

# Analyse resultaten gezondheidsenquête 2004

## 1 Inleiding

In opdracht van de Federale Overheid wordt periodiek de gezondheid van de Belg op een aantal gezondheidsindicatoren in kaart gebracht. Begin 2006 werden de resultaten bekend gemaakt van de laatste Gezondheidsenquête (2004) die werd gehouden onder de Belgische bevolking. Ook het thema seksualiteit komt aan bod. De enquête focust hierin op gezondheid en seksualiteit (seksueel overdraagbare aandoeningen -soa en anticonceptie) en kennis, attitudes en opsporing van aids. Wat hierna volgt is een bespreking van de methodologie en de resultaten van de enquête met betrekking tot anticonceptie, soa, en aids.

## 2 Methodologie

De onderzoeksmethodologie van de gezondheidsenquête is gedegen. Voor de selectie van respondenten vertrokken de onderzoekers van een steekproef van huishoudens op basis van het Rijksregister. Van deze huishoudens werden alle leden bevraagd wanneer het huishouden bestond uit maximum 4 leden. In het geval wanneer er meer dan 4 leden deel uitmaakten van het huishouden, selecteerden de onderzoekers 4 leden. In totaal werden 12.746 respondenten bevraagd in België. De doelpopulatie van de enquête waren alle personen die in het land verblijven, ongeacht nationaliteit, leeftijd of legale status.

De gezondheidsenquête bestaat uit drie verschillende delen. In een eerste onderdeel bevraagt men de karakteristieken van het huishouden. Het tweede onderdeel bestaat uit een mondelinge bevraging van de leden van het huishouden. In het laatste onderdeel legt men een schriftelijke vragenlijst voor aan die leden van het huishouden die ouder zijn dan 15 jaar. De vragen rond seksualiteit komen in dit laatste onderdeel aan bod.

Interviewers noteren ook (indien mogelijk) redenen van weigering bij de enquête wat ook waardevolle informatie oplevert. De interviewers zelf werden ook geëvalueerd door de respondenten, dit om de kwaliteit van de interviews te garanderen.

## 3 Bespreking van de vragen en resultaten met betrekking tot anticonceptie

In de gezondheidsenquête werden twee vragen opgenomen over het gebruik van anticonceptie. Deze vragen geven weer in welke mate seksueel actieve vrouwen (of hun partners) anticonceptie gebruikten gedurende de afgelopen 12 maanden voorafgaand aan de enquête en welke methode en/of middel gebruikt werden. Hieronder bespreken we in een eerste punt de voornaamste bevindingen en vergelijken deze met andere onderzoeksresultaten, in een tweede punt gaan we in op de tekortkomingen van de bevraging en formuleren we enkele aanbevelingen voor verder onderzoek.

### 3.1 Gebruik anticonceptie naar leeftijd

Aan de seksueel actieve respondenten werd gevraagd of zij of hun partner in de afgelopen 12 maanden een methode van geboortebeperving gebruikten. Drie vierde van de seksueel actieve vrouwen (of hun partner) op reproductieve leeftijd (15-49 jaar) gebruikten een anticonceptiemethode. Een vergelijking met de resultaten van de vorige gezondheidsenquête in 2001 levert eenzelfde resultaat op. Het percentage vrouwen dat een anticonceptiemiddel gebruikt is dus de laatste jaren ongeveer gelijk gebleven.

We vinden vergelijkbare cijfers terug in andere onderzoeken. Een onderzoek bij een representatieve steekproef van 923 Belgische vrouwen tussen 15 en 45 jaar wees uit dat 80% van de bevraagde vrouwen

een anticonceptiemiddel gebruikte op het moment van het onderzoek (Insites, 2004). Het anticonceptiegebruik in België is ook vergelijkbaar met dit van andere landen. Een grootschalig onderzoek in Frankrijk bij 2800 vrouwen tussen 18 en 24 jaar toonde aan dat 74% van de vrouwen (tussen 18 en 44 jaar) een anticonceptiemiddel gebruikt (Bajos e.a., 2003).

Het gebruik van anticonceptie vermindert met de leeftijd. Een belangrijke verklaring voor deze daling is de kinderwens. De gemiddelde leeftijd van de eerste zwangerschap is momenteel 28 jaar.

Meer dan acht op tien (83,5%) van de 15 tot 19 jarige seksueel actieve meisjes gebruikt een anticonceptiemiddel. Dit betekent dat toch nog meer dan 1 op 10 (16,5%) van de jongeren niets gebruikten om zich te beschermen tegen een ongeplande zwangerschap. Een substantieel deel van de jongeren loopt dus risico op een ongeplande zwangerschap. Bovendien neemt het aantal jongeren dat zich niet beschermt tegen een ongeplande zwangerschap toe. In 2001 gebruikte 95% van de 15 tot 19 jarige seksueel actieve meisjes (of hun partner) een anticonceptiemiddel in de afgelopen 12 maanden. Verklaringen hiervoor kunnen momenteel niet gegeven worden gezien verder onderzoek hieromtrent nodig is.

