat de tijd tussen de hiv-positieve test en de laatste hiv-negatieve test niet meer dan 1,5 jaar is
4. 96 procent van alle gediagnosticeerde MSM met hiv meldt zich tijdig bij de zorg en blijft in zorg
5. 90 procent van MSM met hiv in zorg wordt behandeld
6. 96 procent van alle MSM die behandeld worden heeft een onmeetbare hoeveelheid virus in het bloed
7. 75 procent van alle MSM met hiv komt in zorg met een CD4-aantal van >350 cellen/mm³
8. 80 procent van de MSM volgt het seksueel gedragsadvies voor MSM op met betrekking tot condoomgebruik of andere risicoreductiestrategieën
9. 80 procent van de MSM is tegen hepatitis B gevaccineerd

Met de Survey Mannen & Seksualiteit wordt inzicht verkregen in de sleutelindicatoren 1, 4, 5, 6, 7, 8 en 9. Daarbij is de informatie die wordt verzameld over sleutelindicatoren 1 en 8 een belangrijke aanvulling op bestaande data.

De hiv- en soa-bestrijding onder MSM in Nederland verloopt redelijk succesvol. Nadat jarenlang het aantal hiv-diagnoses jaarlijks steeg is er sinds enkele jaren sprake van stabilisatie en zelfs daling van het aantal jaarlijks gevonden infecties (1). Uit de jaarlijkse cijfers van RIVM en SHM over hiv en soa's onder MSM, blijkt dat wat betreft hiv een grote groep MSM steeds beter wordt bereikt (2, 3). Geschat wordt dat in 2017 negen

procent van de MSM nog niet op de hoogte is van zijn hiv-status (3). Dit percentage kan hoger zijn in subgroepen. Toch zijn er nog steeds elk jaar honderden nieuwe hiv-infecties onder MSM. We vermoeden dat MSM met een migratieachtergrond minder effectief bereikt worden (3). Er zijn meer hiv-infecties onder MSM met een (niet-westerse) migratieachtergrond. Ook komt deze groep later in zorg (4). Uit de landelijke soa-cijfers van het RIVM blijkt dat MSM met een migratieachtergrond vaker een soa hebben (2). Andere demografische factoren zoals leeftijd en opleidingsniveau, spelen mogelijk een rol bij het minder goed bereiken van groepen MSM.

De MSM Survey is naast een klassieke gedragsstudie (inclusief demografische factoren) ook een onderzoek naar leefstijl en psychosociale determinanten. De vorm, volgorde en focus van de vragenlijst zijn anders dan die van bijvoorbeeld EMIS of de Schorer Monitor. Er zijn klassieke vragen naar seksueel gedrag die kunnen worden gekoppeld aan psychosociale vragen over voorkeuren, gewoontes en intenties rond: testgedrag, sociale identiteit, effectiviteit, prettigheid, acceptatie van hiv-preventiestrategieën, depressie, stigma en componenten van zelfcontrole.

1.2 Opbouw van dit rapport

In het tweede hoofdstuk gaan we in op de methode, onderzoeksopzet, de onderwerpen van de vragenlijst en de werving van de deelnemers. In hoofdstuk 3 beschrijven we de eerste resultaten van de MSM Survey 2018. In Hoofdstuk 5 bespreken we de belangrijkste conclusies.

De rapportage van de Survey Mannen en Seksualiteit is modulair van opzet. Dit betekent dat we in de loop van de tijd resultaten zullen toevoegen. In Hoofdstuk 4 geven we een voorzet van de thema's die we verwachten te publiceren. In hoofdstuk 6 staat een woordenlijst met een uitleg van gebruikte termen uit het onderzoek.



2 Methode

2.1 Onderzoekopzet

Dit is een cross-sectioneel onderzoek waarin een zo groot mogelijke groep MSM een vragenlijst invulde over verschillende aspecten van hun seksuele gedrag, gezondheid, leefstijl en psychosociale kenmerken. De vragenlijst was beschikbaar in Nederlands, Engels, Frans, Farsi, Arabisch en Turks. De respondenten vulden de vragenlijst in via internet. In de werving was er extra aandacht voor MSM met een migratieachtergrond en jonge MSM. Een deel van de Nederlandse vragenlijst staat in Hoofdstuk 8.2.

Tijdens het onderzoek was er een proef met een alternatieve werving en een verkorte vragenlijst voor mannen met een migratieachtergrond. Om deze groep beter te bereiken was er een aparte wervingsstrategie toegepast: Respondent Driven Sampling (RDS). De resultaten hiervan worden niet in dit rapport gepresenteerd.

Eenzijds waren er klassieke vragen naar seksueel gedrag, anderzijds werden er vragen gesteld over sociale identiteit, attitudes en normen rond preventiestrategieën, risicoperceptie, blootstelling aan preventieboodschappen, depressie, stigma en componenten van zelfcontrole.

2.2 Vragenlijst constructie

De vragenlijst werd zo ontwikkeld dat deze optimaal aansloot bij de persoonlijke situatie van de deelnemers. Deelnemers werden automatisch doorgeleid naar op maat geformuleerde vervolgvragen. In de bijlage (hoofdstuk 8.2) zijn de vragen te vinden waarop de resultaten in dit rapport gebaseerd zijn.

De volgende thema's werden uitgevraagd en komen in dit rapport terug:

- Demografische kenmerken: geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, woonplaats, migratieachtergrond, seksuele identiteit, aantrekking en gedrag
- Hiv test gedrag: wanneer voor het laatst, reden voor nooit testen, uitslag
- Hiv positieve deelnemers: onder behandeling, gebruik van hiv-remmers, virale lading, aantal CD4-cellen, therapietrouw

- Pre-exposure profylaxis (PrEP): bekendheid, gebruik ooit en momenteel, manier van slikken, waar vandaan
- Seksueel gedrag: fuckbuddies en one-night stands, anale seks gehad in de voorgaande 6 maanden met of zonder condoom, hiv-status van partners, gebruikte hiv preventie strategieën
- Soa's in de voorgaande 6 maanden: chlamydia, gonorrhoe, syfilis, genitale herpes, genitale of anale wratten, LGV, hepatitis A
- Vaccinatie: gevaccineerd voor Hepatitis A, Hepatitis B, HPV, getest of behandeld voor Hepatitis C
- Voorlichting: informatie gezien in de voorgaande 6 maanden, welke informatie gezien, via welke kanalen, was deze informatie van toepassing, aansprekend, en vonden deelnemers dat zij veel weten over het voorkomen van hiv

Thema's die zijn uitgevraagd, maar voor verdiepend onderzoek en aanvullende publicaties zijn:

- Seksueel gedrag: vaste partners, anale seks gehad in de voorgaande 6 maanden met of zonder condoom, hun hiv status, gebruikte hiv-preventiestrategieën
- Hiv-testgedrag: locatie, voorkeuren, gewoontes, intenties, partnerwaarschuwing
- Hiv-positieve deelnemers: disclosure, bijwerkingen medicatie, attitudes medicatie
- Post-exposure profylaxis (PEP): bekendheid, gebruik
- Sociale identiteit: (homoseksuele vrienden, tribes
- Hiv-risico: omgeving, ernst, risicoperceptie, kennis
- Preventiestrategieën: effectiviteit, prettigheid, acceptatie
- Ontmoetingen: setting, app-gebruik
- Seksueel gedrag met verhoogd risico: ruilseks, groepsseks, chemsex
- Psychosociale thema's: angst en depressie, zelfcontrole, doelen

De vragenlijst werd ontwikkeld met bestaande vragenlijsten (zoals van EMIS en Schorer) ernaast, om in verwoording zoveel mogelijk vergelijkbaar te zijn. Een groep experts heeft zich over de thema's en vragen gebogen. Een eerste versie werd voorgelegd aan twee focusgroepen met jonge MSM . Daarna werd de volgorde en een aantal verwoordingen nog aangepast, om ook zoveel mogelijk aan te sluiten bij minder taalvaardige deelnemers. De laatste versie is vervolgens vertaald in de andere talen en voor

sommige talen terugvertaald om de vertaling te controleren.

De vragenlijst was geprogrammeerd in Qualtrics. De vragenlijst werd op een server van Universiteit Utrecht gehost; Universiteit Utrecht beheert ook de data. De link naar de vragenlijst was geplaatst op een pagina op de website van Soa Aids Nederland.

2.3 Werving deelnemers

Het doel van de werving was om tenminste 2000 deelnemers te includeren. Het wervingsplan, de website en de productie van wervingsmiddelen werd verzorgd door Soa Aids Nederland samen met externe professionals. De werving liep via online en offline kanalen.

In maart en april 2018 vond een wervingscampagne plaats via sociale media, homomedia en datingapps voor MSM. Advertenties gemaakt op basis van de focusgroepen met jonge MSM werden verspreid onder verschillende doelgroepen. Om voldoende deelname te garanderen van MSM jonger dan 25 jaar is aanvullende werving via Facebook en Instagram op deze groep ingezet. Er zijn ook advertenties geweest in homomedia (Attitude, Winq.nl, GayNews). Verder werd er op datingsites en apps geadverteerd (Grindr en PlanetRomeo). Op Grindr waren op verschillende momenten advertenties, zowel in het Nederlands als in het Engels. Ten slotte was er een pers aankondiging aan een verscheidenheid aan organisaties en redacties.

Daarnaast kregen professionals van de GGD en hiv-behandelaren die met MSM werken een brief met visitekaartjes. De brief riep op om MSM mee te laten doen met de survey. Op het visitekaartje stond de link op Soaids.nl met meer informatie over de vragenlijst.

Daarnaast was er een aanvullende werving middels 'Respondent Driven Sampling' om een betere afspiegeling te bereiken van mensen met een niet-westerse migratieachtergrond. De resultaten van deze RDS-werving worden niet in dit rapport gepresenteerd.

2.4 Statistische analyse

De resultaten beginnen met frequentieverdelingen. Verschillen in proporties zijn getest met een chi-square toets, verschillen in gemiddelden met t-testen of regressie-analyses. In de multivariate analyses zijn altijd de gerapporteerde demografische kenmerken meegenomen.

In de tekst zijn de multivariate effecten vermeld. Indien er iets veranderd was ook de univariate effecten. Als een karakteristiek in multivariate analyse significant is, zijn de aantallen en percentages in de betreffende tabel dikgedrukt. Daarbij zijn de referentiecategorie en de afwijken categorieën aangegeven met superscript.

Gemiddelden zijn weergegeven met één getal achter de komma. Percentages zijn afgerond op hele getallen; het totaal kan hierdoor verschillen van 100. Het aantal deelnemers is niet voor alle resultaten hetzelfde. Dit komt doordat sommige vragen niet aan alle deelnemers zijn gesteld, een aantal deelnemers het laatste deel van de vragenlijst niet heeft ingevuld, of omdat we informatie over subgroepen rapporteren.

