

peider

"ALS IK HET ER MET ZEEP NIET AF KRIJG..." HOMOSEKSUELE MANNEN OVER SOA^o

Th.G.M. Sandfort*

Sinds de komst van AIDS is onder homoseksuele mannen geen systematische preventieve aandacht besteed aan andere SOA. Om uit te vinden wat hiervan de gevolgen zijn en of preventie voor deze groep wenselijk en mogelijk is, zijn drie focusgroep gesprekken gevoerd, waaraan in totaal 19 mannen deelnamen. Centrale vragen hierbij waren hoe men aankijkt tegen SOA en hoe het risico op een SOA wordt ervaren, wat men weet van SOA, en hoe men met het risico en de eventuele gevolgen van een SOA zou omgaan. Het beeld dat naar voren komt is dat in tegenstelling tot AIDS, 'gewone' SOA onder homoseksuele mannen niet echt leven. Men staat er niet altijd bij stil dat men risico op een SOA loopt. Gezien het seksuele gedrag van de mannen lijkt de wens SOA geheel te voorkomen ook irreëel. Voorlichting wordt als wenselijk ervaren, maar mag volgens de mannen zeker niet tot stigmatisering leiden. Via kwantitatief onderzoek zal in een later stadium worden bekeken in hoeverre het beeld dat uit de focusgroep gesprekken naar voren komt ook bij een grotere groep homoseksuele mannen wordt aangetroffen.

De komst van AIDS heeft onder homoseksuele mannen aanzienlijke veranderingen in het seksuele gedrag teweeggebracht (Van Griensven, 1989; De Vroome, 1994). Om transmissie van HIV te voorkomen werd homoseksuele mannen in eerste instantie vooral aangeraden om af te zien van anale seks; in tweede instantie lag de nadruk meer op het gebruik van condooms bij anale seks (Van Kerkhof, e.a., 1991). Als gevolg van de gerealiseerde gedragsveranderingen is onder homoseksuele mannen ook de prevalentie van wat 'gewone SOA' is komen te heten, sterk verminderd (Van der Laar e.a., 1990). De wegen waarlangs HIV wordt overgedragen zijn immers voor een deel dezelfde als waarlangs overdracht van andere SOA plaatsvindt.

Homoseksuele mannen hebben echter nog steeds een belangrijk aandeel in de verspreiding van SOA. Uit het rapport *Registratie niet-curatieve SOA-bestrijding* (1995) blijkt dat in 1994 bij 10% van alle SOA-consulten die via GGD-en en SOA-poliklinieken zijn geregistreerd, homoseksuele contacten zijn voorgekomen (personen waarvan de seksuele gerichtheid onbekend is buiten beschouwing latend); bij deze groep werd in vergelijking met de andere consulten vaker onderzoek gedaan naar een eventuele SOA en ook vaker een SOA aangetroffen.

* Dr. Th.G.M. Sandfort, sociaal-psycholoog, is voorzitter van de werkgroep Homostudies, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht, Postbus 80:140, 3508 TC Utrecht.
o Dit onderzoek is uitgevoerd met financiële steun van de SOA Stichting. Met dank aan Pierre Stukker voor de praktische organisatie en ondersteuning bij de uitvoering van de focusgroep gesprekken en aan Ernest de Vroome en Quita Waldhober voor commentaar op een eerdere versie van dit artikel. Voor de opgedane inspiratie gaat verder dank uit naar de medeleden van de werkgroep "SOA-voorlichting voor mannen met homoseksuele contacten": Geert Tillemans en Quita Waldhober van de SOA Stichting en Noud van Poppel en Wim Zuilhof van de SAD-Schorerstichting.
Geaccepteerd voor publicatie 14 november 1995.

De afname van SOA onder homoseksuele mannen blijkt ook niet automatisch in stand te blijven. Zo rapporteerden Van den Hoek e.a. in 1990 een toename van anorectale gonorrhoe in de SOA-poliklinieken in Amsterdam. Deze toename werd verklaard vanuit het niet vol kunnen blijven houden van vrij veilig technieken en vanuit de 'instroom' van jonge homoseksuele mannen (zie ook De Wit e.a., 1993). Recent werd melding gemaakt van een uitbarsting van hepatitis A onder homoseksuele mannen te Amsterdam (Leentvaar-Kuijpers e.a., 1995).

Aan primaire preventie van 'gewone SOA' is in de afgelopen tien jaar bij homoseksuele mannen echter vrijwel geen aandacht besteed: alle activiteiten waren erop gericht verdere verspreiding van HIV en AIDS tegen te gaan. Dit in tegenstelling tot de preventie gericht op het algemene publiek: daar wordt een geïntegreerde benadering voorgestaan waarbij zowel aandacht wordt besteed aan HIV als aan andere SOA.¹ Het is goed mogelijk dat door het gebrek aan aandacht, gewone SOA uit het bewustzijn van homoseksuele mannen zijn verdwenen en dat de meest fundamentele informatie bij homoseksuele mannen afwezig is. Het is waarschijnlijk dat er inmiddels een nieuwe generatie homoseksuele mannen is, die nog nooit over SOA is geïnformeerd.

De AIDS-voorlichting die wel heeft plaatsgevonden kan geleid hebben tot misverstanden over SOA. Het kan zijn dat men is gaan denken dat je over andere SOA dan HIV geen zorgen hoeft te maken, of dat, als je condooms gebruikt, je ook geen andere SOA kunt krijgen, omdat er immers 'veilig gevreeën' wordt. De laatste misvatting kan zijn versterkt door de boodschap die middels de geïntegreerde SOA- en AIDS-campagne gericht op het algemene publiek wordt verspreid. De huidige situatie kan er toe leiden dat het SOA-risico en eventuele symptomen worden veronachtzaamd. Ook kan men wanneer men dan toch een SOA heeft opgelopen, met verontwaardiging reageren: "Ik heb me toch aan de 'vrij veilig'-regels gehouden". Ten onrechte kan men zich in een dergelijke situatie zorgen gaan maken over de vraag of men dan ook geen HIV-infectie heeft opgelopen. Genoemde reacties zijn in de praktijk van de Weekendpoli van de SAD-Schorerstichting inmiddels ook waargenomen (Van Poppel, 1995). Niet uitgesloten is dat dergelijke ervaringen, als een soort negatieve feedback, ook de intentie om veilig te vrijen ondermijnen (Gerards, 1993). Het bio-medisch gegeven dat het hebben van een SOA de ontvankelijkheid voor een HIV-infectie vergroot, is een extra reden om ervoor te zorgen dat homoseksuele mannen goed geïnformeerd zijn.

Om te kunnen besluiten of het wenselijk en mogelijk is om gericht op homoseksuele mannen specifieke SOA-preventie op te zetten, hebben de SOA Stichting en de SAD-Schorerstichting een onderzoek laten uitvoeren, dat een beeld moet geven van de wijze waarop homoseksuele mannen SOA beleven en van hoe zij met SOA omgaan. Dat onderzoek bestaat uit twee delen: een kwalitatief deel en een kwantitatief deel. Voor het kwalitatieve deel, dat een voorbereiding vormt voor het kwantitatieve deel, zijn drie focusgroep gesprekken gevoerd. Van deze focusgroep gesprekken wordt hier verslag gedaan. Verslaggeving over het kwantitatieve deel van het onderzoek volgt in een later stadium.