### 3.2 Type anticonceptiemiddel

Aan de seksueel actieve vrouwen die anticonceptie gebruikten werd gevraagd welke methode(n) zij of hun partner de afgelopen 12 maanden gebruikten. Van de vrouwen die een anticonceptiemiddel gebruikten (ofwel zichzelf, ofwel hun partner) kiest 61% voor de pil, 13% voor het spiraal, 12% voor sterilisatie, 8% voor barrièremiddelen, 2% voor de patch of ring<sup>1</sup>, 2% voor periodieke onthouding/terugtrekken, 1,5% voor het staafje of prikpil<sup>2</sup> en 1% voor de morning-after pil.

De pil is dus het meest gebruikte anticonceptiemiddel: zes op de tien seksueel actieve vrouwen gebruikt de pil. Vooral bij jonge vrouwen is de pil zeer populair: 75% bij de 15-19 jarigen, 93% bij 20-24 jarigen en 73% bij de 25-29 jarigen. Ten opzichte van 1997 is het pilgebruik gedaald met 9%. Het gebruik van het spiraaltje daarentegen is toegenomen met 4% en dat van barrièremiddelen met 2%.

Het spiraaltje wordt frequenter gebruikt door hoogopgeleide vrouwen dan door laagopgeleide (15% versus 6%). De pil is dan weer populairder bij vrouwen met een lager opleidingsniveau (74% versus 57%). Een mogelijke verklaring voor deze verschillen is het verschil in toekomstplannen. Hoogopgeleide vrouwen stellen hun kinderwens langer uit en kunnen hierdoor makkelijker kiezen voor een lang werkende anticonceptiemethode, zoals het spiraaltje. Vrouwen die op kortere termijn een kinderwens hebben, kiezen voor een anticonceptiemethode waar ze op elk moment mee kunnen stoppen, zoals de pil. Een andere verklaring kan zijn dat laagopgeleide vrouwen minder goed geïnformeerd zijn over de verschillende mogelijkheden en kiezen voor traditionele anticonceptie. Ten slotte kunnen ook financiële overwegingen meespelen. Met de pil wordt de kostprijs van anticonceptie immers meer verspreid in vergelijking met het spiraal.

Het gebruik van de morning-after pil is opvallend hoger in de jongste leeftijdscategorie dan in de andere leeftijdscategorieën. Zeven procent van de 15 tot 19 jarige seksueel actieve meisjes gebruikte de morning-after pil. Bij de 20-24 jarigen is dit 0,5% en bij de 25-29 jarigen 1,8%. Dit gegeven gecombineerd met het reeds eerder aangehaalde feit dat 16% van de 15-19 jarigen geen anticonceptie gebruikte, wijst erop dat blijvende inspanningen naar deze doelgroep zeer belangrijk zijn.

Ten slotte blijkt dat slechts een beperkt deel (2%) van de vrouwen kiest voor de nieuwe anticonceptiemiddelen (patch en ring).

---

1 De patch en ring werden samengenomen in de analyse. We beschikken niet over afzonderlijke gegevens

2 het staafje (implanon) en prikpil werden samengenomen in de analyse. We beschikken niet over afzonderlijke gegevens

### 3.3 Bespreking

De resultaten van de gezondheidsenquête tonen aan dat het anticonceptiegebruik in België wijd verspreid is. Het overgrote deel van de seksueel actieve vrouwen of hun partner gebruikt een middel om zich te beschermen tegen een ongeplande zwangerschap. Deze resultaten zeggen echter niets over de mate waarin anticonceptie consequent – dit is bij iedere seksuele partner en bij ieder seksueel contact - gebruikt wordt. Onderzoek toont aan dat jongeren (Maes & Vereecken, 2000) en jongvolwassenen (Durex, 2004) maar ook volwassenen meerdere opeenvolgende seksuele partners hebben. Het is dan ook belangrijk om te weten in hoeverre anticonceptie gebruikt wordt bij elke seksuele partner en bij elk seksueel contact. Daarnaast is het ook interessant om te weten in hoeverre er een verschil is tussen het gebruik van anticonceptie bij wisselende seksuele contacten en bij vaste relaties.

Wanneer gevraagd zou worden naar het anticonceptiegebruik bij elk seksueel contact per partner, krijgen we een correcter beeld van het anticonceptiegebruik.