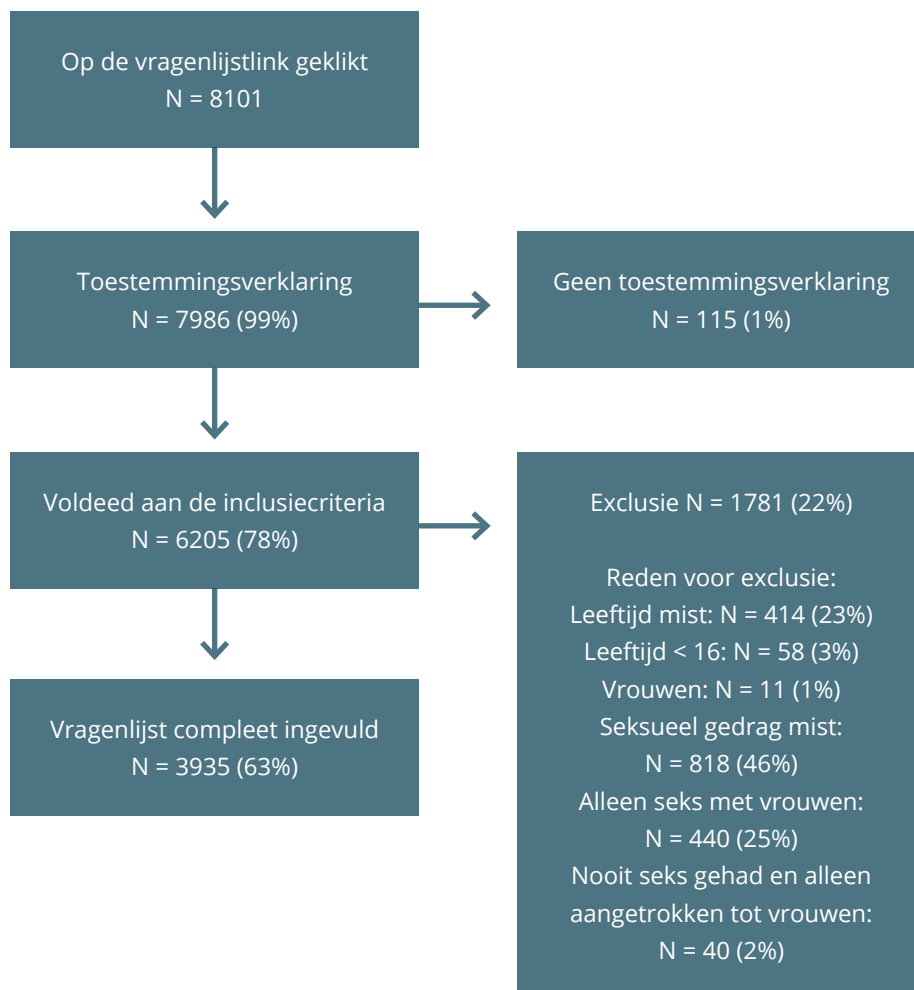
Om het rapport leesbaar te houden zijn er geen toetsingswaarden en significantieniveaus gerapporteerd. Wanneer er in de resultaten staat dat groepen verschillen of dat er een effect is, dan zijn deze getoetst en significant ($p < .05$).

3 Resultaten

3.1 Respons

Van alle mensen die op de vragenlijstlink hebben geklikt heeft 99% ja aangegeven op de toestemmingsverklaring (informed consent). Van deze deelnemers voldoen 6205 aan de inclusiecriteria. Er zijn 1781 mensen geëxcludeerd. Daarvoor waren verschillende redenen, waaronder geen toestemmingsverklaring, gemiste vragen over inclusiecriteria of anders (zie figuur 1 voor de redenen voor exclusie).

In totaal zijn 3935 vragenlijst compleet ingevuld. In de resultaten worden zoveel mogelijk data gebruikt. Gegevens van deelnemers die de vragenlijst incompleet hebben ingevuld (2270) worden zoveel mogelijk meegenomen in de analyses.



Figuur 1. Flowchart van de respons op de vragenlijst.

3.2 Demografische kenmerken van de deelnemers

3.2.1 Sekse

Er hebben 6135 cisgender-mannen (99%) de vragenlijst ingevuld. Daarnaast deden 42 (0.7%) transmannen, 4 transvrouwen (0.1%), en nog 24 mensen die zich anders identificeren (0.4%) mee.

3.2.2 Leeftijd

De deelnemers variëren in leeftijd van 16 tot 80 jaar (Tabel 1). In totaal 34% is jonger dan 25 jaar. Dit laat het succes van de aanvullende werving onder jongere MSM zien. De gemiddelde leeftijd is 35,6 jaar, mediaan: 32 jaar.

Tabel 1. Leeftijdverdeling (N = 6205)

Leeftijd	Aantal	Percentage
16-19 jaar	700	11
20-24 jaar	1448	23
25-29 jaar	721	12
30-34 jaar	496	8
35-39 jaar	470	8
40-44 jaar	459	7
45-49 jaar	498	8
50-54 jaar	563	9
55-59 jaar	412	7
60-80 jaar	438	7

3.2.3 Opleidingsniveau

In Tabel 2 is het opleidingsniveau weergegeven. Meer dan de helft van de deelnemers is hoogopgeleid: 4004, 65% heeft hoger algemeen onderwijs of hoger onderwijs gevolgd.

Tabel 2. Opleidingsniveau (N = 6194)

Opleiding	Aantal	Percentage
Geen of basisonderwijs	74	1
Middelbaar algemeen onderwijs (MAVO/MULO)	263	4
Vorbereidend middelbaar beroepsonderwijs (VMBO)	243	4
Middelbaar beroepsonderwijs (MBO)	1610	26
Hoger algemeen onderwijs (HAVO/VWO/Gymnasium)	558	9
Hoger onderwijs (HBO/WO/postacademisch)	3446	56

3.2.4 Woonplaats

De stad waar de meeste deelnemers wonen is Amsterdam (844, 15%). Er wonen verder 321 (6%) deelnemers in Rotterdam, 223 (4%) in Den Haag, en 229 (4%) in Utrecht. Deze verdeling volgt grofweg de verdeling van de steden in Nederland. De overige deelnemers (4134, 72%) wonen in andere woonplaatsen.

3.2.5 Stedelijkheid

Zoals is te zien in Tabel 3, wonen de meeste deelnemers in zeer sterk stedelijke woonplaatsen, met adressendichtheid van 2500 of meer adressen per vierkante kilometer.

Tabel 3. Stedelijkheid van de woonplaatsen van de deelnemers (N = 5748).

Stedelijkheid	Aantal	Percentage
Zeer sterk stedelijk	2586	45
Sterk stedelijk	1376	24
Matig stedelijk	746	13
Weinig stedelijk	594	10
Niet stedelijk	446	8

3.2.6 GGD gebied

De deelnemers zijn redelijk verdeeld over alle GGD gebieden, met als duidelijke uitschieters de GGD-gebieden van Amsterdam, Rotterdam-Rijnmond en Utrecht (Tabel 4). Van de deelnemers hebben 326 geen postcode ingevuld en 128 postcodes konden niet ingedeeld worden.

Tabel 4. GGD gebied (N = 5751).

GGD gebied	Aantal	Percentage
GGD Amsterdam	912	15
GGD Brabant-Zuidoost	233	4
GGD Drenthe	112	2
GGD Flevoland	123	2
GGD Fryslân	142	2
GGD Gelderland-Zuid	192	3
GGD Gooi en Vechtstreek	71	1
GGD Groningen	222	4
GGD Haaglanden	375	6
GGD Hart voor Brabant	326	5
GGD Hollands-Midden	196	3
GGD Hollands-Noorden	123	2

Tabel gaat verder op volgende pagina

GGD gebied	Aantal	Percentage
GGD IJsselland	153	3
GGD Kennemerland	159	3
GGD Limburg-Noord	118	2
GGD Noord- en Oost-Gelderland	185	3
GGD Regio Twente	165	3
GGD Regio Utrecht	478	8
GGD Rotterdam-Rijnmond	530	9
GGD West-Brabant	225	4
GGD Zaanstreek/Waterland	79	1
GGD Zeeland	96	1
GGD Zuid-Limburg	190	3
Dienst Gezondheid & Jeugd ZHZ	100	2
Veiligheids- en Gezondheids-regio Gelderland-Midden	246	4

3.2.7 Migratieachtergrond

Van de deelnemers hebben 5035 (81%) een Nederlandse achtergrond: zowel zichzelf als hun beide ouders zijn geboren in Nederland of beide ouders zijn in Nederland geboren (Tabel 5). In totaal 405 (7%) hebben een westerse migratieachtergrond en 765 (12%) een niet-westerse achtergrond. De verdeling van mannen in de Nederlandse bevolking is vergelijkbaar (1 januari 2018: Nederlands = 77%, westers = 9%, niet-westers = 13%). De extra aandacht in de werving voor mannen met een niet-westerse achtergrond heeft er in ieder geval voor gezorgd dat de verdeling vergelijkbaar is met die van mannen in de Nederlandse bevolking in 2018.

Tabel 5. Migratieachtergrond (N = 6205)

Migratieachtergrond	Aantal	Percentage
Nederlands	5035	81
Westers – eerste generatie	241	4
Westers – tweede generatie	164	3
Niet-westers – eerste generatie	334	5
Niet-westers – tweede generatie	431	7

3.2.8 Seksuele identiteit, aantrekking en gedrag

De indeling in seksuele identiteit baseren we in dit rapport op zelfbenoeming. De meerderheid van de deelnemers identificeert zich als gay/homoseksueel (N = 5261, 85%). Daarnaast is een groep biseksueel (N = 783, 13%), 78 (1%) deelnemers identificeren zich als heteroseksueel en de overige 83 (1%) deelnemers identificeren zich anders.

Hoewel veel deelnemers aangaven zich als homo-seksueel te identificeren, betekent dit niet dat zij alleen seks hebben of zich aangetrokken voelen tot mannen. In Tabel 6 is weergegeven tot welke sekse deelnemers zich aangetrokken voelen, 24 deelnemers (0.4%) vulden anders in. Verder gaven de meeste deelnemers aan alleen of vooral seks te hebben met mannen (N = 5642, 91%), additioneel gaven 193 (3%) deelnemers aan nog nooit seks te hebben gehad.

Tabel 6. Seksuele aantrekking en gedrag (N = 6205)

	Aantrekking	
	Aantal	Percentage
Alleen mannen	4567	74
Vooral mannen	1153	19
Evenveel mannen als vrouwen	298	5
Vooral vrouwen	154	3
Alleen vrouwen	9	0

	Gedrag	
	Aantal	Percentage
Alleen mannen	5083	83
Vooral mannen	559	9
Evenveel mannen als vrouwen	197	3
Vooral vrouwen	143	2
Alleen vrouwen	-	-

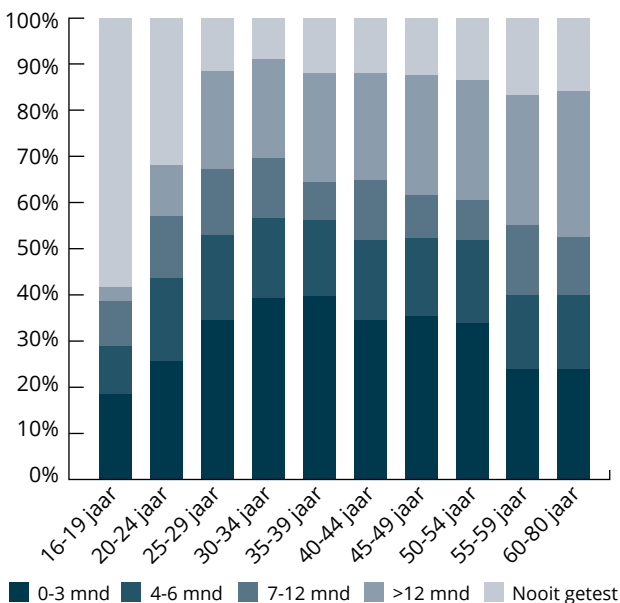
3.3 Hiv-testen

Hiv-negatieve deelnemers geven aan dat zij het heel ernstig zouden vinden als zij hiv zouden hebben (M = 4.3, op een schaal van 1 tot 5). Daarnaast vinden zij het ook heel belangrijk om te voorkomen dat zij hiv krijgen (M = 4.6, op een schaal van 1 tot 5).