¹ Daarbij is overigens sprake van onjuiste voorlichting. In de in 1995 bij de algemene publiekscampagne uitgegeven brochure "Ik vrij veilig of ik vrij niet" wordt gezegd dat er maar één manier is om SOA te voorkomen, namelijk door veilig te vrijen. Wanneer wordt uitgelegd wat veilig vrijen is, wordt daar onder verstaan: 1) condoomgebruik bij seksuele gemeenschap en 2) niet in de mond klaarkomen bij orale seks. Hoewel op deze manier inderdaad zowel HIV-infecties als andere SOA worden voorkomen, is dit voor gewone SOA zeker niet afdoende. Ten onrechte wordt het algemene publiek daar niet op gewezen. Voor homoseksuele mannen is deze boodschap, gezien een ander seksueel gedragspatroon, geheel onjuist.

Methode

Om verschillende redenen is er voor de techniek van het focusgroep gesprek gekozen. Ten eerste is over het onderwerp vrij weinig bekend. Om in een later stadium een goed gefundeerd kwantitatief onderzoek te kunnen uitvoeren is het van belang eerst een beeld te krijgen van de dimensies waarin de betrokkenen denken over het onderwerp. De focusgroep techniek heeft daarbij het praktische voordeel dat tegelijkertijd de visie en gevoelens van meerdere personen op tafel komen en dat door de onderlinge interacties van de betrokkenen deze visies extra worden uitgediept. De methode biedt verder de mogelijkheid om afhankelijk van de onderwerpen die aan de orde komen nader door te vragen (zie ook: Hospers, e.a., 1994; Kitzinger, 1994; Krueger, 1994; Morgan, 1988). Uiteraard is het niet mogelijk om de resultaten te generaliseren naar de totale populatie van homoseksuele mannen.

Voor de samenstelling van de focusgroep gesprekken is voorafgaand een profiel opgesteld waaraan deelnemers moesten voldoen. Conform de richtlijnen voor het voeren van dergelijke gesprekken is geprobeerd groepen mannen samen te stellen die elkaar niet kennen, elk bestaande uit een tiental personen. Om verschillen in status te voorkomen - deze kunnen het verloop van een focusgroep negatief beïnvloeden - dienden de mannen niet beroepsmatig of als vrijwilligers bij HIV- en SOA-preventie betrokken te zijn. De mannen moesten seksueel actief zijn, bij voorkeur participierend in verschillende seksuele circuits (de homos sauna, de baan, enz.) en niet uitsluitend binnen monogame relaties. Er werd gezocht naar zowel hoger als lager opgeleide mannen. In iedere groep dienden ook enkele mannen te zitten die ooit een SOA hebben gehad. Verder werd beoogd zowel een jongere groep (tot 30 jaar) als een oudere groep (30 tot 45 jaar) samen te stellen.

Begonnen is met het via contactpersonen, bestaande adressenbestanden en uitgaansgelegenheden samenstellen van een pool van mannen die aan de verschillende criteria voldeden, met als doel daar vervolgens aselect een focusgroep uit samen te stellen. In één geval is deze procedure geslaagd; in de twee overige gevallen bleek dit, ook tegen de verwachting in van ingeschakelde contactpersonen, veel te bewerkelijk te zijn. Geheel onverwacht werd ook regelmatig weerstand aangetroffen om te praten over SOA. Vaak werd gereageerd met de vraag waarom men hier eigenlijk een paar uur in zou investeren. Een praktische moeilijkheid was data te vinden waarop de benaderde personen allen beschikbaar waren; als gevolg hiervan vielen verschillende mannen die wel tot medewerking bereid waren, af. Na verschillende negatieve ervaringen is na de eerste groep besloten om de mannen als beloning voor hun deelname een cadeaubon van fl 25,- te geven en hen dit bij de werving te vertellen.

In totaal hebben drie focusgroep gesprekken plaatsgevonden met respectievelijk zeven en twee keer zes deelnemers. Eén van de gesprekken vond plaats in Amsterdam, de andere twee in steden in respectievelijk het oosten en het zuiden van Nederland. Alle gesprekken zijn geleid door de auteur.

Aan het begin van iedere bijeenkomst werd het doel van het gesprek uitgelegd. Vervolgens werd benadrukt dat het er om ging zoveel mogelijk uiteenlopende gezichtspunten te inventariseren, dat iedere mening belangrijk is en het niet de bedoeling is om tot één, door iedereen gedeelde mening te komen. De mannen werd verzocht elkaar te laten uitspreken en aangemoedigd om op elkaar in te gaan. De focusgroep gesprekken duurden gemiddeld twee uur. De gesprekken zijn op de band opgenomen.

Voor de gesprekken was een lijst met vragen samengesteld, waarbij na een openingsvraag ("Is het moeilijk of makkelijk om over SOA te praten?") en een introductievraag werd overgegaan tot de basisonderwerpen. Afgerond werd met een samenvatting die de deelne-

mers in de gelegenheid stelde om aanvullingen en verduidelijkingen te geven. Op basis van opgedane ervaringen werd de lijst voor volgende gesprekken aangepast en aangevuld.

De centrale vragen die in alle gesprekken aan de orde kwamen waren:

- hoe kijkt men aan tegen SOA en hoe wordt het risico een SOA op te lopen ervaren?
- wat weet men van SOA en hoe schat men de eigen kennis in?
- wat zou men doen wanneer men denkt een SOA te hebben?
- in hoeverre vindt men SOA-preventie gericht op homoseksuele mannen wenselijk en noodzakelijk?

Voordat de gesprekken startten werd de mannen gevraagd een korte schriftelijke vragenlijst in te vullen op basis waarvan de deelnemers in latere instantie beschreven konden worden. De leeftijd van de deelnemers varieerde van 18 tot en met 34 jaar en was gemiddeld ruim 24 jaar. Binnen de beschikbare tijd bleek het niet mogelijk om zowel groepen met oudere als jongere homoseksuele mannen samen te stellen. Van zes van de 19 mannen was het opleidingsniveau van maximaal middelbaar algemeen of middelbaar beroepsonderwijs; zeven mannen hadden voortgezet onderwijs afgerond en nog eens zeven mannen hadden hoger beroeps- of wetenschappelijk onderwijs gevolgd. Het merendeel van de mannen (dertien) gaf aan niet godsdienstig te zijn; door de overigen werden verschillende godsdiensten genoemd. De politieke voorkeur ging primair uit naar D'66 (zeven mannen) en Groen Links (zes mannen). Wat de seksuele voorkeur betreft zeiden de meeste mannen (zestien) dat deze uitsluitend naar mannen uitging; drie mannen gaven 'vooral mannen' op als seksuele voorkeur. Alle mannen hadden in de voorafgaande zes maanden seksueel contact gehad; zes mannen uitsluitend met een vaste partner, zeven mannen met zowel een vaste als met losse partners, en zeven mannen hadden alleen losse partners gehad. Ruim eenderde van de mannen zei ooit wel eens een SOA te hebben gehad; tweederde van de mannen was van mening dat ze, gelet op de seksuele contacten die ze in het voorafgaande half jaar hadden gehad, in principe een SOA hadden kunnen oplopen. Op een enkele uitzondering na was geen van de mannen actief bij HIV- en SOA-preventie betrokken.