Uit de gezondheidsenquête blijkt dat één vierde van de seksueel actieve vrouwen (of hun partner) geen anticonceptie gebruikt. Naar de redenen hiervoor werd echter niet gevraagd. Een belangrijke reden is uiteraard het hebben van een kindwens. Maar daarnaast spelen ook andere factoren. Zo wees een Frans onderzoek op volgende factoren : een gebrekkige toegang tot of beschikbaarheid van anticonceptie, een gebrek aan of foutieve informatie over vruchtbaarheid, het niet bezig zijn met anticonceptie omwille van andere problemen en tenslotte het hebben van een fatalistische houding (Bajos, e.a., 2003 : 997). Belgisch onderzoek naar de redenen van het niet-gebruiken van anticonceptie is onbestaande. Een overzicht van de drempels die vrouwen en hun partners ervaren om anticonceptie te gebruiken, zou zeer bruikbare informatie aanleveren om de toegang tot anticonceptie te bevorderen.

Daarnaast wordt gevraagd naar het gebruik van anticonceptie aan diegenen die aangaven in de afgelopen 12 maanden seksuele betrekkingen gehad te hebben. Niet elke seksuele betrekking houdt echter een risico op een ongeplande zwangerschap in, meerbepaald orale en anale seks en wederzijdse masturbatie. Het kan dan ook zijn dat een deel van de vrouwen (of hun partner) geen anticonceptie gebruiken omdat ze geen risico lopen op zwangerschap.

In de vragenlijst werd gevraagd naar de verschillende anticonceptiemiddelen/methoden die vrouwen of hun partners gebruikten de laatste 12 maanden voorafgaand aan de enquête. Meerdere antwoorden waren mogelijk. Bij de verwerking van de gegevens en de opmaak van de indicatoren opteerden de onderzoekers ervoor om enkel de meest effectieve methode te weerhouden indien meerdere middelen aangeduid werden. Wanneer deze methoden even effectief zijn, werd de langst werkende gekozen.

Hierdoor gaat echter belangrijke informatie verloren. Zo bijvoorbeeld over de toepassing van de double dutch methode<sup>3</sup>. Of over wijzigingen in anticonceptiegebruik.

Indien de morning after pil aangeduid wordt in combinatie met een ander middel, wordt deze wel afzonderlijk opgenomen. Er werd echter geen aparte variabele voorzien voor de combinatie van de morning-after pil met een ander middel/methode. We weten dus niet of vrouwen enkel de morning-after pil gebruiken of in combinatie met een ander middel/methode. Deze variabele zou informatie geven over de reden van het gebruik van de noodpil, namelijk falend anticonceptiegebruik of niet gebruik van anticonceptie.

De Gezondheidsenquête is de enige grootschalige wetenschappelijke studie die de gezondheid van de Belgen in kaart brengt en levert dan ook zeer interessant cijfermateriaal aan. We willen echter pleiten voor een duidelijkere en uitgebreidere vraagstelling omtrent het gebruik van anticonceptie zodat de gegevens nog beter kunnen bijdragen aan de uitbouw van een adequate preventie van ongeplande zwangerschappen.

---

<sup>3</sup> Gebruik van condoom en een betrouwbaar anticonceptiemiddel ter bescherming tegen soa en ongeplande zwangerschap

## 4 Bespreking van de vragen en resultaten met betrekking tot soa

Het vraagstuk wat nu juist risico inhoudt op het vlak van seksueel gedrag, houdt heel wat onderzoekers bezig. Seksueel risicogedrag adequaat definiëren en operationaliseren in een bevraging is dan ook een delicate opdracht. Op het Nationaal Kompas van het Nederlands Instituut voor GezondheidsZorg (NIGZ) wordt de volgende definitie gehanteerd: *"Van seksueel risicogedrag is sprake als men onbeschermdde geslachtsgemeenschap of anale seks heeft met seksueel ervaren personen en/of met personen die intraveneus drugs gebruik(t)en."* Door te vrijen zonder condoom vergroten mensen het risico op een besmetting met een seksueel overdraagbare aandoening (soa). Dit is voornamelijk aan de orde bij mensen met wisselende seksuele contacten. Net dit laatste aspect hebben de ondervragers van de Gezondheidsenquête geoperationaliseerd om als maatstaf te nemen of iemand al dan niet risicogedrag stelt. De personen die niet in een vaste relatie verkeren, maar toch seksueel actief zijn, worden beschouwd als een groep die verhoogd risico loopt op een besmetting met een soa. Een vaste relatie wordt gedefinieerd als een relatie die reeds langer duurt dan 12 maanden.

Het soa surveillance systeem via een peilnetwerk van medici in België (Defraye, 2005) toont dat de meeste soa-diagnoses bij vrouwen tussen de leeftijd van 15-29 jaar worden gesteld. Bij mannen worden de meeste diagnoses gesteld tussen de leeftijd van 25 tot 44 jaar. Het gaat dus wel degelijk op om te focussen op jongeren met betrekking tot risicogedrag. Toch geven net deze jongeren aan meer dan de andere leeftijdsgroepen condooms te gebruiken, zo blijkt uit de Gezondheidsenquête.

Ook de oudere leeftijdsgroepen dienen de nodige aandacht te krijgen met betrekking tot soa. Vrouwen worden voornamelijk besmet via heteroseksueel contact (vb. voornamelijk met Chlamydia), mannen worden voornamelijk besmet via homoseksueel contact (vb. syfilis). Onder heteroseksuele mannen merkt men echter een toename van soa-besmettingen (genitale wratten en Chlamydia).