In totaal zijn 2051 (47%) hiv-negatieve deelnemers recent (in de laatste 6 maanden) getest op hiv, 1361 (31%) deelnemers zijn langer dan een half jaar geleden getest en 922 (21%) deelnemers zijn nooit getest.

3.3.1 Leeftijd

In Figuur 2 en Tabel 7 is te zien dat deelnemers in de jongere leeftijdscategorieën vaker nooit getest zijn en minder vaak recent getest zijn.



Figuur 2. Wanneer deelnemers voor het laatst getest zijn (N = 4334), uitgesplitst naar leeftijd.

Tabel 7. Wanneer deelnemers voor het laatst op hiv getest zijn (N = 4334), uitgesplitst naar leeftijd, aantal (%).

Leeftijd	Getest in voorgaande 6 maanden	Langer geleden getest	Nooit getest
16-24 jaar	585 (40) ^a	309 (21)	574 (39) ^c
25-34 jaar	497 (55) ^b	320 (35)	90 (10) ^d
35-49 jaar	531 (54) ^b	342 (35)	114 (12) ^d
> 50 jaar	438 (45)	390 (40)	144 (15) ^d

NB: In leeftijdscategorie b zijn deelnemers vaker recent getest dan in referentiecategorie a. In leeftijdscategorieën d zijn deelnemers minder vaak nooit getest dan in referentiecategorie c.

3.3.2 Opleidingsniveau

Deelnemers met een laag en middelbaar opleidingsniveau zijn vaker nooit getest en minder vaak recent getest. Wanneer gecontroleerd wordt voor andere demografische karakteristieken blijft alleen het effect in nooit testen significant (Tabel 8).

Tabel 8. Wanneer deelnemers voor het laatst op hiv getest zijn (N = 4328), uitgesplitst naar opleidingsniveau, aantal (%).

Opleiding	Getest in voorgaande 6 maanden	Langer geleden getest	Nooit getest
Laag/middel	617 (43)	442 (31)	385 (27) ^a
Hoog	1434 (50)	917 (32)	533 (19) ^b

NB: In opleidingsniveau a zijn deelnemers vaker nooit getest dan in referentiecategorie b.

3.3.3 Woonplaats

Deelnemers uit de steden Amsterdam, Rotterdam, en Den Haag zijn vergelijkbaar en verschillen van Utrecht en andere woonplaatsen als het gaat om testen. In Amsterdam, Rotterdam en Den Haag is meer dan zestig procent recent getest en minder dan 13 procent nooit getest (Tabel 9). Utrecht ligt dicht bij de aantallen van de rest van het land: meer deelnemers zijn daar niet recent of nooit getest. Wanneer gecontroleerd wordt voor de andere demografische kenmerken blijkt dat de kleinere proportie recent geteste deelnemers in Utrecht niet wordt verklaard door de leeftijd van de deelnemers.

Tabel 9. Wanneer deelnemers voor het laatst op hiv getest zijn (N = 4085), uitgesplitst naar woonplaats, aantal (%).

Woonplaats	Getest in voorgaande 6 maanden	Langer geleden getest	Nooit getest
Amsterdam	363 (65) ^a	154 (28)	44 (8) ^c
Rotterdam	149 (65) ^a	62 (27)	19 (8) ^c
Den Haag	103 (60) ^a	46 (27)	22 (13)
Utrecht	70 (39) ^b	75 (41)	37 (20)
Andere woonplaats	1278 (44) ^c	956 (33)	707 (24) ^d

NB: In woonplaatsen a zijn deelnemers vaker recent getest, in b zijn deelnemers minder vaak recent getest dan in referentiecategorie c. In woonplaatsen c zijn deelnemers minder vaak nooit getest dan in referentiecategorie d.

3.3.4 Stedelijkheid

Deelnemers uit zeer sterk stedelijke woonplaatsen waren vaker recent getest en minder vaak nooit getest dan deelnemers uit de minder stedelijke woonplaatsen (Tabel 10). Wanneer gecontroleerd wordt voor demografische karakteristieken is dit effect alleen nog significant voor nooit getest zijn.

Tabel 10. Wanneer deelnemers voor het laatst op hiv getest zijn (N = 4084), uitgesplitst naar stedelijkheid van de woonplaats, aantal (%).

Stedelijkheid	Getest in voorgaande 6 maanden	Langer geleden getest	Nooit getest
Zeer sterk	1002 (55)	597 (33)	230 (13) ^a
Sterk	432 (43)	302 (30)	268 (27) ^b
Matig	216 (41)	176 (33)	139 (26) ^b
Weinig	171 (43)	116 (29)	107 (27) ^b
Niet	141 (43)	102 (31)	85 (26) ^b

NB: In stedelijkheids categorieën b zijn deelnemers vaker nooit getest dan in referentiecategorie a.

3.3.5 GGD-gebied

Het patroon van testen is in alle GGD-gebieden vergelijkbaar. De meeste deelnemers zijn recent getest, daarna is een groter deel getest hoewel niet recent, het kleinste aantal is nooit getest. Los van dit patroon zijn er wel verschillen tussen de GGD-gebieden (Tabel 11).

Tabel 11. Wanneer deelnemers voor het laatst op hiv getest zijn (N = 4334), uitgesplitst naar GGD-gebied, aantal (%).

GGD-gebied	Getest in voorgaande 6 maanden	Langer geleden getest	Nooit getest
GGD Amsterdam	386 (64)	169 (28)	51 (8)
GGD Brabant-Zuidoost	84 (48)	48 (28)	42 (24)
GGD Drenthe	35 (43)	27 (33)	20 (24)
GGD Flevoland	39 (48)	32 (39)	11 (13)
GGD Fryslân	39 (39)	29 (29)	31 (31)
GGD Gelderland-Zuid	57 (43)	53 (40)	24 (18)
GGD Gooi en Vechtstreek	19 (37)	17 (33)	15 (29)
GGD Groningen	82 (52)	49 (31)	28 (18)
GGD Haaglanden	160 (56)	72 (25)	52 (18)
GGD Hart voor Brabant	103 (47)	76 (34)	42 (19)

GGD-gebied	Getest in voorgaande 6 maanden	Langer geleden getest	Nooit getest
GGD Hollands-Midden	68 (46)	48 (32)	33 (22)
GGD Hollands-Noorden	41 (46)	26 (29)	23 (26)
GGD IJsselmeer	51 (46)	37 (33)	23 (21)
GGD Kennemerland	48 (43)	43 (39)	20 (18)
GGD Limburg-Noord	33 (42)	15 (19)	31 (39)
GGD Noord- en Oost-Gelderland	52 (41)	42 (33)	32 (25)
GGD Regio Twente	43 (40)	37 (34)	28 (26)
GGD Regio Utrecht	145 (39)	138 (37)	90 (24)
GGD Rotterdam-Rijnmond	209 (55)	114 (30)	58 (15)
GGD West-Brabant	74 (45)	46 (28)	44 (27)
GGD Zaanstreek/Waterland	25 (44)	20 (35)	12 (21)
GGD Zeeland	29 (45)	18 (28)	18 (28)
GGD Zuid-Limburg	46 (33)	58 (42)	34 (25)
Dienst Gezondheid & Jeugd ZHZ	21 (31)	22 (33)	24 (36)
Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden	74 (43)	57 (33)	43 (25)

3.3.6 Migratieachtergrond

Deelnemers met een migratieachtergrond zijn vaker recent getest vergeleken met de groep waarvan de ouders in Nederland geboren zijn (Tabel 12). Daarnaast zijn deelnemers met een eerste generatieachtergrond minder vaak nooit getest dan Nederlandse deelnemers. Wanneer gecontroleerd wordt voor andere karakteristieken, dan blijven de bevindingen gelijk, behalve vaker recent getest zijn voor deelnemers met een westerse tweede generatie migratieachtergrond.

Tabel 12. Wanneer deelnemers voor het laatst op hiv getest zijn (N = 4334), uitgesplitst naar migratieachtergrond, aantal (%).

Migratie-achtergrond	Getest in voorgaande 6 maanden	Langer geleden getest	Nooit getest
Nederlands	1597 (45) ^a	1156 (33)	789 (22) ^c
Westers 1e generatie	105 (61) ^b	48 (28)	20 (12) ^d
Westers 2e generatie	65 (55)	30 (25)	24 (20)
Niet-westers 1e generatie	128 (59) ^b	62 (29)	27 (12) ^d
Niet-westers 2e generatie	156 (55) ^b	65 (23)	62 (22)

NB: In migratiecategorieën b zijn deelnemers vaker recent getest dan in referentiecategorie a. In migratiecategorieën d zijn deelnemers minder vaak nooit getest dan in referentiecategorie c.

3.3.7 Seksuele identiteit

Biseksuele deelnemers zijn minder vaak recent en vaker nooit getest dan deelnemers die zich identificeren als homoseksueel (36% versus 19%, Tabel 13).

Tabel 13. Wanneer deelnemers voor het laatst op hiv getest zijn (N = 4693), uitgesplitst naar seksuele identiteit, aantal (%).

Seksuele identiteit ^a	Getest in voorgaande 6 maanden	Langer geleden getest	Nooit getest
Homoseksueel	1818 (49) ^b	1197 (32)	684 (19) ^d
Biseksueel	206 (38) ^c	139 (26)	198 (36) ^e

^a De andere categorieën zijn niet toegevoegd, omdat de aantallen te klein werden.

NB: In migratiecategorie c zijn deelnemers minder vaak recent getest dan in referentiecategorie b. In migratiecategorie e zijn deelnemers vaker nooit getest dan in referentiecategorie d.

3.3.8 Nooit getest

Aan de 922 deelnemers die nog nooit op hiv waren getest is gevraagd wat hun reden hiervoor was. De antwoorden zijn weergegeven in Tabel 14. De belangrijkste redenen die deze deelnemers achtereenvolgens gaven waren: geen risico hebben gelopen, er nog niet aan zijn toegekomen of geen symptomen hebben ervaren die wijzen op een hiv-infectie. 42 deelnemers gaven aan een andere reden te hebben.

Tabel 14. Reden om niet op hiv te testen.

	Aantal	Percentage
Geen risico	418	45
Weet niet waar	33	4
(Nog) niet aan toe gekomen	182	20
Angst voor de uitslag	31	3
Angst om gezien te worden	18	2
Associatie met homoseksualiteit	26	3
Te duur	18	2
Geen symptomen	154	17

De meerderheid van de 3771 deelnemers die getest zijn is hiv-negatief en er zijn 360 (10%) deelnemers hiv-positief (Tabel 15).

Tabel 15. Hiv-uitslag van de geteste deelnemers.

	Aantal	Percentage
Hiv-positief (wel hiv)	360	10
Hiv-negatief (geen hiv)	3361	89
Ik wacht nog op de uitslag	39	1
Weet ik niet	23	1

3.4 Hiv-positieve deelnemers

3.4.1 Hiv-behandeling

In totaal 345 (98%, 6 missing) van de hiv-positieve deelnemers geven aan op dat moment onder controle te zijn bij een hiv-behandelcentrum, onder behandeling te zijn en hiv-remmers te slikken.

3.4.2 Hiv-status: virale lading

De meerderheid van degenen die onder behandeling zijn gaf aan een ondetecteerbare virale lading te hebben (N = 318, 92%), en 215 (62%) hiv-positieve deelnemers gaven aan dat zij een CD4-aantal hadden van 500 of meer.