Voor de verwerking zijn de bandopnamen in hun geheel uitgetypt. Vervolgens zijn tekstfragmenten op onderwerp gesorteerd. Daarna is uitgaande van deze tekstfragmenten per onderwerp een beschrijving gemaakt met als doel de diversiteit in antwoorden weer te geven. Ter controle is achteraf nagegaan in hoeverre de in de protocollen voorkomende perspectieven ook in het uiteindelijke verslag waren opgenomen. De verschillende citaten zijn geselecteerd omdat ze de verschillende ervaringen en visies goed weergeven. In het geval een interactie tussen deelnemers wordt geciteerd, worden de betrokkenen aangeduid met een letter. Citaten die betrekking hebben op hetzelfde onderwerp maar niet in hetzelfde verband zijn gemaakt of uit een ander gesprek afkomstig zijn, worden als volgt van elkaar gescheiden: (...); op deze wijze gescheiden citaten zijn ook van verschillende personen afkomstig.

Resultaten

Wat mannen weten van SOA

Hoewel een enkeling goed geïnformeerd is over SOA², blijkt het merendeel van de mannen

² Om praktische redenen wordt in dit artikel de algemene term SOA gebruikt. Uiteraard is dit een verzamelnaam voor uiteenlopende ziekten (zie tabel). In de gesprekken kwam naar voren dat er ook in de beleving van de meeste mannen verschillen tussen SOA zijn, vooral samenhangend met de ernst van de gevolgen.

slecht op de hoogte. De meeste mannen vinden zelf ook dat ze te weinig of helemaal niks weten. Namen van SOA zijn in de regel wel bekend maar welke naam waar nu eigenlijk bij hoort, hoe men SOA precies kan oplopen of juist kan voorkómen en wat exact de symptomen en verdere consequenties zijn, is niet voor iedereen even duidelijk. Voor een enkeling blijkt het feit dat er naast AIDS ook andere SOA zijn zelfs een recente ontdekking:

"Ik hoorde iemand vertellen dat je ook schaamluis op kon lopen. Nou, ik stond met mijn oren te klapperen. Ik wist echt niet wat ik moest denken. Ik dacht van 'nou ja, zal wel zoiets zijn als bladluis op je planten'."

Anderen zeggen:

"Het enige dat ik eigenlijk weet is dat ze er zijn en dat ze overdraagbaar zijn."

(...)

"Wat ik weet is dat als er iets mis is, dan moet je dus naar de dokter."

Het is echter niet altijd voor iedereen duidelijk wanneer er nu wat aan de hand is of niet. Op de vraag of men weet waaraan men zou kunnen zien dat men een SOA heeft wordt bijvoorbeeld geantwoord:

"Ik zou het niet herkennen. Kijk als je iets op je geslachtsdeel hebt zitten en je hebt kort daarvoor met iemand seks gehad, dan ga je natuurlijk toch nadenken. Maar ik zou niet kunnen zeggen 'volgens mij heb ik nou schurft'. Maar kijk, als het jeukt of het stinkt, of ik krijg het er met zeep niet af, dan is er toch wat aan de hand."

Het merendeel van de mannen weet dat je met een SOA bij de dokter terecht kunt. Van het bestaan van andere voorzieningen zijn vrijwel alleen die mannen op de hoogte die al een keer een SOA gehad hebben.

Verschillende vragen die de deelnemers tijdens de gesprekken stellen geven eveneens blijk van onwetendheid en soms ook van naïviteit:

"Ik ken iemand die nogal zwetende handen heeft, kun je het daarvan krijgen?"

Wat de kennis van SOA betreft blijkt er een duidelijke discrepantie te zijn met wat men alle maal weet van AIDS. Door één man wordt hierover opgemerkt:

"Ik vind het wel frappant dat iedereen hier dus wel weet hoe hij veilig moet vrijen, maar niemand hoe hij syfilis op kan lopen, of een druiper. Ik weet het ook niet, terwijl van AIDS kan ik het zo opnoemen."

Ook al is men van mening slecht op de hoogte te zijn, het betekent niet dat men nooit eerder informatie over SOA heeft gehad. Enkele mannen zijn tijdens hun studie uitgebreid over SOA ingelicht, anderen hebben specifieke informatieavonden over SOA bijgewoond of er over gelezen. Ook zijn sommige mannen meer over SOA te weten gekomen door vrienden die er een hadden opgelopen.

Op een enkeling na blijken de mannen nooit thuis door hun ouders over SOA geïnformeerd te zijn; seks was iets waar niet over werd gepraat. Ook wat dat betreft is AIDS een ander hoofdstuk. Eén man vertelt dat toen hij een gonorrhoe had opgelopen zijn moeder met schrik reageerde:

"Mijn moeder was meteen heel erg angstig dat ik misschien ook AIDS zou hebben."

Hoewel veel mannen zich realiseren weinig van SOA te weten, wil niet iedereen er meer over te weten komen. Voor sommige mannen zijn andere zaken belangrijker:

"Toen ik nog met m'n coming out zat had ik zoiets van 'moet dat allemaal? Daar hoef ik verder nog niks van te weten, ik wil nu eerst met mijn coming out bezig zijn'."

Soms bestaat er een duidelijke weerstand tegen kennis van SOA:

"Ik weet er absoluut onvoldoende over. Ik vind het ook heel akelig. Ik heb wel eens van die

foldertjes meegenomen, met gonorrhoe, dat zie je dan allemaal zo staan, ik word er helemaal akelig van, ik gooi ze meteen weer weg."

Enkele mannen vragen zich af of het wel nodig is om alles te weten:

"Moet je dat allemaal precies weten, wat precies wat is?"

Sommigen vinden het gezien hun manier van leven weinig opportuun om meer te weten van SOA, of ze achten meer informatie pas nodig op het moment dat ze een SOA hebben opgelopen. Op de hoogte zijn van het bestaan van SOA, betekent niet dat men ook bewust is van het risico dat men loopt. Eén man die onplezierig verrast werd door een SOA, vertelt daarover:

"Je hoort er wel wat over en die namen vallen natuurlijk wel. Maar je staat er niet bij stil dat je het zelf op kan lopen. Van tevoren heb ik er nooit bij stil gestaan dat het mij kon overkomen."

Risicoplaatsen en -groepen?

In de groepen is besproken of bepaalde homoseksuele mannen meer risico lopen dan anderen, en of men op bepaalde plaatsen een grotere kans heeft om een SOA op te lopen. De meeste mannen weten eigenlijk wel - of blijken zich dat tijdens de gesprekken te realiseren - dat vrijwel elk seksueel contact een potentieel risico betekent. Toch blijkt men expliciet of tussen de regels door óók van mening te zijn dat het risico op een SOA niet geheel willekeurig is:

"Gewoon hét circuit, dus iedereen die geen vaste relatie heeft. Of wel een vaste relatie, maar zo vrij dat hij wel met iedereen naar bed gaat. Dat gaat dan natuurlijk heel snel dan. Je hebt dan toch nog een apart circuit van mensen met een vaste relatie die toch een wat rustiger bestaan leiden, dan heb je natuurlijk veel minder kans."

Enkele mannen rekenen zich nadrukkelijk tot de categorie 'rustiger bestaan':

"Ik denk dat ik, wanneer ik veel contacten zou hebben me er op een gegeven moment wel meer zorgen over zou maken. Maar nu vind ik de kans zó klein."

Plaatsen die met SOA worden geassocieerd zijn de baan, sauna's, darkrooms en cinema's:

"De plaatsen waar je anonieme seks hebt. Sowieso plaatsen waar je er van uit kan gaan dat contacten meer wisselend zullen zijn."

Niet alle mannen zijn het er mee eens dat er op banen en dergelijke plaatsen meer risico's zouden zijn:

"Mensen die die plaatsen bezoeken hebben in de regel meer kennis van geslachtsziekten. Mensen die sporadisch naar die plaatsen toegaan, die weten van toeten noch blazen. Dat zijn de mensen die het grootste risico lopen."