Seriële monogamie komt bij jongeren en in het bijzonder ook bij jongvolwassenen, frequent voor. Dit betekent dat korte relaties elkaar mits een (beperkte) tussenperiode vrij snel opvolgen. In combinatie met het snel weglaten van een condoom (vaak zonder enige vorm van screening naar soa) ten gunste van 'de pil', maakt het voor soa zeer makkelijk om overgedragen te worden. Bepaalde soa kunnen immers gedurende lange tijd in het lichaam aanwezig blijven zonder al te veel klachten te veroorzaken. Men is dan wel besmettelijk. Dit is voornamelijk van toepassing bij heteroseksuele transmissie. Op deze manier is het hanteren van een langdurige relatie als veilig voor soa niet altijd van toepassing. Soa kunnen immers binnen een vaste relatie ook nog worden doorgegeven. Een vaste relatie kan dus een vals gevoel van veiligheid geven.

Door de tijdsdefinitie van 'vaste' relatie, lijkt het alsof de jongeren meer wisselende seksuele relaties hebben. Volgens de definitie van de enquête zijn ze hierdoor meer seksueel actief zonder een vaste relatie. Uit onderzoek blijkt dat jongeren hun seksuele ervaring zeer geleidelijk aan opdoen. De opeenvolging van steeds intiemer wordende seksuele ervaringen start gemiddeld rond de leeftijd van 12 jaar en heeft een verloop van 3 tot 4 jaar. Op 17-18-jarige leeftijd heeft de helft van alle jongeren ervaring met geslachtsgemeenschap (Vereecken & Maes, 2000, 2002; Rutgers Nisso Groep, 2005). Het aantal partners waarmee ze seks hebben is echter eerder beperkt (Van Gorp, 2005). Jongeren hebben een voorkeur voor traditionele waarden en normen (Klaï, 2005). De meeste jongeren willen dan ook een traditionele monogame relatie (Stevens, 2001; Van Gorp, 2005).

### 4.1 Potentieel risico op soa

In de gezondheidsenquête wordt gesteld dat de afwezigheid van een vaste relatie de kans op een soa-besmetting doet toenemen. Wat soa betreft is dit slechts een deel van het verhaal (zie hoger: besmetting in een vaste relatie). Soa kunnen a-symptomatisch zijn en bijgevolg ongemerkt doorgegeven worden, ook in een vaste relatie. Heel wat mensen met risicogedrag voelen zich bovendien niet kwetsbaar om een soa op te lopen. In eigen onderzoek (Sensoa, 2004) bij een steekproef van 18-30 jarige heteroseksuele respondenten werd gepolst naar de bekwaamheid om risico's met betrekking tot een soa-besmetting in te schatten.

Respondenten dienden 5 situaties te beoordelen. Slechts 9,6% van de respondenten duidden het correcte

antwoord voor alle 5 de situaties aan. De helft van de respondenten duiden slechts 1 of 2 antwoordmogelijkheden als de juiste aan. Er was geen verschil te merken tussen mannen en vrouwen. Onder mannen die seks hebben met mannen merkt men eveneens een toename van soa en hiv. Het grootste risico wordt gelopen door mannen die frequent wisselende seksuele partners hebben of een relatie hebben en het condoom zonder soa-check up wordt weggelaten. Onder seropositieve mannen merkt men een toenemende dynamiek van seroselectie. Hierbij zoeken seropositieve mannen enkel onbeschermd seksuele contacten te hebben met andere seropositieve mannen. Aangezien geen condoom gebruikt wordt, kunnen soa ook vlot doorgegeven worden (Rietmeijer, 2005).

Uit de enquête blijkt dat het pilgebruik het hoogst is in de jongste leeftijdsgroepen. Als toelichting kan men stellen dat de focus bij de doelgroep voornamelijk ligt op het zich beschermen tegen een zwangerschap. Echter, een pil beschermt niet tegen seksueel overdraagbare aandoeningen. De cijfers over tendensen in soa-besmettingen geven dan ook aan dat de leeftijdsgroep van 20-29 jaar bijzonder kwetsbaar is.

Volgens de enquête lopen meer mannen dan vrouwen een risico op een besmetting met een soa. Wanneer soa-besmettingen gedurende een vaste periode geregistreerd worden bij diverse klinici, stelt men echter vast dat zo goed als evenveel mannen als vrouwen een besmetting opliepen. Wanneer een onderscheid gemaakt wordt naar seksuele oriëntatie (of transmissiewijze) per soa, kan men een iets genuanceerdere conclusie trekken. Heteromannen lopen voornamelijk een risico op genitale wratten en Chlamydia. Homomannen lopen voornamelijk een risico op syfilis, gonorrhoe en hiv. Heterovrouwen lopen voornamelijk een risico op Chlamydia, genitale wratten en herpes. Lesbiennes komen nagenoeg niet voor in de cijfers van soa-besmettingen.