3.4.3 Therapietrouw

Therapietrouw is met vijf vragen gemeten. De meerderheid (N= 302, 90%) had de voorgaande zeven dagen geen dosis gemist, 236 (70%) hadden in de voorgaande maand 100 procent van de hiv-medicatie ingenomen. 'Nee' werd door 213 (63%) deelnemers ingevuld bij de vraag of ze weleens hun medicatie vergaten. De meeste deelnemers (N = 333, 99%) gaven aan niet te stoppen met het innemen van hun medicatie als ze zich niet goed voelen. En 333 (99%) deelnemers hadden het voorgaande weekend hun medicatie ingenomen.

3.4.4 Hiv-status in relatie tot demografische kenmerken

Het percentage deelnemers dat hiv-positief is neemt vanzelfsprekend toe met oudere leeftijd. Deelnemers met hiv wonen vooral in Amsterdam en identificeren zich vaker als homoseksueel (Tabel 16). Er is geen verschil in hiv-positieve deelnemers met een laag of middelbaar opleidingsniveau vergeleken met die met een hoog opleidingsniveau. Wanneer gecontroleerd wordt voor alle andere karakteristieken komt daar nog bij dat deelnemers met een niet-westerse migratieachtergrond vaker hiv-positief zijn.

Tabel 16. Aantal (%) hiv-positieve deelnemers, uitgesplitst naar leeftijd, opleidingsniveau, woonplaats, migratieachtergrond en seksuele identiteit.

	Hiv-positief
Leeftijd	
16-24 jaar	21 (2) ^c
25-34 jaar	49 (6) ^d
35-49 jaar	137 (14) ^d
> 50 jaar	153 (16) ^d
Opleiding	
Laag/Middel	122 (10)
Hoog	237 (9)
Woonplaats^a	
Amsterdam	86 (14) ^d
Rotterdam	20 (9)
Andere woonplaats	224 (8) ^c
Stedelijkheid^a	
Zeer sterk	187 (11)
Sterk	68 (8)
Matig	30 (7)
Weinig	25 (8)
Niet	20 (8)
Migratieachtergrond	
Nederlands	280 (9) ^c
Westers	28 (10)
Niet-Westers	52 (11) ^d
Seksuele identiteit^b	
Homoseksueel	339 (10) ^c
Biseksueel	15 (4) ^d

a Telt niet op door missing in woonplaats

b De andere categorieën zijn niet toegevoegd omdat de aantallen te klein werden

NB: categorieën d verschillen in multivariate analyses van referentie-categorieën c.

3.5 Pre-exposure profylaxis (PrEP)

Veel deelnemers geven aan van pre-exposure profylaxis (PrEP) gehoord te hebben, 3542 (79%) van de 4498 deelnemers die deze vraag invulden weten van PrEP. Van diegene die van PrEP weten hebben 228 (6%) ooit PrEP gebruikt en gebruiken 165 (5%) ten tijde van het invullen van de vragenlijst PrEP.

Van de deelnemers die tijdens het invullen van de vragenlijst PrEP gebruiken, slikken 104 (63%) dagelijks PrEP en 61 (37%) voor en na seks PrEP (intermittend). In Tabel 17 is weergegeven waar deelnemers hun PrEP vandaan halen. Twee antwoorden konden niet ingedeeld worden in deze categorieën. De meeste deelnemers verkrijgen hun PrEP via een Nederlandse apotheek. Dit sluit aan bij de timing van de vragenlijst enkele maanden nadat PrEP goedkoper beschikbaar is geworden. Verder doet 23% mee aan een PrEPstudie of -trial.

Tabel 17. Waar halen huidige gebruikers hun PrEP vandaan (N=165), meerdere antwoorden mogelijk.

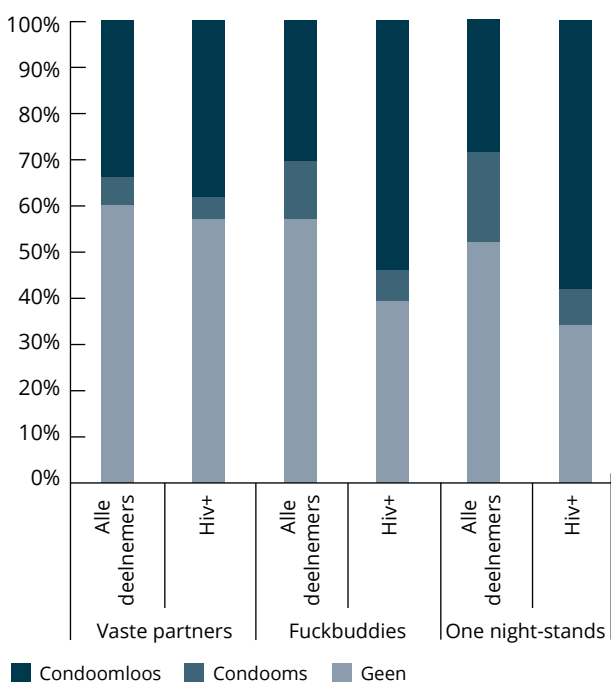
	Aantal	Percentage
Een trial of studie	38	23
Een apotheek in Nederland	77	47
Online gekocht in het buitenland	24	15
Meegebracht uit het buitenland	13	8
Kopersgroep (bijv. PrEPnu)	20	12
GGD/Soa-polikliniek	24	15
Hiv-medicatie van een bekende	5	3
PEP-kuur	1	1



3.6 Seksueel gedrag en beschermingsgedrag

In totaal 2332 (42%) deelnemers gaven aan geen vaste partner te hebben, 915 (29%) deelnemers hadden wel een vaste partner maar geen anale seks in de voorgaande 6 maanden. Alle seksueel actieve deelnemers zijn gevraagd of zij in de voorgaande 6 maanden anale seks hebben gehad met vaste partners (als zij die hadden), fuckbuddies en one-night stands. Ter herinnering: de gebruikte termen worden uitgelegd in Hoofdstuk 6. In Figuur 3 wordt de proportie deelnemers weergegeven die anale seks hadden, met of zonder condooms. De grootste proportie van de anale seks in de voorgaande 6 maanden was condoomloos, met vaste partners (N = 1883, 84%), met fuckbuddies (1454, 70%) en met one night-stands (N = 1472, 59%). Hiv-positieve deelnemers geven vaker aan fuckbuddies en one night-stands te hebben gehad en gebruiken minder vaak condooms onafhankelijk van het partnertype. In de verdere subhoofdstukken worden de andere hiv-preventiestrategieën besproken.

Van de deelnemers die de vragen over alle drie de partnercategorieën invulden hebben 1043 (22%) alleen een vaste relatie, 625 (13%) alleen fuckbuddies of one-night stands, 1029 (21%) geen relatie, en heeft de meerderheid zowel een vaste relatie als fuckbuddies of one-night stands (N = 2141, 44%).



Figuur 3. Percentage deelnemers dat geen anale seks rapporteert met partners (vast, fuckbuddies, one-night stand) in de voorgaande 6 maanden, daarnaast de proportie die wel anale seks rapporteert met of zonder condoom, uitgesplitst voor alle deelnemers en alleen hiv-positieve deelnemers.

3.6.1 Vaste partners

Deelnemers die aangeven condoomloze anale seks te hebben met vaste partners in de voorgaande 6 maanden (Figuur 3), geven vaker aan een hiv-positieve vaste partner te hebben met onmeetbare virale lading. Zij weten vaker de hiv-status van hun vaste partner.

Daarnaast geven deelnemers die condoomloze anale seks hebben met 1 of meer vaste partners inderdaad aan dat zij minder vaak condooms gebruiken. Zij doen ook minder vaak aan niet klaarkomen in elkaar als hiv-preventiestrategie. Zij doen wel vaker aan virale lading sorteren, al is dit verschil relatief en geven die deelnemers aan dat zij deze strategie weinig gebruiken.

In bovenstaande vergelijking zijn de hiv-positieve deelnemers nog geïnccludeerd. In de vraagstelling is duidelijk gemaakt dat het gaat zowel om het voorkomen van hiv-infectie (hiv-negatieve deelnemers) als hiv-transmissie (hiv-positieve deelnemers). Als we bovenstaande hiv-preventiestrategieën vergelijken exclusief de hiv-positieve deelnemers, dan hebben deelnemers die aan condoomloze anale seks doen met hun vaste partners niet meer vaker een hiv-positieve partner met onmeetbare virale lading. De rest van de hiv-preventiestrategieën verschillen niet.

3.6.2 Fuckbuddies

Deelnemers die aangeven condoomloze anale seks gehad te hebben met één of meer fuckbuddies in de voorgaande 6 maanden (Figuur 3) geven ook vaker aan dat deze fuckbuddies hiv-positief zijn (met meetbare of onmeetbare virale lading). Deze deelnemers zijn vaker op de hoogte van de hiv-status van hun fuckbuddies dan deelnemers die condooms gebruiken met hun fuckbuddies.

Daarnaast geven deelnemers die condoomloze anale seks hebben met één of meer fuckbuddies inderdaad aan dat zij minder vaak condooms gebruiken. Ook doen zij minder vaak aan niet in elkaar klaar komen als preventiestrategie. Zij doen wel vaker aan strategisch positioneren en virale lading sorteren. Bij deze laatste twee preventiestrategieën is het verschil relatief. Zowel deelnemers die weleens doen aan strategisch positioneren als deelnemers die weleens doen aan virale lading sorteren geven aan deze preventiestrategieën weinig te gebruiken. Ze doen even weinig aan serosorteren.

In bovenstaande vergelijking zijn de hiv-positieve deelnemers nog geïncludeerd. Als we bovenstaande hiv-preventiestrategieën vergelijken exclusief de hiv-positieve deelnemers is het enige verschil dat degenen die aangeven condoomloze anale seks te hebben met fuckbuddies veronderstellen dat deze fuckbuddies ook vaker hiv-negatief zijn.

3.6.3 One-night stands

Vergelijkbaar met fuckbuddies zien we dat deelnemers die aangeven condoomloze anale seks te hebben met één of meer one-nights stands in de voorgaande 6 maanden, vaker hiv-positief zijn (met meetbare, onmeetbare, of onbekende virale lading). Deelnemers die condoomloze anale seks hebben met one-night stands zijn daarnaast vaker op de hoogte van de hiv-status van hun one-night stands dan deelnemers die condooms gebruiken met hun one-night stands.

Ook als we kijken naar hiv-preventiestrategieën zien we bij one-night stands iets vergelijkbaars als bij fuckbuddies. Deelnemers die condoomloze anale seks hebben met één of meer one-night stands geven inderdaad aan dat zij minder vaak condooms gebruiken. Ook doen zij minder vaak aan niet in elkaar klaar komen als preventiestrategie. Zij doen wel vaker aan strategisch positioneren en virale lading sorteren. Ook hier zijn bij deze laatste twee preventiestrategieën de verschillen relatief. Beide groepen geven aan deze preventiestrategieën weinig te gebruiken. De groepen doen even vaak aan serosorteren.

In bovenstaande vergelijking zijn de hiv-positieve deelnemers nog geïncludeerd, als we bovenstaande hiv-preventiestrategieën vergelijken exclusief de hiv-positieve deelnemers is het enige verschil dat deelnemers die wel en deelnemers die geen condooms gebruiken evenveel hiv-positieve partners hebben met onbekende virale lading.



3.7 Soa's

3.7.1 Chlamydia, gonorrhoe, of syfilis diagnose

De drie meest voorkomende soa zijn chlamydia, gonorrhoe, en syfilis. De weergegeven percentages zijn over alle deelnemers, dus niet uitsluitend de geteste deelnemers. Dit komt door de manier waarop de vragenlijst geprogrammeerd was. Deelnemers konden een of meer soa's aanvinken en de antwoordopties "ik heb geen soa gehad" of "ik ben de afgelopen 6 maanden niet getest". Vermoedelijk hebben deelnemers die niet getest waren ook "ik heb geen soa gehad" aangevinkt. Daardoor werd deze vraag niet betrouwbaar ingevuld. Er waren in totaal 354 (8%) deelnemers met een chlamydia-diagnose in de voorgaande 6 maanden, 337 (8%) met gonorrhoe en 138 (3%) met syfilis.