Bij sommige mannen leeft het idee dat met name in Amsterdam de kans een SOA op te lopen groot is:

"Het is daar allemaal toch wat makkelijker, de grenzen liggen toch wat lager. Het aantal plekken waar je anonieme seks kan hebben is daar veel groter dan hier. Amsterdam is veel anoniemer. Hier kom je toch vaak dezelfde mensen tegen. En de grote hoeveelheid buitenlanders die je in Amsterdam tegenkomt maakt ook een verschil."

Een ander ziet een relatie tussen de verspreiding van SOA en het gebruik van alcohol en poppers:

"De mensen die veel poppers en veel alcohol gebruiken, en dan de baan op gaan, dat zijnde grote risicofactoren. Dat zijn de mensen die de grenzen gaan verleggen, iedere keer weer een stapje verder gaan. Controle wordt minder, je kan je niet perfect in de hand houden."

Als reactie hierop zegt een van de mannen dat dit gevaar eigenlijk alleen ten aanzien van HIV een rol speelt. Het denken in termen van risicoplaatsen wordt door sommige mannen als gevaarlijk gezien:

"Mensen die daar dan niet naar toe gaan hebben dan helemaal het idee van 'mij overkomt dat niet'."

Het uiteindelijke standpunt dat in de discussies bovenkomt, wordt als volgt goed samengevat:
"Risico loop je denk ik in principe altijd. Of je nu naar de sauna gaat of de baan hebt, of je pikt één keer in het jaar iemand op. Die persoon kan dan net zo goed al een SOA hebben, dan als je bijvoorbeeld elke week de baan op gaat. Ik denk dat je overal en altijd wel risico loopt, alleen denk ik dat mensen daar minder van bewust zijn dat ze risico lopen."

Kost wat kost voorkomen?

De mannen zijn verdeeld over wat men zou kunnen en zou willen doen om een SOA te voorkomen, als men daar tenminste al over nagedacht heeft. Hoewel de voornemens niet altijd concreet zijn lijken sommige mannen vastbesloten elk risico te vermijden:

"Het maakt mij niet uit hoe je een geslachtsziekte kunt krijgen, ik wil er gewoon geen een."

(...)

"Ik probeer het in ieder geval altijd te voorkomen, denk ik. Kijk, ik vrij gewoon veilig. Ik weet niet zo heel veel van geslachtsziekten af, dus ik zal niet aan iemand kunnen zien of ie iets heeft. Maar ik ga echt niet zo van 'ik zie wel wat er gebeurt'."

Een ander wil risico's vermijden omdat hij verwacht dat wanneer hij het met SOA minder nauw neemt, HIV de volgende stap is:

"Ik denk dat ik het alleen al puur zou willen proberen te vermijden, kijk als je daar al heel luchtig over gaat denken, dan heb je nog meer kans om het HIV op te lopen."

Ook al wil men risico's voorkomen, men blijkt niet altijd te weten wat men daar praktisch voor zou moeten doen:

"Ja, ik voorkom het het liefste inderdaad. Maar ik heb geen idee hoe je geslachtsziekten als gonorrhoe, of syfilis, of wat dan ook moet voorkomen. En iets als schaamluis lijkt me ook heel erg moeilijk."

De meningen verschillen over de vraag of hygiëne tot op zekere hoogte preventief kan werken:

"Die hygiëne heeft er natuurlijk wel iets mee te maken. Maar dat begint toch bij jezelf? Als je van jezelf weet dat je goed uitkijkt, en dat je denkt dat je geen ziektes hebt of wat dan ook. Je begint toch niet te denken 'als anderen het maar niet hebben'. Maar je begint toch met te denken 'als ik het maar niet heb'. Ik kom dan toch even terug bij hygiëne. Ik bedoel dan niet twee per dag in de douche gaan, maar gewoon ook op jezelf letten. Als je iets merkt ga dan naar de dokter, meteen. Allemaal dat soort dingen dat vind ik er ook bij horen."

Dat hygiëne zou helpen, speelt ook een rol bij het idee dat SOA voorkomen kunnen worden door geen seks te hebben met mannen die er onverzorgd uit zien:

A: "Misschien is dat heel dom dat ik het zeg, maar als ik aan de ene kant een heel onverzorgd iemand zie staan en aan de andere kant een verzorgd iemand, dan pak je toch die verzorgd iemand, dat kun je bijna zeker snel zeggen dat die er (aarzeling) er minder snel last van heeft dan een verzorgd iemand. Met een verzorgd iemand heb je toch minder snel kans op een eventuele ziekte."

B: "Maar er zijn ook dingen die je zelf niet kunt zien, ook al verzorg je jezelf goed. Trouwens, die mooi verzorgde jongen kan daaraan voorafgaand met een onverzorgde jongen naar bed zijn geweest."

A: "Een verzorgd iemand die gaat met platjes naar de dokter en een onverzorgd iemand gaat gewoon drie uur in het bad zitten en hoopt dat ze allemaal dood zijn."

C: "Iemand moet er voor mij sowieso verzorgd uit zien. Los van eventuele ziektes. Dat is toch het eerste waar je naar je kijkt?"

B: "Maar misschien denk je daardoor misschien ook sneller dat je safe bent, dat vind ik toch een stuk naïviteit."

Sommigen suggereren om, als een manier om SOA te voorkomen, de ander eerst lichamelijk te inspecteren. Anderen laten zien dat dat niet altijd even praktisch is en sowieso slechts een beperkt deel van het risico uitsluit:

D: "Ik vind het gewoon iets heel erg vies, en ik zal te allen tijde proberen te voorkomen dat ik het krijg. Dus als ik denk van 'ik zie iets vreemds of zo', dan stop ik denk ik."

E: "Waarom zie je dat dan?"

D: "Rare bulten of zo, of zwarte plekken."

E: "Maar goed, het is natuurlijk niet allemaal zichtbaar."

D: "Dan kan ik er niks aan doen, maar kan ik het wèl zien, dan..."

Enkele mannen achten het zinvol om seks uit te stellen tot het moment dat je de ander en zijn seksuele verleden kent:

"Ik ben daar heel anders in, ik zou sowieso niet de eerste weken met iemand het bed induiken. Ik zou er op letten en er naar vragen of hij iets heeft gehad. Als ik met een nieuwe partner naar bed zou gaan dan had ik daar al lang over gepraat, dat soort dingen. Daar ben ik dan ook heel eerlijk in. Ik stel daar echt eisen aan, aan een relatie."

Wanneer men zichzelf niks wil ontzeggen blijken de meeste strategieën om SOA te voorkomen op praktische moeilijkheden te stuiten. Als het om SOA gaat, is uiteindelijk de algemene conclusie, is bijna alles onveilig. Wat dat betreft zien de meeste mannen ook een belangrijk verschil met HIV:

"Als we er van uitgaan dat we het wat HIV betreft allemaal in ieder geval veilig doen, dan zijn er nog talloze andere manieren: zoenen, pijpen, likken, en al dat soort contacten, daar krijg je het van, daar kún je het van krijgen. En schurft en schaamluis zelfs zonder dat. Wat SOA betreft kun je dus niet veilig vrijen, alleen al van iemand een hand geven kun je schurft krijgen, heeft mijn huisarts gezegd. Dus dan ben je snel uitgevreeën."

Men is zich er van bewust dat condooms bijdragen aan het voorkomen van SOA, maar ze worden niet als een afdoend middel gezien.