Uit de enquête blijkt dat hoger opgeleiden een lager potentieel risico op soa hebben. Uit deze gezondheidsenquête blijkt dat er in België geen belangrijke barrières in de toegang tot de huisartsgeneeskundige zorg bestaan. Lager opgeleiden contacteren zelfs vaker de huisarts dan hoger opgeleiden. In het Brussels gewest is de rol van de huisarts minder uitgesproken dan in het Vlaams en Waals Gewest. Brusselaars stappen blijkbaar beduidend minder naar de huisarts dan bewoners van andere steden. Het aantal doorverwijzingen is er echter beduidend hoger. Uit het soa-surveillance systeem voor klinici (Defraye, 2005) blijkt echter dat soa bij hoger opgeleiden meer wordt vastgesteld dan bij lager opgeleiden. Hoewel veel gegevens ontbreken in deze registratie, kan het wel een indicatie zijn voor het hulpzoekend gedrag van lager opgeleiden en wil het niet noodzakelijk zeggen dat ze minder risicogedrag stellen.

Op verschillende plaatsen in de enquête blijkt dat stedelijke en verstedelijkte gebieden gekenmerkt worden door meer risicogedrag. De reden hiervoor kan men terugbrengen tot een aantal zaken. In eerste instantie zijn bepaalde leeftijdsgroepen en doelgroepen (vb. meer singles, meer homomannen, meer jongvolwassenen) meer vertegenwoordigd in deze gebieden. Er zijn dus meer seksuele partners beschikbaar. Er heerst ook een grotere incidentie, zo blijkt uit de gegevens van de Gezondheidsinspectie. In steden zoals Antwerpen en Brussel worden opmerkelijk meer soa-diagnoses gesteld dan in meer rurale gebieden. Een daling in risicogedrag met de toenemende leeftijd kan ook op een socio-demografische manier geïnterpreteerd worden. Hoe ouder men wordt, hoe hoger de kans op een stabiel relatiepatroon. Voor heteroseksuele stellen gaat dit vaak gepaard met gezinsvorming en een uittrek uit de stad. Men kan zich dan de vraag stellen of risicogedrag er minder aantrekkelijk uitziet eens men wat ouder wordt. Voor mannen die seks hebben met mannen ziet men dat risicogedrag eerder een gelijklopend opwaartse trend kent met een toenemende leeftijd. Het gros van de besmettingen met een soa onder mannen die seks hebben met mannen worden immers gesteld tussen de leeftijd van 25 tot 44 jaar.

Uit het clinicirapport (Defraye, 2005) blijkt dat 1/5<sup>e</sup> van de mannen met een soa een vaste partner rapporteert, 1/3<sup>e</sup> heeft meer dan één partner in de afgelopen 6 maanden. Voor de vrouwen met een soa is dit respectievelijk de helft met vaste partner en een kwart met meer dan één partner. Uit deze rapporten

zijn eveneens 3 groepen af te lezen die kwetsbaar zijn voor soa: (1) mannen die seks hebben met mannen tussen 25 en 44 jaar, (2) heterovrouwen tussen 15-29 jaar en (3) heteromannen tussen 20-29 jaar.

## **4.2 Gebruik van condoom als beschermingsmiddel tegen soa door risicolopende personen**

De opkomst van hiv heeft in zekere zin de aandacht van soa op het publieke agenda wat doen verminderen. Sinds enkele jaren echter is het tij aan het keren. Recente jaren wordt intensiever campagne gevoerd naar specifieke doelgroepen, waaronder jongvolwassenen (vb. Respectful Young Lovers) en homomannen (vb. Facing Facts). Anderzijds is het ook zo dat de perceptie van doelgroepen over de ernst van de aandoeningen een rol speelt in het al dan niet prioriteit geven aan veilig vrijen.

Bij de bespreking van het condoomgebruik wordt in de enquête geen onderscheid gemaakt naar de seksuele oriëntatie van de bevrageden. Dit is een gemis. Evenmin is men nagegaan om welke reden de respondenten het condoom weglieten.

Uit het condoomgebruik blijkt wederom dat hoger opgeleiden meer condooms gebruiken dan lager opgeleiden. Uit het reeds aangehaalde rapport over soa-besmettingen geregistreerd door een groep klinici, blijkt echter dat het net hoger opgeleiden zijn die meer dan lager opgeleiden een soa oplopen, of althans ermee gediagnosticeerd worden.