3.7.2 Leeftijd

Deelnemers in oudste leeftijdscategorieën hadden over het algemeen wat minder soa-diagnoses in de voorgaande 6 maanden, in de middelste leeftijdscategorieën rapporteren deelnemers juist meer soa's vergeleken met de jongste leeftijdscategorie. Als wordt gecontroleerd voor de andere demografische karakteristieken dan rapporteren deelnemers in de oudste leeftijdscategorieën minder chlamydia en gonorrhoe dan deelnemers in de jongste leeftijdscategorie.

Tabel 18. Aantal (%) soa diagnoses in de voorgaande 6 maanden (chlamydia, gonorrhoe, en syfilis), uitgesplitst naar leeftijd.

Leeftijd	Chlamydia	Gonorrhoe	Syfilis
16-24 jaar	95 (7) ^a	101 (7) ^a	31 (2)
25-34 jaar	87 (10)	100 (11)	32 (4)
35-49 jaar	107 (10)	85 (8) ^b	35 (3)
> 50 jaar	65 (6) ^b	51 (5) ^b	40 (4)

NB: In leeftijdscategorieën b rapporteren deelnemers minder vaak chlamydia en gonorrhoe dan in referentiecategorieën a.

3.7.3 Opleidingsniveau

Opleiding lijkt geen effect te hebben op soa-diagnoses. Maar als wordt gecontroleerd voor andere demografische karakteristieken, dan rapporteren deelnemers met een laag of middelbaar opleidingsniveau vaker syfilis.

Tabel 19. Aantal (%) soa-diagnoses in de voorgaande 6 maanden (chlamydia, gonorrhoe, en syfilis), uitgesplitst naar opleidingsniveau.

Opleiding	Chlamydia	Gonorrhoe	Syfilis
Laag/Middel	126 (9)	97 (7)	52 (4) ^b
Hoog	228 (8)	240 (8)	6 (3) ^a

Note: In opleidingsniveau b rapporteren deelnemers vaker syfilis dan in referentiecategorieën a.

3.7.4 Woonplaats

Woonplaats heeft geen invloed op de hoeveelheid gerapporteerde soa-diagnoses in de voorgaande 6 maanden, wanneer er gecontroleerd wordt voor de andere variabelen. Univariaat wordt er in Amsterdam meer chlamydia en gonorrhoe en in Rotterdam meer chlamydia gevonden vergeleken met andere woonplaatsen.

Tabel 20. Aantal (%) soa-diagnoses in de voorgaande 6 maanden (chlamydia, gonorrhoe, en syfilis), uitgesplitst naar woonplaats.

Woonplaats ^a	Chlamydia	Gonorrhoe	Syfilis
Amsterdam	75 (11)	72 (11)	24 (4)
Rotterdam	28 (12)	22 (9)	5 (2)
Andere woonplaats	244 (7)	233 (7)	96 (3)

^a Telt niet op door missing in woonplaats.

3.7.5 Stedelijkheid

De mate van stedelijkheid van de woonplaats van deelnemers lijkt geen effect te hebben op chlamydia- en syfilis-diagnoses, in de sterk en weinig stedelijk woonplaatsen rapporteren deelnemers minder gonorrhoe dan in de zeer sterk stedelijke woonplaatsen. Wanneer gecontroleerd wordt voor andere demografische karakteristieken dan is er geen effect van stedelijkheid op gerapporteerde soa-diagnoses in de afgelopen 6 maanden.

Tabel 21. Aantal (%) soa-diagnoses in de voorgaande 6 maanden (chlamydia, gonorrhoe, en syfilis), uitgesplitst naar stedelijkheid van de woonplaats van de deelnemers.

Stedelijkheid	Chlamydia	Gonorrhoe	Syfilis
Zeer sterk	163 (9)	173 (9)	59 (3)
Sterk	73 (7)	64 (6)	25 (2)
Matig	48 (9)	41 (8)	20 (4)
Weinig	32 (8)	16 (4)	7 (2)
Niet	24 (7)	23 (7)	14 (4)

3.7.6 Migratieachtergrond

Migratieachtergrond heeft geen invloed op de hoeveelheid gerapporteerde soa-diagnoses in de voorgaande 6 maanden, wanneer er gecontroleerd wordt voor de andere variabelen. Univariaat rapporteren deelnemers met een westerse migratieachtergrond vaker chlamydia vergeleken met deelnemers met een Nederlandse achtergrond.

Tabel 22. Aantal (%) soa-diagnoses in de voorgaande 6 maanden (chlamydia, gonorrhoe, en syfilis), uitgesplitst naar migratieachtergrond.

Migratie achtergrond	Chlamydia	Gonorrhoe	Syfilis
Nederlands	273 (8)	271 (8)	105 (3)
Westers	35 (12)	27 (9)	12 (4)
Niet-westers	46 (9)	39 (7)	21 (4)

3.7.7 Seksuele identiteit

Biseksuele deelnemers rapporteren minder vaak gonorrhoe, wanneer gecontroleerd wordt voor de andere factoren valt dat verschil weg. Seksuele identiteit heeft geen effect op gerapporteerde soa-diagnoses in de voorgaande 6 maanden.

Tabel 23. Aantal (%) soa-diagnoses in de voorgaande 6 maanden (chlamydia, gonorrhoe, en syfilis), uitgesplitst naar seksuele identiteit.

Seksuele identiteit ^b	Chlamydia	Gonorrhoe	Syfilis
Homoseksueel	314 (8)	309 (8)	125 (3)
Biseksueel	37 (7)	26 (5)	12 (2)

^b De andere categorieën zijn niet toegevoegd omdat de aantallen te klein werden.

3.7.8 Hiv-status en PrEP-gebruik

Deelnemers met een hiv-negatieve status die geen PrEP gebruiken, rapporteren minder chlamydia en gonorrhoe dan deelnemers die wel PrEP gebruiken en deelnemers met hiv. Hiv-negatieve deelnemers rapporteren verder minder syfilis in de afgelopen 6 maanden te hebben gehad vergeleken met hiv-positieve deelnemers. Hierbij moet worden opgemerkt dat anale soa's als indicatie gelden om PrEP voor te schrijven. We hebben de startdatum van PrEP niet uitgevraagd. Uit deze cijfers valt niet zonder meer te concluderen dat deelnemers aan PrEP meer soa's hebben.

Tabel 24. Aantal (%) soa diagnoses in de voorgaande 6 maanden (chlamydia, gonorrhoe, en syfilis), uitgesplitst naar hiv status.

Hiv-status & PrEP	Chlamydia	Gonorrhoe	Syfilis
Hiv-positief	62 (18) ^b	52 (15) ^b	35 (10) ^b
Hiv-negatief of onbekend en PrEP-gebruiker	47 (29) ^b	40 (25) ^b	8 (5)
Hiv-negatief of onbekend en gebruikt geen PrEP	236 (8) ^a	236 (8) ^a	93 (3) ^a

NB: In categorieën b rapporteren deelnemers vaker chlamydia, gonorrhoe, en syfilis dan in referentie categorieën a.

3.7.9 Overige soa's

De andere soa die uitgevraagd waren kwamen minder vaak voor; 98 (2%) van alle deelnemers geven aan in de voorgaande zes maanden genitale herpes te hebben gehad, 103 (2%) genitale of anale wratten, 20 (0.4%) LGV, 11 (0.2%) hepatitis A, en 72 (2%) hebben ooit een positieve Hepatitis C-uitslag gehad.

3.7.10 Vaccinatie

In Tabel 25 is weergegeven hoeveel van de deelnemers gevaccineerd zijn. Van de deelnemers geven 832 (19%), 509 (11%), en 1146 (26%) voor respectievelijk Hepatitis A, Hepatitis B en HPV aan dat ze niet weten of ze daarvoor gevaccineerd zijn.

Tabel 25. Vaccinatiestatus van de deelnemers voor Hepatitis A, Hepatitis B, en HPV.

	Aantal	Percentage
Hepatitis A	2487	56
Hepatitis B - volledig	2630	59
Hepatitis B - deels	681	15
HPV	148	3

3.8 Angst en depressie

Deelnemers scoren gemiddeld 9.6 (range 0 – 40, volle mogelijke range van deze schaal is 0 - 42) op de totale angst- en depressieschaal. Verder scoren deelnemers gemiddeld 5.9 (range 0 -21) op de angstsubschaal en 3.7 (range 0 -21) op de depressiesubschaal. Waarbij hogere scores meer depressie weergeven. Een afkapwaarde van 15 op de totale schaal is gebruikt om deelnemers met een mogelijke depressieve stoornis te identificeren. In totaal 762 (19%) van de deelnemers scoren boven deze afkapwaarde.

3.8.1 Mogelijke depressieve stoornis in relatie tot demografische kenmerken

Deelnemers in de twee oudere leeftijdscategorieën, met hoog opleidingsniveau, Nederlandse achtergrond, die zich identificeren als homoseksueel, en hiv-negatieve deelnemers die PrEP gebruiken hebben minder vaak een mogelijke depressieve stoornis (Tabel 26). Woonplaats en stedelijkheid waren niet geassocieerd met het hebben van een mogelijke depressieve stoornis. Wanneer gecontroleerd wordt voor de andere factoren, is er niet langer een associatie tussen seksuele identiteit en een mogelijke depressieve stoornis. Verdere associaties blijven hetzelfde.

Het is belangrijk om te benadrukken dat het hier associaties betreft en niet causale verbanden. De associatie kan bovendien beide kanten op gaan: hiv-positieve deelnemers krijgen vaker een mogelijke depressieve stoornis, of andersom: deelnemers met een mogelijke depressieve stoornis krijgen vaker hiv. Of er is een derde factor die met beide geassocieerd is.

Tabel 26. Aantal (%) deelnemers met mogelijke depressieve stoornis, uitgesplitst naar leeftijd, opleidingsniveau, woonplaats, migratieachtergrond, seksuele identiteit, hiv-status, en PrEP-gebruik.

	Mogelijke depressieve stoornis
Leeftijd	
16-24 jaar	306 (24) ^c
25-34 jaar	189 (23)
35-49 jaar	148 (15) ^d
> 50 jaar	119 (13) ^d
Opleiding	
Laag/Middel	271 (22) ^d
Hoog	491 (18) ^c
Woonplaats^a	
Amsterdam	102 (18)
Rotterdam	39 (18)
Andere woonplaats	585 (19)
Stedelijkheid^a	
Zeer sterk	320 (18)
Sterk	177 (20)
Matig	103 (22)
Weinig	68 (19)
Niet	58 (19)
Migratieachtergrond	
Nederlands	571 (18) ^c
Westers	58 (23) ^d
Niet-Westers	133 (28) ^d
Seksuele identiteit^b	
Homoseksueel	633 (18)
Biseksueel	105 (23)
Hiv-status & PrEP-gebruik	
Hiv-positief	68 (22) ^d
Hiv-negatief of onbekend en PrEP-gebruiker	18 (12)
Hiv-negatief of onbekend en gebruikt geen PrEP	512 (19) ^c

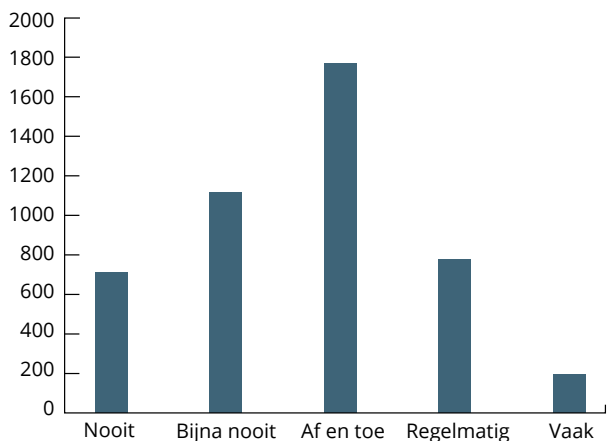
^a Telt niet op door missing in woonplaats

^b De andere categorieën zijn niet toegevoegd omdat de aantallen te klein werden

NB: In categorieën d verschillen in multivariate analyses van referentie-categorieën c.