Op de koop toe nemen

Veel mannen vinden dat ze een te hoge prijs zouden moeten betalen wanneer ze praktische consequenties zouden verbinden aan het risico op een SOA:

"Als je zo gefrustreerd om zou gaan met het risico dan moet je je eigenlijk opsluiten in een kast. Of héél monogaam leven."

(...)

"Voorkomen? Je denkt er niet altijd bij na, maar je hebt het ook niet helemaal onder controle. Dan mag je niks meer. Dan houdt het ook snel op. Kun je net zo goed het klooster in."

(...)

"Voor mij is het gewoon bedrijfsrisico, anders kan je verder helemaal niks meer doen."

Weer een ander:

"Ik denk dat ik het op de koop toe moet nemen, als ik er voor kies om veelvuldig een baan te bezoeken, de sauna's in te gaan en met Jan en alleman de koffer in te duiken."

Dat men bereid is het risico van een SOA op de koop toe te nemen, hangt samen met het feit dat, in tegenstelling tot HIV, de consequenties van een SOA door het merendeel van de mannen ook niet als ernstig wordt ervaren.

"Ik wil natuurlijk geen HIV, maar ik weet ook niet wat de gevolgen zijn van die andere ziektes. Volgens mij valt het op zich ook wel mee. Ik bedoel, het is te genezen, voor zover ik weet."

(...)

"Van tevoren til je er niet zo zwaar aan. Wat kan jou platjes eigenlijk een keer schelen? Na AIDS kun je gewoon niks meer doen, dat is veel dreigender."

Ook al zegt het merendeel van de mannen het risico op een SOA op de koop toe te nemen, het betekent niet dat dat altijd een bewuste keuze is en men altijd bij het risico stil staat:

"Kijk, ik kan wel zeggen, 'het is goed dat ik het allemaal weet', maar als ik over drie weken ergens in de kroeg sta en stel dat ik een leuke jongen zie en ik ga er mee weg, dan is dat niet het eerste waar ik aan denk, hè. Dat komt dan pas op de tiende plaats, daar moet ik heel eerlijk in zijn."

(...)

"Ik zie me al in bed liggen.... nee, daar ben je dan niet mee bezig. Hoewel ik dan wel weer druk bezig ben vanuit het AIDS-standpunt. Dat is er eigenlijk ook zo in gestampt."

(...)

"Als ik een jongen tegenkom is een condoom een vereiste, maar je gaat niet eerst kijken wat er allemaal rondzwerft daaronder."

(...)

"Op dat soort moment komt dat ook niet in je op. Vlinders in je buik, alcohol, extacy noem maar op, geiligheid."

(...)

"Een ander voorbeeld: als je heel lang geen seks met iemand hebt gehad, dan ligt dat risico op de achtergrond, dan denk je daar niet aan."

Inspectie en controle

Wanneer men besluit het risico van SOA op de koop toe te nemen, betekent dat niet dat men verder ook helemaal niks meer kan doen. Zichzelf regelmatig inspecteren of regelmatige medische controle zijn manieren om er snel bij te zijn in het geval men toch een SOA mocht hebben opgelopen. Eén van de mannen zegt zichzelf regelmatig te inspecteren:

"Bij mij ligt de loep in de badkamer. En als ik wondjes aan mijn penis heb, dan ben ik een paar dagen echt heel alert."

Andere mannen merken op dat ze hun lichaam goed kennen, en snel zullen zien als er iets aan de hand is. "Je houdt je toch ook schoon" wordt er opgemerkt:

"Ik weet niet hoe anderen het doen, maar je houdt je lichaam toch altijd in de gaten? Ik zie het gewoon als een normale lichaamsverzorging dat je dat in de gaten houdt, niet alleen voor mensen die naar de baan gaan."

Regelmatige medische controle is voor vrijwel geen van de mannen een inherent deel van hun leefstijl en lijkt voor weinigen een zinvolle strategie. Enkele andere mannen vinden het eigenlijk wel een vanzelfsprekende stap, maar hebben het tot nu toe nooit gedaan:

"Het is eigenlijk een logische consequentie. Eigenlijk zou ik daar ook wel voor voelen. Ik verbaas me er eigenlijk over dat ik nog steeds niks - afkloppen - heb. Want in mijn omgeving, hoor ik toch wel eens wat."

Een andere man zegt:

"De frequentie waarmee ik het nu opgelopen heb, weegt voor mij niet af om iedere drie maanden naar de verpleegkundige te gaan om me te laten inspecteren. Want ik heb ooit eens, heel lang geleden, platjes opgelopen. Bij de meeste SOA zijn de gevolgen toch ook behandelaar."

Van enkele mannen blijkt het bloed regelmatig gecontroleerd te worden omdat ze bloeddonor zijn; ze vinden van zichzelf niet dat ze tot een risicogroep horen.

Wat als dan toch?

Gelet op het seksuele gedrag van de meeste mannen waarmee gesproken is, is de kans dat zij een SOA oplopen niet ondenkbaar. Hoe zouden ze reageren wanneer hen iets dergelijks overkomt?

"Ik zou ten eerste al niet weten wat me zou overkomen, want ik weet dus ook niet wat er gebeurt."

Andere reacties zijn:

"Nou, heel vies, ik zou het heel vervelend vinden."

(...)

"Die eerste keer schaamluis vond ik toch wel heel viezig. Dus ik denk dat ik me bij andere geslachtsziekten wel héél goor zal voelen."

Niet alle mannen reageren op deze wijze:

"Heel vervelend, vies niet, als ik het op zou lopen. Kijk, je moet het wel in een context zien. Het is gewoon een infectieziekte. Ik zou niet zoveel moeite hebben om er mee naar de huisarts te gaan."

Of men iets zou doen wanneer men denkt een SOA te hebben, en wát men zou doen, verschilt sterk voor de mannen. Het feit dat niet voor iedereen duidelijk is welke symptomen op een SOA wijzen, leidt er voor sommigen toe dat men in eerste instantie afwacht en aanziet wat er gebeurt. Anderen zeggen sowieso eerst af te wachten. Een enkeling probeert het in eerste instantie toch nog zelf op te lossen. Sommige mannen zouden, wanneer ze wat opvallends merken direct meer informatie zoeken. De meeste mannen zouden direct of uiteindelijk toch naar de huisarts gaan. Eén van de mannen vertelt:

"Er kwam afscheiding uit mijn piemel en ik wist niet echt wat het was. Ik moest werken. Nou, misschien gaat het dan wel over, denk je dan toch. Maar het ging dus niet over en het werd erger. Ik heb er toen niet echt bij stil gestaan van 'dit is een geslachtsziekte'."

(...)

"Ik heb een boekje thuis en dat weet ik meteen te vinden en als de kenmerken daar dan een beetje bij passen, dan zit ik meteen bij de dokter."

(...)

"Maar als je de kenmerken niet kent dan wordt dat toch wel lastig. Ik zou dus eerst naar de drogist toe stappen om een of ander zalfje te halen, zo van 'oh, ik heb ergens bultjes'. Ik weet niet of ik dan meteen naar de dokter zou gaan. Ik weet de kenmerken niet. Ik kan me voorstellen dat je zegt: ik kijk het effe aan voor een weekje of twee weken. Met een griepje loop ik ook niet hals over kop naar de huisarts. Er zit ook een stukje schaamte bij. Mijn

huisarts kennende, ga ik niet tegenover die man staan van 'moet je nou toch eens kijken.'
(...)

F: "Nou, als het anders is dan normaal, dan eh, zit ik al in de wachtkamer."

G: "Heb je dan niet van het zou wel kunnen liggen aan een nieuw wasmiddel, of de warmte of een andere shampoo?"