Het is verontrustend om af te lezen dat slechts de helft van de mannen en vrouwen die in de risicogroep zitten volgens de definitie van de enquête (geen vaste partner afgelopen 12 maanden) een condoom gebruiken om zich te beschermen tegen soa. Uit een bevraging van Sensoa onder jongvolwassenen bleek dat ze voldoende konden aangeven wat de beschermende werking van een condoom ten opzichte van soa was. Anderzijds voelden ze zich nauwelijks *at risk* om een soa op te lopen en primeert voor (heteroseksuele) mannen en vrouwen het tegengaan van een zwangerschap. Hierbij wordt de voorkeur gegeven aan hormonale anticonceptiva. Deze resultaten in combinatie met het clinicirapport van soa-besmettingen onderstrepen het belang van soa-preventie onder jonge doelgroepen (15-35 jaar).

## **4.3 Seksuele activiteit en gerelateerd risicogedrag voor soa**

Personen die seksueel actief zijn zonder vaste relatie, lopen een hoger potentieel risico op een besmetting met een soa, zo wordt gesteld in de enquête. Men stelt vast dat 3% van de bevolking een risico liep op een soa en geen of weinig effectieve beschermingsmethode gebruikte.

## 5 Bespreking van de vragen en resultaten met betrekking tot hiv/aids

In dit onderdeel komen verschillende aspecten rond hiv/aids aan bod. We analyseren de gegevens in de volgorde en volgens de onderverdeling zoals ze in de gezondheidsenquête staan gepresenteerd.

### 5.1 Overdrachtswijzen hiv/aids

Net zoals in het gedeelte beschermingsmethodes (zie verder) leggen de onderzoekers in dit onderdeel een aantal mythes voor aan de respondenten. Zodra de respondent één van de mythes onderschrijft, valt hij/zij in de groep van respondenten die geen correcte kennis hebben omtrent de overdrachtswijze van hiv/aids. Deze methode zorgt voor een verkeerd beeld met betrekking tot de kennis van de respondenten omtrent overdrachtswijzen. In de bevraging legt men aan respondenten alleen methodes voor die geen overdracht kunnen veroorzaken, wat heel wat respondenten kan misleiden. Heel wat deelnemers zullen immers verkeerdelijk veronderstellen dat er een correcte antwoordmogelijkheid is, terwijl er eigenlijk geen juist antwoord is. Om een correct zicht te krijgen op de kennis van respondenten zou het interessanter zijn om ook antwoordmogelijkheden met juiste overdrachtswijzen in de schaal op te nemen. Daarnaast zou een aparte analyse van de verschillende items uit de schaal een genuanceerder beeld geven.

Als we de gegevens bekijken zien we dat 33% van de Belgen de niet-besmettelijke overdrachtswijzen correct identificeert, voor de Vlamingen is dit 32%. De kennis van jongeren omtrent de mythes is vergelijkbaar met deze van volwassenen ouder dan 55 jaar. In vergelijking met de gezondheidsenquête van 1997 zien we een verbetering van de kennis omtrent deze mythes.<sup>4</sup>

We kunnen deze cijfers vergelijken met een bevraging van IFOP in Frankrijk, waar men eind 2005 ook een algemene populatie bevroeg omtrent hiv/aids (IFOP, 2005). Bij de presentatie van deze resultaten berekende men geen totaalscore voor één algemene factor, zoals dat in de gezondheidsenquête van België wel het geval was. We presenteren hier kort de opvallendste resultaten. 96% van de respondenten wist dat hiv kan overgedragen worden via bloed. Ook vloeistoffen die vrijkomen bij seksueel contact hadden een hoge score (90%). 37% dacht dat de overdracht kan via moedermelk en 26% via speeksel. De percentages bij de niet-besmettelijke overdrachtswijzen lag betrekkelijk lager. 13% dacht dat hiv kan overgedragen worden via zweet of plaatsnemen op een toiletbril.

### 5.2 Beschermingsmethodes

De onderzoekers leggen in dit onderdeel opnieuw een aantal mythes voor aan de respondenten. Zo vragen ze of het gebruik van de (contraceptieve) pil, kiezen voor partners die gezond lijken, zich terugtrekken voor ejaculatie of het zich wassen na seks veilige methodes zijn om zich tegen hiv/aids te beschermen. Wanneer een respondent één van deze verkeerde beschermingsmethodes als een veilige methode onderschrijft, valt hij/zij in de categorie die een foutieve kennis omtrent beschermingsmethodes heeft. Het samenvoegen van deze antwoordmogelijkheden tot één factor zoals in het vorige onderdeel geeft ook hier geen informatie van de correcte kennis van beschermingsmethodes die wél veilig zijn voor hiv. Het zou bovendien ook interessant zijn om te zien op welke items van de schaal respondenten precies een slechte score hebben.

56% van de Belgen herkent de foute beschermingsmethodes tegen hiv, in Vlaanderen is dit 55%. Ook hier neemt de kennis omtrent een aantal foutieve beschermingsmethodes toe in vergelijking met 1997, we zien immers een lichte, maar significante stijging. In 1997 herkenden 53% van de Belgen foutieve beschermingsmethodes correct, in 2004 was dit 56%. Jongeren en volwassenen ouder dan 55 hebben de slechtste kennis omtrent deze factor.