3.9 Informatie over seksuele gezondheid

De meeste deelnemers hadden in de voorgaande zes maanden wel wat informatie gezien over seksuele gezondheid voor homomannen, maar 722 (16%) hadden in die periode nooit iets gezien (Figuur 4).



Figuur 4. Frequenties van het aantal deelnemers dat met bepaalde regelmaat informatie over seksuele gezondheid voor homomannen voorbij zag komen (N = 4573).

Waar ging deze informatie over? Tabel 27 laat zien hoeveel deelnemers informatie had gezien over bepaalde onderwerpen. De meest genoemde onderwerpen waren het testen en voorkomen van soa en hiv. Verder zagen deelnemers informatie over condoomgebruik en PrEP.

Tabel 27. Onderwerpen waar deelnemers in de voorgaande zes maanden informatie over hadden gezien (N = 4573), meerdere antwoorden waren mogelijk.

	Aantal	Percentage
Testen op soa	2112	46
Testen op hiv	2002	44
PrEP	1894	41
Condoomgebruik	1892	41
Soa's voorkomen	1513	33
Hiv voorkomen	1223	27
Vaccinatie Hepatitis B	741	16
Chemsex	701	15
PEP	524	11
Symptomen acute hiv-infectie	480	10
Hiv-behandeling voorkomt nieuwe infecties	439	10
Vaccinatie Hepatitis A	424	9
Hiv-preventiestrategieën	309	7
Hepatitis C (risico en voorkomen)	290	6
Vaccinatie HPV	129	3

In Tabel 28 is te zien dat deze informatie voornamelijk online werd gezien, via websites over gezondheid of sociale media, maar ook via de gezondheidszorg (soa-polikliniek, huisarts, ziekenhuis). Op een schaal van 1 tot 5 vonden de deelnemers deze informatie redelijk van toepassing (M = 3.3), redelijk aansprekend (M = 3.4), en vinden zij dat ze redelijk wat weten over het voorkomen van hiv (M= 3.7)

Tabel 28. Waar hebben deelnemers die voorlichting gezien (N = 4573), meerdere antwoorden waren mogelijk.

	Aantal	Percentage
Websites gezondheid	2126	46
Sociale media	1959	43
Datingapps/websites	1300	28
Gezondheidszorg	1251	27
Gayscene/uitgaansplekken	619	14
Gay (online) media	517	11
Radio/TV	479	10
Tijdschriften	447	10

4 Toekomstige publicaties

Het huidige rapport is nog maar het begin. De Survey Mannen en Seksualiteit is een veelzijdig onderzoek waar nog veel meer informatie in zit. In de komende maanden komen wij met verdiepende analyses en publicaties over specifieke doelgroepen, zoals

- Jonge MSM
- MSM met een migratieachtergrond (mogelijk in combinatie met de uitkomsten van de RDS studie)
- MSM die leven met hiv
- MSM die nooit op hiv zijn getest
- PrEP-gebruikers
- Deelnemers die juist geen PrEP gebruikten

Daarnaast komen er publicaties met verdiepende beschrijvingen over beschermingsstijlen, vaccinatie, identiteiten (tribes), chemsex, online dating, groepsseks, ruilseks, stigma en zelfcontrole.



5 Conclusies

Representativiteit

Hoe zit het met de representativiteit van onze steekproef? Onderzoek in een representatieve steekproef van MSM met voldoende omvang van belangrijke subgroepen brengt hoge kosten met zich mee. Dergelijk onderzoek is dan ook zeldzaam, ook internationaal. Onderzoek richt zich doorgaans op een diverse steekproef van MSM, met een focus op subgroepen die voor de hiv-preventie vooral relevant zijn, met name jonge mannen, mannen met een migratie achtergrond en mannen met hiv. Dat is in dit onderzoek goed gelukt. De deelnemers komen uit het hele land en hebben een grote verscheidenheid aan achtergronden en gedrag. Van de deelnemers is 38% jonger dan 25 jaar, heeft 12% een migratieachtergrond en leeft 10% met hiv. Voor al deze groepen zijn de percentages hoger dan in een panel van MSM dat mogelijk een meer representatieve afspiegeling is van de bevolking, maar waarin de omvang van sommige subgroepen zonder aanvullende, niet-representatieve werving te klein was (7). Onze steekproef is vergelijkbaar met die van de Schorer Monitor, uitgevoerd in 2011 en eerder (8), en van veel subgroepen zijn de aantallen groot genoeg voor specifieke analyses, om bijvoorbeeld iets te kunnen zeggen over 'nooit geteste' MSM. We hebben een voor het hiv- en soa-beleid relevante groep MSM in het onderzoek geïncorporeerd.

Bereik van 'Onder Controle'

Momenteel worden de activiteiten van Soa Aids Nederland gericht op MSM goeddeels bepaald aan de hand van het vijfjarig strategisch plan 'Onder Controle' dat loopt tot eind 2018 (1). Dit plan kent drie pijlers:

1. Meer en makkelijker testen;
2. Eerder behandelen;
3. 'Stay safe' – het veilig houden van seks.

Voor het hiv beleid voor MSM zijn 9 sleutelindicatoren en streefwaarden benoemd:

1. 85 procent van alle seksueel actieve MSM kent zijn actuele hiv-status
2. 90 procent van MSM met hiv is op de hoogte van zijn hiv-infectie
3. 60 procent van de nieuwe hiv-diagnosen betreft recente infecties, dat wil zeggen dat de tijd tussen de hiv-positieve test en de laatste hiv-negatieve test niet meer dan 1,5 jaar is

4. 96 procent van alle gediagnosticeerde MSM met hiv meldt zich tijdig bij de zorg en blijft in zorg
5. 90 procent van MSM met hiv in zorg wordt behandeld
6. 96 procent van alle MSM die behandeld worden heeft een onmeetbare hoeveelheid virus in het bloed
7. 75 procent van alle MSM met hiv komt in zorg met een CD4-aantal van >350 cellen/mm³
8. 80 procent van de MSM volgt het seksueel gedragsadvies voor MSM op met betrekking tot condoomgebruik of andere valide risicoreductie-strategieën
9. 80 procent van de MSM is tegen hepatitis B gevaccineerd

De resultaten uit de Survey Mannen & Seksualiteit geven inzicht in de sleutelindicatoren 1, 4, 5, 6, 7, 8 en 9. De jaarlijkse rapportage van Stichting Hiv Monitoring (SHM) die 22 november 2018 verscheen geeft antwoord op de vraag of de streefwaarden van sleutelindicatoren 2 en 3 zijn behaald en levert ook belangrijke informatie over het bereiken van de andere indicatoren.

Uitkomsten per sleutelindicator

1. 85 procent van de seksueel actieve MSM kent zijn actuele hiv status

Als we zes maanden nemen als actueel, werd 48% van de deelnemers in de voorgaande zes maanden getest op hiv. Maar zelfs als we ooit getest nemen wordt de streefwaarde niet gehaald, aangezien 20% van de deelnemers nog nooit werd getest op hiv.

2. 90 procent van MSM met hiv is op de hoogte van zijn hiv-infectie

SHM heeft berekend dat 91% van de MSM die eind 2017 met hiv leven op de hoogte is van zijn hiv-infectie.

3. 60 procent van de nieuwe hiv-diagnosen betreft recente infecties, dat wil zeggen dat de tijd tussen de hiv-positieve test en de laatste hiv-negatieve test niet meer dan 1,5 jaar is

Uit cijfers van de SHM blijkt dat 47% van de nieuwe diagnoses in 2017 recente infecties betrof.



4. 96 procent van alle gediagnosticeerde MSM met hiv meldt zich tijdig bij de zorg en blijft in zorg

Van de survey respondenten met hiv is 97 procent in zorg. Uit data van SHM blijkt dat van de MSM met een hiv-diagnose in 2015 of later die in zorg komen, 97 procent dat doet binnen zes weken. Onbekend is echter hoeveel mannen met een hiv-diagnose niet in zorg komen. Van de MSM die ooit in zorg zijn gekomen, nog in leven zijn en niet geëmigreerd zijn, is 96 procent nog in zorg.

5. 90 procent van MSM met hiv in zorg wordt behandeld

Van de respondenten met hiv in de survey die in zorg zijn wordt 99 procent behandeld. Uit data van SHM blijkt dat aan het eind van 2017 98 procent van de MSM in zorg werd behandeld.

6. 96 procent van alle MSM die behandeld worden heeft een onmeetbare hoeveelheid virus in het bloed

Uit de SHM-data komt dat dit 96 procent is, maar dat

zijn MSM met <200 copies/ml en betreft alleen degenen die in 2017 op zijn minst één viral load meting deden. In de survey geeft 92 procent van de deelnemers met hiv aan een onmeetbare virale lading te hebben. Dus onder de streefwaarde van 96 procent, maar ook is er een aantal deelnemers dat aangeeft het niet te weten. Mocht het zo zijn dat ook zij een onmeetbare virale lading hebben, dan wordt ook onder de deelnemers aan de survey de streefwaarde gehaald.

7. 75 procent van alle MSM met hiv komt in zorg met een CD4-aantal van >350 cellen/mm3

Uit data van SHM blijkt dat van de MSM die vanaf 2015 in zorg gekomen zijn, 63 procent rond het moment van in zorg komen een CD4 van >350 cellen/mm3 heeft. Als in de noemer ook MSM worden meegenomen die geen CD4 meting deden is het percentage 60 procent. Van de respondenten in de survey met hiv en in zorg, meldt 27 procent dat zij toen een CD4 lager dan 500 cellen/mm3 hadden en kon 11 procent zich dit niet meer herinneren.

8. 80 procent van de MSM volgt het seksueel gedragsadvies voor MSM op met betrekking tot condoomgebruik of andere valide risicoreductie-strategieën

De duiding van het in de survey gerapporteerde seksgedrag kan niet zonder verdere analyse worden gedaan. Weliswaar rapporteren de meeste respondenten in de voorgaande maanden anale seks zonder condoom en rapporteren de meeste deelnemers ook dat zij niet altijd andere hiv-preventie-strategieën dan condooms gebruiken. Maar, mede door de introductie van PrEP en de groeiende bekendheid met N=N (niet detecteerbaar is niet overdraagbaar) zijn de mogelijkheden voor (gecombineerde) risicoreductie toegenomen. Verdere analyses moeten hier meer duidelijkheid over geven.

9. 80 procent van de MSM is tegen hepatitis B gevaccineerd

59 procent van de deelnemers waren volledig gevaccineerd tegen hepatitis B, tegenover de streefwaarde van 80 procent. Een additionele 15 procent van de deelnemers geeft aan deels gevaccineerd te zijn. Als deze laatste deelnemers ook hun 3e vaccinatie halen telt dat op tot 74 procent. Daarnaast weet een aanzienlijke groep deelnemers niet of zij voor hepatitis B gevaccineerd zijn.

Hoever zijn we in 2018?