F: "Nee, ik heb wel eens voor niks daar gezeten. Dat is toch eigenlijk heel goed. Je kunt beter een keer teveel lopen. "

Veel mannen zeggen toch een drempel over te moeten wanneer ze voor een SOA naar de huisarts zouden moeten. Naast schaamte kan ook de angst voor wat er verder zou kunnen gebeuren en niet serieus genomen te worden er toe leiden dat men de gang naar de dokter uitstelt:

"Ik zou toch terughoudender zijn. Toch ook schaamtegevoel. Ik zou ook meteen verder gaan denken, zo van 'straks lig ik met mijn benen wijd in de stijgbeugels te kijken', of zo, of je wordt doorverwezen naar het ziekenhuis. Dat zou me afschrikken. Vooral omdat dan meer mensen het meteen zouden weten. En dan wordt de drempel om daar naar toe te gaan steeds hoger."

(...)

"Ik moet dan zoveel moed verzamelen voor ik naar mijn dokter toe stap. Ik heb nog nooit een dokter meegemaakt die mij op mijn gemak heeft gekregen. Altijd als ik binnenstap denk ik dat die man mij een aansteller vindt of zo."

Sommige mannen zouden het moeilijk vinden naar hun huisarts te gaan omdat deze ook huisarts van de ouders is:

"Vooral als je naar de huisarts moet die je ouders ook hebben: dan zou ik veel meer schroom hebben. Sowieso in een kleinere gemeenschap."

Toch hebben niet alle mannen schroom:

"Daar is zo iemand voor, om je te helpen als je ziek bent".

Door een andere man wordt het belang van een goede relatie met de huisarts als volgt omschreven:

"Je moet er wel een goede band mee hebben, met degene die ik nu heb kan ik lezen en schrijven. Ik heb hem geïnformeerd over mijn leefstijl. Mijn huisarts is op de hoogte en accepteert het ook."

Naast een ziekte kunnen SOA nog andere consequenties met zich meebrengen, zoals een medische behandeling, een tijdje geen alcohol drinken, en seksueel contact vermijden. Die gevolgen worden verschillend beleefd:

"De nasleep was bij mij eigenlijk beroerder dan de gonorrhoe op zich. En dan moet je dus weer terug op controle. Ik ben bijna zes weken uit de roulatie geweest. En ik moest dus opeens mijn ouders bekennen dat ik seks had."

Een tijd geen seksueel contact lijkt de één vanzelfsprekend, de ander zou er moeite mee hebben:

H: "Dat lijkt mij hetzelfde als bij een andere ziekte, lullig, maar het hoort er bij. Ziek is ziek".

I: "Ik denk dat je dan niet eens zin hebt in seks als het daar om gaat."

J: "Nou, ik kan me niet voorstellen hoe ik dat zou volhouden. Ik moet toch wel heel regelmatig hoor. Langer dan een maand zonder zou ik niet volhouden, want dan eh, dan word ik gek."

K: "Ik denk dat het binnen een relatie makkelijker is, dan kun je zeggen wat je wel en niet kunt doen. Maar stel je pikt iemand op en je moet dan gaan vertellen 'dat kan niet want ik

heb dit en dat'.... dan wordt het gewoon gedwongen onthouding."

In de ervaring van de mannen die met SOA te maken hebben gehad komt naar voren dat het een tweede keer minder erg is als een eerste keer:

"Daarna wordt het gewoon iedere keer makkelijker."

Dat men na een eerste SOA er anders tegen aankijkt, geldt vooral voor schaamluis. Ervaring met een specifieke SOA betekent echter niet dat men daarna meer in het algemeen goed over SOA geïnformeerd is. Ook al is men niet altijd van plan het risico op een SOA uit de weg te gaan, sommige mannen zeggen na een SOA wel alerter te zijn geworden:

"Opeens wordt het begrip veilig vrijen ruimer. Je denkt er dan toch wel meer over na.

Daarvoor was veilig vrijen gewoon ervoor zorgen dat je geen sperma-sperma, bloed-sperma of bloed-bloed contact hebt. Dan ben je wel veilig, dan krijg je niks. Surprise..... Ik dus wel."

Anderen waarschuwen

Verdere verspreiding van SOA kan voorkomen worden door anderen die men besmet heeft, of degene door wie men mogelijk besmet is, daarover in te lichten en hen te adviseren zich te laten onderzoeken. Dit blijkt niet voor alle mannen vanzelfsprekend om te doen, ook niet wanneer men in de discussie met overtuigde anderen geconfronteerd wordt. Sommige mannen vinden dat je een ander alleen moet waarschuwen wanneer men het zelf heeft doorgegeven, anderen vinden dat je ook degenen zou moeten informeren van wie je een SOA gekregen hebt.

L: "Ik zou die ander nooit informeren. Je maakt je helemaal niet druk om wat je doet en hoe je het doet, en je kijkt er niet voor uit, en achteraf ga je alles proberen terug te draaien. Je had er dan maar eerder bij stil moet staan dat dat kon gebeuren. Ik zou er voor mezelf voor zorgen dat ik er zo snel mogelijk vanaf kom. Ik denk dat iedereen verantwoordelijk is voor zichzelf. Als iedereen meer op zichzelf zou letten dan zou dat soort dingen gewoon veel minder voorkomen, denk ik. Ik ben verantwoordelijk voor mezelf, voor mijn eigen lichaam en voor mijn eigen dingen, en dat zijn andere mensen ook."

M: "Maar door iemand te waarschuwen voorkom je misschien dat hij nog tien anderen besmet. Dat je zelf ziek bent geworden is je eigen verantwoordelijkheid, maar daarbij kun je het misschien eerder merken als die andere persoon. Dan is het zeker jouw verantwoordelijkheid om die persoon dan ook weer in te schakelen."

L: "Je moet gewoon op jezelf letten, vind ik. Dat is misschien wel egoïstisch, maar als hij achter mij nou ook een beetje op zichzelf had gelet, dan was het ook allemaal voorkomen. En als die daarvóór op zichzelf had gelet, en ondertussen moet jij weer eh..... Als ik een keer de mist in ga, dan is het mijn schuld. En dan is de verantwoordelijkheid voor mezelf. En als ik dan iemand er mee aansteek dan zal ik heus wel bellen. Maar ik ga niet die mensen die mij...."

In zijn extreme houding is deze persoon een duidelijke uitzondering. Dat geldt andersom ook voor de man die zegt:

"Ik probeer altijd te achterhalen van wie ik het opgelopen heb, desnoods moet ik daarvoor twintig man inschakelen."

In het algemeen heerst er onder de mannen de mening dat, hoe vervelend ze het ook zouden vinden, je anderen eigenlijk wel hoort te waarschuwen, wanneer dat praktisch tenminste mogelijk is. Men is er minder van overtuigd dat anderen er ook zo over denken.

"Ik zou het waarschijnlijk wel doen, maar... Moeilijke vraag... Ik zit gewoon te twijfelen of iedereen dat wel doet."

Niet iedereen is er ook even van overtuigd dat het werkt:

"Ja, maar wie belt wie nou op? Daar geloof ik dus niks van."

Een andere man zegt drempelvrees te hebben om terug te bellen. Er is voor hem wat dat betreft een verschil tussen moeten en doen:

"Je kunt verstandelijk wel zeggen dat je dat doet, maar je kunt pas oordelen als het je overkomt lijkt me."

Weer een ander:

"Als ik heel eerlijk na ga bij mezelf, dan weet ik ook niet of ik op zou bellen. Op zo'n moment hangt het af van wat het is."