---

<sup>4</sup> In de gezondheidsenquête van 2001 werd het item hiv/aids niet bevroegd. We vergelijken de cijfers van de enquête van 2004 daarom met deze van 1997.

In de bevraging van de Fransen weet 71% van de ondervraagden dat het condoom een goede beschermingsmethode is tegen hiv. 2% van de respondenten onderschrijft de mythe dat het volstaat om correct een partner te kiezen of vragen te stellen omtrent het seksueel verleden van de partner (IFOP, 2005).

### 5.3 Hiv-test

23% van de bevolking heeft zich ooit laten testen op hiv in België, in Vlaanderen is dit 17%. Uit de cijfers blijkt dat 74% van de Belgen meer dan een jaar geleden een hiv-test onderging. Ook dit cijfer geeft ons slechts beperkte informatie. Het zou interessanter zijn om het hiv-testgedrag te relateren aan seksueel gedrag waarna een hiv-test is aangewezen. De onderzoekers vergelijken die respondenten die een hiv-test ondergingen met een algemene populatie, terwijl die populatie wellicht mensen bevat die nog geen seks hebben of geen seks (meer) hebben. Om deze vraag beter te kunnen interpreteren is het aangewezen een aantal bijkomende variabelen te bevragen zoals bijvoorbeeld seksuele oriëntatie, seksuele praktijken en de eigen risico-inschatting. Het zou bovendien ook interessant zijn om het testgedrag te relateren aan de socio-economische status van de ondervraagden, die wél in de gezondheidsenquête wordt bevraged.

In de enquête vragen de onderzoekers ook op wiens initiatief de test werd uitgevoerd. In de presentatie van de resultaten vinden we hier niets terug.

De helft van de respondenten die een test ondergaan, laten deze uitvoeren in het kader van een algemeen lichamelijk onderzoek of bij bloeddonatie. Voor die respondenten die een hiv-test ondergingen bij bloeddonatie kunnen we ons de vraag stellen of het een bewuste keuze was van de respondenten of niet om een test te ondergaan. In België worden alle bloedstalen aan een hiv-test onderworpen, wanneer de patiënt een aangeeft een hiv-test te ondergaan bij bloeddonatie weten we niet óf ze bloed gaven om te weten wat hun seropositieve status is óf dat ze bloed gegeven hebben en dan ook er van uitgaan dat ze een hiv-test ondergingen.

Eén op 7 respondenten laten een hiv-test uitvoeren bij zwangerschap of zwangerschapswens, het aangaan van een nieuwe relatie of huwelijk. In slechts 11% van de gevallen was bezorgdheid voor mogelijke hiv-besmetting na seks de reden voor een hiv-test.

### 5.4 Discriminatie

Volgens de gezondheidsenquête heeft 69% van de Belgische bevolking een discriminerende houding ten opzichte van mensen met hiv, bij de Vlamingen is dit 74%. De items die in deze schaal vervat zitten zijn heel uiteenlopend, men meet aan de hand van deze schaal wellicht meerdere factoren. Het zou daarom interessant zijn om de interne consistentie van de schaal te berekenen, deze geeft immers informatie of de schaal wel meet wat ze wil meten. We vermoeden dat de interne consistentie in het geval van de gezondheidsenquête laag zal liggen. Als we de schaal immers bekijken blijkt dat men aan de ene kant vraagt of de respondenten een maaltijd in het gezelschap van iemand met hiv zouden willen gebruiken of hun kinderen in gezelschap zouden laten van iemand met hiv. Aan de andere kant vraagt men of mensen met hiv die onbeschermd seksuele contacten hebben gehad voor het gerecht zouden moeten worden gedaagd. In de schaal zit bovendien ook een item dat eerder gerelateerd is aan het bekend maken van de serostatus (disclosure). Daarnaast komt het ontslagen van mensen met hiv omwille van hun serostatus. Het lijkt ons interessanter om een schaal samen te stellen die alleen discriminatie meet om deze vervolgens via factoranalyse te benaderen.

Een goed voorbeeld van dergelijke schalen vinden we in het onderzoeksrapport dat het Amerikaans agentschap USAID begin 2006 publiceerde. In dit rapport staan vragen gepresenteerd die verschillende aspecten van hiv-discriminatie meten. Aspecten die hierin onder andere aan bod komen zijn: vrees om besmet te worden met hiv bij niet-invasieve contacten, weigering van sociaal contact met mensen met hiv (die al dan niet tekenen van aids vertonen), veroordeling of beschuldiging van mensen met hiv omwille van hun ziekte, disclosure,... (USAID, 2006).

## 5.5 Ernst en de geneesbaarheid van aids

38% van de Belgen (34% van de Vlamingen) schat de ernst en geneesbaarheid van aids correct in. Zoals blijkt uit de beschrijving bevat deze indicator twee verschillende aspecten. Aan de ene kant meet men in hoeverre de respondenten denken dat hiv/aids een ernstige ziekte is en in hoeverre het nog een probleem is in België en Europa. Aan de andere kant gaan de onderzoekers na of de respondenten denken of er een geneesmiddel bestaat tegen hiv/aids.