Niet alle indicatoren werden gehaald, maar toch verliep de hiv- en soa-bestrijding onder MSM in Nederland in de afgelopen vijf jaar redelijk succesvol. Want, nadat jarenlang het aantal hiv-diagnoses jaarlijks steeg is er sinds enkele jaren sprake van stabilisatie en zelfs daling van het aantal jaarlijks gevonden infecties (2). Echter, geschat wordt dat in 2017 negen procent van de MSM nog niet op de hoogte was van zijn hiv-status (3). En, ook al is er sprake van daling, er zijn nog elk jaar honderden nieuwe hiv-infecties bij MSM. Ook lijken veel MSM niet altijd te kiezen voor beschermde seks en lopen zij daardoor nog steeds risico's op hiv. Een vijfde van de survey respondenten is nooit eerder op hiv getest. Van de wel geteste MSM doen de meeste dat te weinig en voor een deel later dan gewenst. Nog steeds komt een gedeelte van hen te laat in zorg. Gezien de resultaten uit de survey vermoeden we dat vooral MSM met een migratieachtergrond en jonge MSM minder effectief bereikt worden met preventie, testen en behandelen (3). Dat betekent overigens niet dat de andere MSM groepen geen aandacht

behoeven. De laatste jaren ziet SHM juist een toename van hiv diagnoses onder oudere MSM. Tot op heden laat nog slechts een kwart van de MSM zich tijdens de eerste, acute, fase van hun hiv-infectie testen. Terwijl al in deze fase starten met behandeling niet alleen voor de gezondheid van de betrokkene zeer gunstig is, maar ook zeer sterk bijdraagt aan het voorkomen van verdere verspreiding. Voor alle MSM is doorlopende promotie van testen en blijvende aandacht voor risico-reductiestrategieën dus blijvend aan de orde.

Jonge MSM

Moeten jonge MSM de komende jaren een geprioriteerde doelgroep zijn voor de soa- en hiv-preventie? Gezien de uitkomsten van de survey kan het antwoord alleen maar bevestigend zijn. Als wordt gekeken naar hiv-testen dan is duidelijk dat de groep mannen die nog nooit op hiv getest zijn voor een groot gedeelte uit jonge MSM bestaat. Als nieuwe 'intreders' realiseren zij zich wellicht nog niet genoeg dat hiv- en soa-testen onderdeel moeten zijn van een gezonde seksuele leefstijl van MSM. Speciaal op hen gerichte initiatieven om (voor het eerst) testen aan te moedigen en testen zo laagdrempelig mogelijk te maken zijn voor deze groep zeer gewenst. Zij zijn zich ook nog niet genoeg bewust van hiv en soa risico's en te weinig doordrongen van de noodzaak zich daartegen te beschermen. Onder de huidige PrEP-gebruikers zijn relatief weinig jongere MSM. Overigens zijn de jongere survey-deelnemers nog steeds het minst vaak hiv-positief en krijgen zij ook minder vaak een soa-diagnose dan oudere MSM. Daarentegen gaven deelnemers in jongere leeftijdsgroepen vaker aan klachten van depressieve aard te hebben. In interventies die op jongere MSM zijn gericht moet daar ook aandacht voor zijn. Mogelijk biedt de Sense-regeling een kader voor de aanvullende ondersteuning voor jonge MSM tot 25 jaar.

MSM met een migratieachtergrond

Gezien de uitkomsten moeten ook MSM met een migratieachtergrond een doelgroep zijn die de komende jaren extra aandacht krijgt. De survey-deelnemers met een migratieachtergrond zijn vaker recent getest dan de deelnemers met een Nederlandse achtergrond, maar hebben ook vaker een hiv-positieve status en rapporteren vaker een mogelijke depressieve stoornis. Hierbij moet nog worden aangetekend dat met de survey waarschijnlijk een selectieve groep MSM met een migratieachtergrond

werd bereikt. Zij zijn als hogeropgeleiden waarschijnlijk opener over hun homo-gevoelens en ontvankelijker voor hiv- en soa-interventies gericht op MSM dan lageropgeleide MSM met een migratieachtergrond. Die zijn vermoedelijk minder open over hun gevoelens voor andere mannen, zijn minder goed geïnformeerd en minder vaak getest. Zij komen daardoor ook later in hiv-zorg en blijven langer doorlopen met hiv- en soa-gerelateerde gezondheidsproblemen. Van alle MSM bij wie in de eerste helft van 2018 op de Centra Seksuele Gezondheid een nieuwe hiv-diagnose werd gesteld, had 50 procent een migratieachtergrond uit een gebied met een verhoogde soa-/hiv-preventie (9).

Blijvende monitoring voor effectiever beleid

De data uit deze survey biedt een mooie baselinemeting voor de effectiviteit van het hiv-beleid gericht op MSM. Zoals voor twee doelstellingen geformuleerd in het Nationaal Actieplan Soa, Hiv, en Seksuele Gezondheid 2017-2022 (5): 'actuele betrouwbare cijfers op het gebied van soa, hiv en seksuele gezondheid om preventie en bestrijding te versterken', en 'verklaringen en betekenis bij de actuele cijfers van soa, hiv en seksuele gezondheid'. Binnenkort wordt 'Onder Controle' opgevolgd door een meerjarig MSM-actieplan van Soa Aids Nederland en haar partners. Ook daarvoor kan deze eerste survey als baseline gelden.

De ambitie is nul nieuwe hivinfecties terwijl er nog ieder jaar honderden nieuwe hiv-diagnoses onder MSM bijkomen en MSM ook nog te vaak een soa krijgen. We moeten dus effectiever worden. Daarom worden nieuwe beschermingsstrategieën zoals PrEP en N=N geïntroduceerd. Maar leidt de introductie hiervan ook tot verdere daling van het condoomgebruik? Welke risico's op verdere transmissie van hiv en toename van soa neemt dat werkelijk met zich mee? Moeten we eerder en vaker testen en hoe vinden we de nog nooit eerder geteste MSM? We moeten de feiten kennen, sneller vragen kunnen beantwoorden en ambitieuze, maar ook haalbare doelen blijven stellen. Gedragsonderzoek als deze survey kan daar belangrijk aan bijdragen. De uitvoering van de 2e survey staat gepland in medio 2020.



6 Termen

Acute hiv-infectie

Het ziektebeeld dat kort na besmetting met hiv ontstaat wordt wel primaire of acute hiv-infectie genoemd. Mensen hebben dan vaak griepachtige verschijnselen. In deze fase van de hiv-infectie is er een verhoogde kans op transmissie.

CD4-aantal

Een test die aangeeft hoeveel CD4-cellen er in het bloed zitten. Deze cellen zijn verantwoordelijk voor een immuun respons (het vernietigen van bacteriën en virussen bijvoorbeeld).

Chemsex

Chemsex is de term voor het hebben van seks onder de invloed van drug, dus gebruik voor of tijdens seks. GGD Amsterdam definieert chemsex wanneer een van de volgende middelen wordt gebruikt: GHB/GBL, Mephedrone (miauw, miauw) en Crystal Meth (Tina).

Fuckbuddies

Seksmaatje of seksvriend met wie je vaker seks hebt zonder dat je een (vaste) relatie hebt. Je kunt tegelijkertijd meer dan één fuckbuddy hebben. Met een fuckbuddy bouw je vaak meer intimiteit en vertrouwen op dan met een losse sekspartner.

Hiv-remmers

Medicijnen die voorkomen dat het hiv-virus overgaat in de ziekte aids.

Humaan immunodeficiëntievirus (hiv)

Virus dat de afweer bij mensen verzwakt. Hiv is overdraagbaar via seksueel contact en via bloedcontact. Hiv kan de ziekte aids veroorzaken.

Humaan papillomavirus (HPV)

HPV is seksueel overdraagbaar en de veroorzaker van baarmoederhalskanker, genitale wratten en het virus kan een rol spelen bij het ontstaan van andere vormen van kanker.

Lymphogranuloma venereum (LGV)

Een soa, veroorzaakt door een bijzonder type chlamydiabacterie.

Mannen die seks hebben met mannen (MSM)

Een groot deel van deze mannen identificeren zich als homoseksueel of gay. Maar deze term includeert ook mannen die zich als biseksueel identificeren, of mannen die seks hebben met mannen maar daar geen naam of levensstijl aan koppelen.

Migratieachtergrond

Op basis van een lijst van het ministerie van Buitenlandse Zaken zijn deelnemers ingedeeld als westers of niet-westers, daarbij is het geboorteland van de ouders leidend. (https://www.sso3w.nl/binaries/sso3w/documenten/rapporten/2018/2/14/lijst-van-niet-westerse-landen/Lijst_niet_westerse_Landen_januari_2018.pdf) Op basis van het geboorteland van de deelnemers is een onderscheid gemaakt tussen eerste generatie en tweede generatie.

One-night stand

Eenmalige sekspartner, vaak een onbekend iemand.

Post-exposure profylaxis (PEP)

PEP is een kuur die je neemt als je in de voorgaande 72 uur bloot bent gesteld aan hiv. PEP verkleint het risico dat je een hiv-infectie krijgt.

Pre-exposure profylaxis (PrEP)

PrEP is een pil die je neemt voordat je wordt blootgesteld aan hiv. Als je PrEP gebruikt, slik je in principe elke dag één pil. Voor mensen die niet regelmatig risico lopen op hiv kan PrEP ook alleen voor en na seksueel risico gedrag (intermittend) gebruikt worden.

Preventiestrategieën (Hiv)

Alle manier waarop mensen (al dan niet effectief) het risico op hiv-infectie of hiv-transmissie verkleinen. Dit kan gaan om condoomgebruik, biomedische preventie (PrEP), maar ook serosorteren, strategisch positioneren, niet klaarkomen in iemand, treatment as prevention (TasP) en virale lading sorteren.

Serosorteren

Een hiv-preventie-strategie, waarbij mensen alleen seks hebben met iemand die dezelfde hiv-status heeft als hen. Deze strategie is niet altijd effectief, omdat de werking afhangt van hoe recent mensen getest zijn en of er echt communicatie is over de hiv-status.

Strategisch positioneren

Een hiv-preventiestrategie, waarbij iemand die (mogelijk) hiv-positief is de receptieve positie (bottom) inneemt om zo de kans op hiv-transmissie of infectie te verkleinen.

Therapietrouw

Om de hiv-remmers goed te laten werken is het belangrijk om hiv-remmers volgens medisch voorschrift te gebruiken. Als je volledig therapietrouw bent, dan neem je alle medicijnen volledig volgens deze regels in.

Virale lading

Weergave van hoeveel hiv iemand in het bloed heeft. Grof gezien kan deze hoeveelheid virusdeeltjes meetbaar of onmeetbaar (= ondetecteerbaar) zijn. Bij onmeetbaar geldt dat de kans om hiv over te dragen verwaarloosbaar is.

Virale lading sorteren

Een hiv-preventiestrategie, waarbij mensen alleen zonder condoom neuken met iemand die hiv heeft en bij wie het virus dankzij behandeling onderdrukt is.