Dat het vervelend is om te doen, wordt door de meeste mannen onderkend:

"Iemand van wie je het krijgt is wel een klootzak. Ook al is het zijn schuld niet. (...) Het is wel heel mooi als je hem informeert, zeker met de achterliggende gedachte dat je erger kunt voorkomen."

Niet alle situaties blijken hetzelfde als het er om gaat anderen te informeren. Hoe makkelijk of hoe moeilijk het is hangt onder meer samen met of men het van iemand gekregen heeft of juist zelf aan iemand heeft dóórgegeven, wát het is dat is overgedragen, de persoon die men het moet vertellen, en of men al dan niet een vaste relatie heeft. De eerste keer is het volgens sommige mannen moeilijker om te vertellen dan wanneer het daarna weer een keer gebeurt.

Eén van de mannen zegt:

"Als je zelf mensen besmet hebt lijkt me dat lastiger om te vertellen, dan als je het zelf van iemand anders gekregen hebt. Hoewel je daar natuurlijk niks aan kunt doen, maar het voelt wel anders."

Een andere man vraagt zich af of er een grens is: licht je iedereen altijd in, wat voor ziekte het dan ook is? Niet iedereen trekt daar dezelfde lijn. Sommigen zeggen het bij platjes niet te doen, omdat daar de gevolgen niet zo ernstig zijn, maar bij schurft wel. Andersom lijkt, wanneer de gevolgen héél ernstig zijn zoals bij HIV, de drempel juist weer hoger te liggen. Ook hangt het voor sommige mannen van de situatie af of het moeilijk is:

"Bijvoorbeeld of het de eerste keer is dat het jezelf overkomt, wat voor ervaringen je hebt, met wie je het gedaan hebt. Ik kan me voorstellen dat wanneer je net bezig bent en je bent verliefd op de prins op het witte paard en je moet hem gaan vertellen... dan lig je wel misselijk in je bed voordat je dat doet."

Vertellen dat je een SOA hebt, kan ook betekenen dat je moet bekennen seks met iemand anders gehad te hebben. Een man, die kort na elkaar met twee mannen seks had gehad, vertelt:

"Ik vond het moeilijker om tegen die eerste te zeggen dat ik het gedaan heb, dan dat ik het had. Dus dat ik na hem nog iemand anders was tegen gekomen."

Een ander vult aan:

"Hoe meer iemand verwacht dat je het met hem alleen doet, hoe moeilijker het is om het hem te zeggen. Als je een relatie hebt en je hebt nog niet verteld dat je vreemd bent gegaan, dan heb je een groot probleem."

Ook een ander vindt dat, zeker als je een vaste relatie hebt, je niet al te makkelijk moet praten over het informeren van anderen:

"Stel dat je een vaste relatie hebt en je gaat een keer vreemd of zo. Dan moet je dus gaan achterhalen van wie je het hebt... Stel dat die vriend er achter komt..... Je kunt het dan zelf

wel heel goed verbergen door meteen zo'n flesje te halen en te kijken of het dan weer weg gaat.... Nee, ik denk dat je dan wel even nadenkt om die jongen weer op te bellen van 'ik heb het van jou gekregen, dus kijk uit!'"

Aan een vaste partner vertellen dat je een SOA hebt opgelopen, kan ook gevolgen hebben voor de relatie:

N: "Mijn partner zou toch wel even vreemd opkijken als ik opeens met zoiets thuiskwam. Als één van ons beiden met een geslachtsziekte thuiskwam heeft dat toch wel gevolgen, denk ik. Dan moet er toch wel even gepraat worden."

O: "Mij is dat twaalf jaar geleden in mijn relatie gebeurd. Dan sta je wel even heel raar te kijken hoor. Dan denk je 'jemig, hoe bestaat dit'. De wereld stortte zowat gewoon in. Uit kwaadheid ben ik toen zelf maar de baan opgegaan. Het vertrouwen krijgt een enorme deuk."

SOA-preventie voor homomannen

De vraag of er specifiek voor homoseksuele mannen SOA-preventie nodig is, levert twee belangrijke reacties op: afkeer van of angst voor stigmatisering en pragmatisme. Enkele mannen vragen zich af hoe urgent het is en of het überhaupt wel opportuun is om preventie uit te voeren:

"Ik ken de cijfers niet, dus ik vraag me af in hoeverre dat noodzakelijk gevonden wordt. Is het echt een punt?"

Het doel van eventuele preventie zou volgens de mannen niet gericht moeten zijn op het voorkomen van SOA, wel zou het goed zijn homoseksuele mannen er op te wijzen dat er naast AIDS nog andere vormen van SOA zijn:

"Alles is nu AIDS, de rest is helemaal uit het oog verloren."

(...)

"Ik vind toch dat er meer foldermateriaal zou moeten zijn. Alles is toch te eenzijdig op die AIDS gericht. Al die boekjes van AIDS, AIDS, AIDS, SOA, AIDS, AIDS, AIDS. En in zo'n boekje staan dan over SOA's twee regeltjes dit, twee regeltjes dat. Dan weet je gewoon nog niks."

Verder zouden mensen via preventie geholpen moeten worden te herkennen wanneer ze een SOA hebben en daarmee naar een huisarts te gaan. Een ander doel zou volgens sommige mannen moeten zijn: het bespreekbaar maken van SOA. Over de vraag of er specifiek voor homoseksuele mannen SOA-preventie moet komen, verschillen de mannen van mening. In de discussie hierover vraagt men zich af of het wel zo is dat homoseksuele mannen vaker seks hebben dan heteroseksuele mannen. Sommige mannen zijn ervan overtuigd dat in de homowereld seks veel frequenter voorkomt. Andere mannen vinden dat het er in hetero-kringen exact hetzelfde aan toe gaat. Sommige mannen blijken van mening dat het er niet toe doet wie meer seks heeft:

"Wat seksuele handelingen betreft, dat kunnen hetero's toch net zo als homo's. Dus voor de overdracht maakt het niet uit. Zoiets moet in het algemeen en bij iedereen bekend zijn."

Los van de vraag of homoseksuele mannen meer risico lopen lijkt het een grote groep mannen verstandig om stigmatisering te voorkomen en de associatie van homoseks met SOA te vermijden. Het gevaar dat mensen die niet homoseksueel zijn ten onrechte denken geen risico te lopen, zou zo bovendien vermeden worden.

"Ik vind het jammer dat de doelgroep toch weer homo's zijn. Het verschil wordt toch weer

benadrukt. Je behandelt homo's weer anders dan hetero's, terwijl hetero's net zo goed die geslachtsziekten kunnen hebben. Als er toch een campagne komt zou dat toch meer in het algemeen moeten zijn."

Het probleem van een algemene of specifieke benadering speelt concreet bij de vraag of er al dan niet algemene of specifieke informatiefolders moeten komen. Enkele mannen zijn voor een geïntegreerde benadering:

P: "Ik denk dat hetero en homo eigenlijk gewoon bij elkaar moeten. Maar ik vind wel dat ze er bij vermeld moeten worden. Stel dat er staat penis-vagina, of zo, dat er dan ook penis-penis staat."

Q: "En penis-anus, want een hetero kan ook anale contacten hebben dat is niet alleen voorbehouden aan ons jongens."

Eén van de mannen vraagt zich af:

R: "Ja maar het is dan toch voor je eigen bescherming? Wat maakt dat nou uit of er een folder speciaal voor homo's komt. Als er bijvoorbeeld een man op de folder staat, dan pak ik 'm veel eerder. Zo'n medicinaal teken, of een man en een vrouw erop, dat pak ik niet."

