

## HOOFDSTUK 6

### DE SEKSUELE GEZONDHEID VAN HOMO- EN BISEKSUELE MANNEN MET HIV

Maaïke Goenee en Charles Picavet

#### 6.1 Inleiding

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 6.2 Methode

### Steekproef

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

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

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

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

### Meetinstrument

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 6.3 Resultaten

#### Seksueel gedrag

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



In Tabel 6.2 is het seksuele gedrag van mannen met hiv met zowel vaste<sup>8</sup> als losse mannelijke partners weergegeven. Het seksuele gedrag met vrouwen wordt niet besproken, omdat slechts 4 mannen in het afgelopen half jaar seks hadden met een vrouw. Van de mannen met hiv die afgelopen 6 maanden seks hadden met een man, had 16% uitsluitend seks met vaste mannelijke partners, 44% alleen met losse mannelijke partners en 40% met zowel vaste als losse mannelijke partners.

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

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

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

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

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

### Seksuele beleving

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

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

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

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

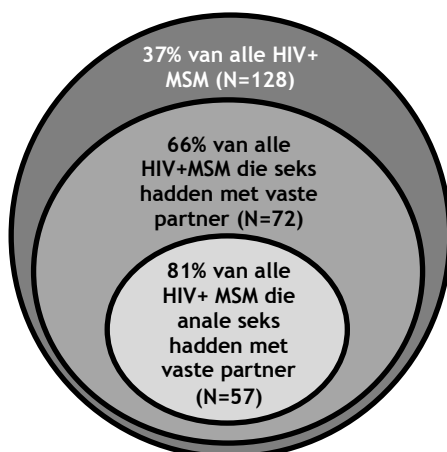
\* In de schaal 'positieve seksbeleving' zijn deze items niet meegenomen

### Onbeschermd seks en risicoreductie

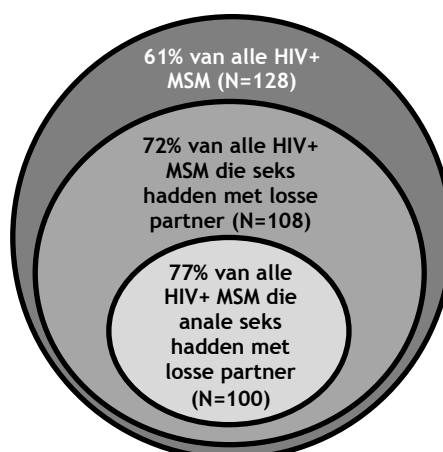
Van alle hiv-positieve MSM die in het afgelopen half jaar seks hadden heeft een deel dat onbeschermd gedaan: zij hebben minstens één keer in het afgelopen half jaar geen condoom gebruikt tijdens seks met mannelijke

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

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



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



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

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

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

## HOOFDSTUK 6

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

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

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

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

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

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

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

### Hiv-behandeling

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

Van diegenen die hiv-medicatie gebruikten (N=130), was 33% hier binnen een maand na de hiv-diagnose mee gestart. Nagenoeg drie op de tien (29%) respondenten waren binnen 2 maanden tot een jaar begonnen met behandeling, 15% binnen 1 tot 2 jaar en 22% langer dan 2 jaar na de diagnose. Van de mannen die hiv-medicatie gebruikten, rapporteerde 89% een ondetecteerbare *viral load*. De mannen met hiv laten een hoge mate van therapietrouw zien. Een grote meerderheid (86%) gaf aan zijn medicatie altijd in de juiste dosis, op het juiste tijdstip en volgens de juiste voedingsregels te gebruiken en 12% deed dit meestal. Aan diegenen die geen hiv-medicatie gebruikten (N=13) is gevraagd naar de reden hiervoor<sup>9</sup>. Bijna iedereen deed dit op advies van zijn arts (Tabel 6.6).

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

## HOOFDSTUK 6

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

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

N.B. Respondenten konden meerdere antwoorden geven

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

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

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

### Seksuele problemen

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

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

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

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

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

\* Celvulling te klein om verschillen te kunnen toetsen

### Hiv-gerelateerd stigma

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

## HOOFDSTUK 6

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

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

### 6.4 Samenvatting en conclusies

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



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

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

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

## HOOFDSTUK 6

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

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

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