7 Literatuur

1. Soa Aids Nederland. Onder controle: Strategie voor de aanpak van soa's en hiv onder MSM in Nederland 2013-2018. 2013.
2. Visser M, Van Aar F, Op de Coul ELM, Slurink IAL, Van Wees D, Hoenderboom BM, et al. Sexually transmitted infections including HIV, in the Netherlands in 2018. Bilthoven: Centre for Infectious Disease Control, National Institute for Public Health and the Environment (RIVM); 2018.
3. Van Sighem A, Op de Coul ELM. The HIV epidemic in the Netherlands. 2018.
4. Op de Coul EL, van Sighem A, Brinkman K, van Benthem BH, van der Ende ME, Geerlings S, et al. Factors associated with presenting late or with advanced HIV disease in the Netherlands, 1996-2014: results from a national observational cohort. *BMJ Open*. 2016;6(1):e009688.
5. David S, Van Benthem BH, Deug F, Van Haastrecht P. Nationaal Actieplan soa, hiv en seksuele gezondheid 2017-2022. 2018.
6. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.
7. De Graaf, H. Bakker B.H.W. & Wijzen, C. (2013). Een wereld van verschil. De seksuele gezondheid van LHBT's in Nederland 2013. Utrecht: Eburon.
8. Van Empelen, P., Van Berkel, M., Roos, E., & Zuilhof, W. (2011). *Schorer Monitor 2011*. Amsterdam: Schorer.
9. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Thermometer seksuele gezondheid*. 2018

8 Bijlage

8.1 Introductie

In deze bijlage is een versimpelde versie van de vragenlijst opgenomen, alleen de onderwerpen uit het rapport zijn geïnccludeerd. Daarbij is alle informatie over doorverwijzingen, conditionele vragen, verdiepende vragen en additionele versies van vragen weggelaten. De volgorde was grotendeels zoals hieronder weergegeven. Bij antwoord opties voorafgegaan door was slechts een antwoord mogelijk, bij konden deelnemers meerdere antwoorden aanvinken.

8.2 Vragenlijst Mannen & Seksualiteit

Introductie tekst

Hartelijk dank dat je wilt meedoen aan het onderzoek 'Survey Mannen & Seksualiteit'.

Deze online vragenlijst gaat over seksueel gedrag en gezondheid van mannen die seks hebben met mannen. Je krijgt onder andere vragen over je ervaring met seks, manieren om hiv en andere soa's te voorkomen, voorlichting over gezonde seks en je houding rondom seks en gezondheid.

De nieuwe kennis uit dit onderzoek gaan gezondheidsorganisaties gebruiken om voorlichting over soa's en hiv te verbeteren. Het is nuttig en belangrijk dat je de vragenlijst invult:

- Je leert meer over jezelf.
- Je helpt mee aan de beste gezondheidsvoorlichting voor zo veel mogelijk mannen.
- Je maakt aan het einde kans op één van de 20 waardebonnen ter waarde van 25 euro.

Het onderzoek is helemaal anoniem en duurt ongeveer 20 minuten.

Wil je meer weten of een vraag stellen aan de onderzoekers? Bekijk dan de uitgebreide informatie voor deelnemers. [<https://www.soaids.nl/nl/node/11477>].

Toestemming

Toestemmingsverklaring voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek

- Ik heb de informatie over het onderzoek gelezen.
- Ik weet dat ik via email vragen kan stellen over het onderzoek.
- Ik weet dat ik niet verplicht ben om mee te doen en dat ik tussendoor kan stoppen.
- Als ik niet verder wil, hoef ik mijn reden niet op te geven.

Ik stem ermee in om aan dit onderzoek deel te nemen:

- Ja
- Nee

Demografie

Wat is je leeftijd?

_____ jaar

Ik ben...

- Man
- Vrouw
- Transman
- Transvrouw
- Anders, namelijk _____

Wat is je opleidingsniveau?

- Geen
- Basisonderwijs
- Middelbaar algemeen onderwijs (MAVO/MULO)
- Voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs (VMBO)
- Hoger algemeen onderwijs (HAVO/VWO/Gymnasium)
- Middelbaar beroepsonderwijs (MBO)
- Hoger onderwijs (HBO, WO, postacademisch)
- Anders, namelijk _____

Wat zijn de vier cijfers van je postcode?

Ben je in Nederland geboren?

- Ja
- Nee

In welk land ben je geboren?

In welk land is je moeder geboren?

In welk land is je vader geboren?

Ik identificeer mij als...

- Gay / homoseksueel
- Biseksueel
- Heteroseksueel
- Aseksueel
- Anders, namelijk _____

Tot wie voel je je seksueel aangetrokken?

- Alleen tot mannen
- Vooral tot mannen
- Evenveel tot mannen als tot vrouwen
- Vooral tot vrouwen
- Alleen tot vrouwen
- Anders, namelijk _____

Met wie heb jij seks?

- Alleen met mannen
- Vooral met mannen
- Evenveel met mannen als met vrouwen
- Vooral met vrouwen
- Alleen met vrouwen
- Ik heb nooit seks gehad
- Anders, namelijk _____

Seksueel gedrag

Heb je in de afgelopen 6 maanden anale seks gehad met een of meer mannelijke [vaste partners, eenmalige partners, of fuckbuddies]?

- Ja
- Nee

Met hoeveel verschillende [vaste partners, eenmalige partners, fuckbuddies] heb je in de afgelopen 6 maanden anale seks gehad?

Met hoeveel verschillende [vaste partners, eenmalige partners, fuckbuddies] heb je in de afgelopen 6 maanden anale seks gehad zonder condoom?

Zijn deze [vaste partners, eenmalige partners, fuckbuddies] hiv positief (wel hiv) of hiv negatief (geen hiv)?

- Hiv positief, onmeetbare virale lading
- Hiv positief, meetbare virale lading
- Hiv positief, maar ik weet niet wat zijn virale lading is
- Hiv negatief
- Ik weet het niet

Hoe vaak deed je met [vaste partners, eenmalige partners, fuckbuddies] in de afgelopen 6 maanden het volgende om hiv infectie (of transmissie) te voorkomen?

[1 = Nooit, 2 = Zelden, 3 = Soms, 4 = Vaak, 5 = (Bijna) altijd]

- Condooms gebruiken _____
- Niet in elkaar klaarkomen _____
- Serosorteren _____
- Strategisch positioneren _____
- Virale lading sorteren _____

Hiv testen

Wanneer ben je voor het laatst op hiv getest?

- 0-3 maanden geleden
- 4-6 maanden geleden
- 6-12 maanden geleden
- Meer dan 12 maanden geleden
- Ik ben nog nooit op hiv getest

Waarom ben je nog nooit op hiv getest?

- Ik heb geen risico gelopen op hiv
- Ik heb geen symptomen die wijzen op een hiv infectie
- Ik weet niet waar ik kan testen
- Het is er (nog) niet van gekomen
- Ik ben bang voor de uitslag
- Ik ben bang een bekende tegen te komen
- Hiv testen worden (te veel) met homoseksualiteit geassocieerd
- Hiv test is te duur
- Anders, namelijk...

Wat was de uitslag van je laatste hiv test?

- hiv positief (wel hiv)
- hiv negatief (geen hiv)
- Ik wacht nog op de uitslag
- Weet ik niet

Hiv positieve deelnemers

Ben je onder controle bij een hiv-behandelcentrum?

- Ja
- Nee

Gebruik je op dit moment hiv-remmers?

- Ja
- Nee

Hoe hoog was je virale lading (hoeveelheid virus deeltjes in je bloed) bij je laatste controle?

- Onmeetbaar/ ondetecteerbaar
- Meetbaar
- Weet ik niet

Wat was je laatste CD4 aantal?

- minder 500
- 500 of meer
- Weet ik niet

Veel mensen vinden het moeilijk om al hun hiv-medicatie precies als voorgeschreven in te nemen. Hoe vaak heb je een dosis van de hiv medicatie in de afgelopen 7 dagen gemist?

_____ keer

Geef op de lijn hieronder aan hoeveel procent van je hiv-medicatie je in de afgelopen maand hebt ingenomen.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Vergeet je weleens je hiv medicatie in te nemen?

- Ja
- Nee

Als je je niet goed voelt, stop je dan meestal met het innemen van je hiv-medicatie?

- Ja
- Nee

Heb je afgelopen weekend je hiv-medicatie ingenomen?

- Ja
- Nee

PrEP

Heb je wel eens gehoord van PrEP (pre-expositie profylaxe, het gebruik van hiv-remmers om je (vooraf) tegen hiv te beschermen)?

- Nee
- Ja

Heb je ooit PrEP gebruikt?

- Nee
- Ja

Gebruik je op dit moment PrEP?

- Nee
- Ja

Hoe gebruik je PrEP?

- Dagelijks
- Voor en na seks

Hoe kom/kwam je aan PrEP?

- Een trial of studie
 - Een apotheek in Nederland
 - Online gekocht in het buitenland
 - Meegebracht uit het buitenland
 - Kopersgroep (bijv. PrEP NU)
 - GGD/Soa-polikliniek
 - Hiv-medicatie van een bekende
 - PEP kuur
 - Anders, namelijk _____
-

Soa en vaccinatie

Heb je in de afgelopen 6 maanden een van de volgende soa's gehad?

- Syfilis
- Chlamydia
- Gonorrhoe (druiper)
- Genitale herpes
- Genitale/anale wratten
- LGV
- Schurft (scabies)
- Hepatitis A
- Anders, namelijk _____
- Geen soa's gehad
- Niet getest op soa's

Ben je gevaccineerd tegen hepatitis A?

- Nee
- Ja
- Weet ik niet

Ben je gevaccineerd tegen hepatitis B?

- Nee
- Ja, ik heb drie prikken gehad
- Ja, ik heb een of twee prikken gehad
- Weet ik niet

Ben je ooit getest op hepatitis B?

- Nee
- Ja, positieve uitslag (wel hepatitis B)
- Ja, negatieve uitslag (geen hepatitis B)
- Weet ik niet

Ben je ooit getest op hepatitis C?

- Nee
- Ja, positieve uitslag (wel hepatitis C)
- Ja, negatieve uitslag (geen hepatitis C)
- Weet ik niet

Ben je ooit behandeld voor hepatitis C?

- Nee
- Ja, de behandeling was succesvol
- Ja, de behandeling was niet succesvol

Ben je gevaccineerd tegen HPV (humaan papillomavirus, het virus dat anuskanker of genitale wratten kan veroorzaken)?

- Nee
- Ja
- Weet ik niet

Voorlichtig en informatie

Hoe ernstig zou je het vinden als je hiv zou hebben?

[1 = Helemaal niet ernstig, 5 = Heel ernstig]

Hoe belangrijk vind je het om te voorkomen dat je hiv krijgt?

[1 = Heel onbelangrijk, 5 = Heel belangrijk]

Hoe vaak heb je in de afgelopen 6 maanden informatie of voorlichting gezien over seksuele gezondheid voor homoseksuelen?

- Nooit
- Bijna nooit
- Af en toe
- Regelmatig
- Vaak

Waar ging deze informatie of voorlichting over?

- Condoomgebruik
 - Testen op hiv
 - Testen op soa
 - Symptomen van een acute hiv infectie
 - Hoe hiv-behandeling nieuwe infecties voorkomt
 - PrEP
 - PEP
 - Chemsex
 - Vaccinatie tegen hepatitis A
 - Vaccinatie tegen hepatitis B
 - Risico op en het voorkomen van hepatitis C
 - Vaccinatie tegen HPV
 - Manieren om hiv te voorkomen (bijv. serosorteren, strategisch positioneren, terugtrekken)
 - Hiv voorkomen in het algemeen
 - Voorkomen van soa in het algemeen
 - Anders, namelijk _____
-

Wat vond je over het algemeen van deze informatie of voorlichting?

[1 = Helemaal niet op mij van toepassing,
5 = Helemaal op mij van toepassing] _____

[1 = Helemaal niet aansprekend,
5 = Heel aansprekend] _____

Vind je dat je veel weet over het voorkomen van (transmissie van) hiv?

[1 = Helemaal niet, 5 = Helemaal wel] _____

Angst en depressie

Hiervoor is de Hospital Anxiety and Depression scale gebruikt (6)