In het IFOP-onderzoek in Frankrijk (IFOP, 2005) werden deze aspecten apart bevraagd en bleek dat 91% van de ondervraagden zich niet bedreigd voelen door hiv/aids. 76% denkt dat hiv/aids in de toekomst nog een grote gezondheidsdreiging zal vormen. 35% van de respondenten denkt dat er medicijnen bestaan om hiv/aids te genezen, 29% gelooft dat er een vaccin tegen het hiv-virus bestaat. Eén op vier respondenten denkt dat er steeds minder en minder besmettingen zijn met hiv. Ongeveer één op tien respondenten denkt dat vrouwen minder getroffen worden dan mannen en een even hoog percentage denkt dat men vandaag niet meer sterft aan aids. Dergelijke analyse levert ons een meer genuanceerd beeld op in vergelijking van de ene factor die de onderzoekers van de gezondheidsenquête construeren en lijkt ons bijgevolg meer aangewezen.

## 6 Auteurs

Methodologie & hiv/aids: Ilse Van de Velde

Anticonceptie: Katrien Vermeire

Seksueel overdraagbare aandoeningen: Sandra Van den Eynde

## 7 Bibliografie

Bajos, N. e.a. (2001) 'Contraception : from accessibility to efficiency' in Human Reproduction, vol. 18, n°5:994-999

Bakker F, Vanwesenbeeck I. (2002) Veilig vrijen en condoomgebruik bij jongeren en jong-volwassenen. Stand van zaken september 2002 en ontwikkelingen sinds april 1987. Utrecht: Rutgers Nisso Groep, november 2002.

Bakker F, Vanwesenbeeck I, Zimbile F. (2003) Veilig vrijen en condoomgebruik bij jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Rutgers Nisso Groep., 2003 .

Defraye, A., Sasse, A. (2004). *SOA surveillancesysteem via een peilnetwerk van clinici in België*. afdeling Epidemiologie, Brussel (België). Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. IPH/EPI REPORTS N° 2005/011.

De Wit, Van Der Veer & Slot (1995) Psychologie van de adolescentie. Baarn: uitgeverij Intro

Durex (2004) Global sex survey: de Belgische resultaten. Niet gepubliceerd.

IFOP (2005) *Les Français et le Sida*. <http://www.ifop.com/europe/sondages/opinionf/sida.asp>

Insites (2004) Vrouwen over seks, relaties en contraceptie. Onderzoek uitgevoerd in opdracht van Janssen-Cilag

Klaï, T. (2005). Intergenerationeel onderzoek naar de communicatie over seksualiteit: een studie bij ouders en jongeren van 15 tot 21 jaar. Brussel: Vrije Universiteit Brussel, niet gepubliceerde doctoraatsstudie

Laar MJW van de, Duynhoven YTHP van, Beuker RJ, Rijlaarsdam J (red.). *SOA en AIDS in Nederland*. RIVM-rapport nr. 441500011. Bilthoven: RIVM, 2000a , December

Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Afdeling P.S.G. Gezondheidsinspectie. *Melding infectieziekten – Vlaamse Gemeenschap – Vlaanderen 2005*.

Rietmeijer, C. A., Van Bemmelen, R., Judson, F.N., Douglas, J.M. (2002) Incidence and repeat infection rates of Chlamydia trachomatis among male and female patients in an std clinic: Implications for screening and rescreening. *Sex. Transm. Dis.* 29: 65-72.

Rutgers Nisso Groep (2005) Factsheet 'Seks onder je 25e'. Op: <http://www.rutgersnissogroep.nl/> - meer informatie op <http://www.seksonderje25e.nl>

Stevens, F. (2001). Is de seksuele revolutie voorbij?. In CGSO (Red.) *Jaarboek Seksualiteit, Relaties, Geboorteregeling 2001*. Gent: CGSO.

USAID (2006) *Can we measure HIV/AIDS-related stigma and discrimination? Current knowledge about quantifying stigma in developing countries*.  
[http://www.icrw.org/docs/2006\\_CanWeMeasureHIVstigmaReport.pdf](http://www.icrw.org/docs/2006_CanWeMeasureHIVstigmaReport.pdf)

Van Gorp, J. (2005). *Moi, mes amis, mes amours*. Antwerpen: Universiteit Antwerpen, niet gepubliceerd intern document

Vereecken, C. & Maes, L. (2000) Jongeren en gezondheid: resultaten voor 2000. Op: <http://allserv.rug.ac.be/~cvereeck/hb3c>

Vereecken, C. & Maes, L. (2002) Jongeren en gezondheid: resultaten voor 2002. Op: <http://allserv.rug.ac.be/~cvereeck/hb3c>