S: "D'r zal inderdaad een blikvanger moeten zijn. Het gaat om een techniek om de boodschap over te brengen."

R: "Als je via een speciale homofolder je doel bereikt dan is het toch prima? Dan maar een homofolder, als het doel maar bereikt wordt."

S: "Het gaat gewoon puur om hoe breng ik het aan de man."

R: "Als het maar werkt, dat is wat telt."

Bespreking

Wat de mannen vertellen over hun kennis van SOA lijkt te bevestigen dat SOA onder homoseksuele mannen niet leeft. De meeste mannen hebben een vage notie van hoe je een SOA kunt oplopen en wat de verschijnselen ervan zijn. Dit in tegenstelling tot HIV en AIDS. Daarover is men niet alleen goed geïnformeerd, men zegt er in het seksuele gedrag ook vanzelfsprekend rekening mee te houden. De eventuele gevolgen van een SOA worden door de meeste mannen ook niet als ernstig gezien. In een enkel geval heeft het ontbreken van een besef dat men risico loopt op SOA tot een onaangename verrassing geleid.

Hoewel men rationeel uiteindelijk vindt dat je bij elk seksueel contact in principe risico loopt op een SOA, lijkt toch ook het idee te leven dat dat risico niet gelijkelijk over homoseksuele mannen is verdeeld. Op bepaalde plaatsen zoals de (homo)sauna en de baan of voor personen die veel alcohol en poppers gebruiken zou het risico toch groter zijn. Niet alle mannen bleken zich te realiseren dat men zelf met het eigen seksuele gedrag ook risico loopt op een SOA.

De bij sommige mannen voorkomende wens om SOA te voorkomen blijkt bij nader inzien niet altijd even praktisch en realistisch. Soms geeft men aan niet te weten wat men zou moeten doen om het te voorkomen, ook wordt gedacht dat hygiëne tot op zekere hoogte toch effectief is. Andere mannen vinden het niet realistisch om rekening te moeten houden met het risico van een SOA. De consequenties zouden daarvan te groot zijn. Voor deze mannen is het risico op een SOA iets wat zij op de koop toe nemen.

Actieve zelfinspectie op mogelijk opgelopen SOA wordt door een enkele man gepraktiseerd. Andere mannen zeggen dat ze hun lichaam goed kennen en gauw genoeg merken of er iets

aan de hand is. Regelmatige medische controle, vóór de komst van AIDS een integraal onderdeel van de leefstijl van homoseksuele mannen met een intensief seksleven, lijkt voor geen van de mannen een optie. Een uitzondering vormen de mannen die bloeddonor zijn.

Voor de meeste mannen is de huisarts de aangewezen instantie om met een eventuele SOA naar toe te gaan; sommige mannen geven aan eerst toch even af te wachten of proberen zelf middeltjes te vinden om verschijnselen tegen te gaan. De relatie die men met de huisarts heeft vormt voor enkele mannen een drempel om daar met een SOA naar toe te gaan.

Het waarschuwen van andere mannen, via wie men een SOA heeft gehad of aan wie men het mogelijk heeft doorgegeven, wordt door de mannen op een enkele uitzondering na als heel vanzelfsprekend ervaren; dit betekent niet zonder meer dat men het altijd zou doen. Met name het moeten inlichten van de vaste partner over een via derden opgelopen SOA is voor de meeste mannen een weinig aantrekkelijk idee.

Dat homoseksuele mannen moeten worden voorgelicht over SOA is voor de meesten vanzelfsprekend; het klimaat zou zodanig moeten veranderen dat het makkelijker wordt om over SOA te spreken. Wat de praktische kant van eventuele voorlichting betreft heerst er zowel een praktische instelling - het moet effectief zijn - als een ideologische - het moet niet leiden tot stigmatisering van homoseksualiteit.

Hoewel kwantitatief onderzoek moet uitmaken of het hier geschetste beeld ook opgaat voor grotere groepen homoseksuele mannen, lijken de uitkomsten van de gevoerde focusgroep gesprekken voldoende aanleiding om onder homoseksuele mannen preventieve aandacht te besteden aan SOA. Randvoorwaarde daarbij zou moeten zijn dat deze aandacht niet ten koste mag gaan van de inspanningen gericht op het voorkomen van HIV-infecties; de gevolgen van HIV blijven substantieel verschillend van die van de andere SOA. Anderzijds kan het 'veilig vrijen'-concept niet gebruikt worden zonder dat wordt aangegeven waarvoor dat veilig vrijen is: voor HIV en/of voor SOA.

Summary

"If I can't get rid of it with soap ..." Gay men about STD

Since the emergence of AIDS no systematic attention has been paid among gay men to the prevention of STD. To find out about the consequences of this lack of attention, and to see whether STD prevention in this group is possible and desirable, three focus groups have been held, in which a total of 19 men participated. Core questions addressed were: what is known about ordinary STD and how are the risk and potential consequences of STD being experienced. As contrasted with AIDS, ordinary STD do not really seem to be an issue for gay men. The men do not always seem to be aware of the risk one runs of catching an STD. Given the reported sexual behavior, the wish to prevent STD does not seem to be realistic. Prevention and education are being seen as desirable, but should not result in stigmatizing gay men. Quantitative research has to show whether the resulting picture applies to larger groups of gay men.

A.1 - DE BELANGRIJKSTE SEKSUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN

soa	klachten	onderzoek	behandeling	mogelijke gevolgen voor patiënt bij geen behandeling
Chlamydia (bacterie) meest voorkomende soa	Vaak geen of onduidelijke klachten. Soms branderig gevoel bij het plassen, meer/andere afscheiding dan normaal, soms ook doorbraakbloeding = bloeding tussen twee menstruatie- (periodes), pijn in de onderbuis of rechts in de bovenbuis.	Uitstrijkjes van urinebuis en/of baarmoedermond. Uitslag meestal na één week bekend. Chlamydia komt soms gelijktijdig voor met andere soa, zoals gonorrhoe. Ook daar wordt onderzoek naar gedaan.	Goed te genezen met een antibioticumkuur. Besmettingsgevaar is één week na de behandeling voorbij.	Chlamydia kan ontsteking veroorzaken in baarmoeder, eileiders of eierstokken en buikholte. Mogelijk gevolg van deze ontsteking: onvruchtbaarheid of verhoogde kans op buitenbaarmoeder- lijke zwangerschap.
Genitale wratten (condylomata acuminata) (virus)	Wratjes in/rond de vagina, schaamlippen en anus. Pijnloos, maar ze kunnen wel jeuken. Soms vermeerderen de wratten zich snel, dat ziet er onaangenaam uit. Soms zijn ze bijna onzichtbaar.	Om zeker te weten dat het om genitale wratten gaat kunnen wratten-deeltjes worden onderzocht in een laboratorium.	Behandelen, bijvoorbeeld door aanstippen, bevriezen of wegsnijden. Klachten en besmettelijkheid kunnen afnemen, maar de wratten kunnen ook terugkeren.	Geen.
Gonorrhoe (drupser) (bacterie)	Branderig gevoel bij het plassen, meer/andere afscheiding dan normaal, pijn in onderbuis of hoge koorts. Soms helemaal geen klachten.	Uitstrijkje op plaats waar je besmet kunt zijn of van de urinebuis of baarmoedermond.	Goed te genezen met een antibioticumkuur (pillen of een injectie).	Gonorrhoe kan ontstekingen veroorzaken in baarmoeder en eileiders. Hierdoor kan onvruchtbaarheid ontstaan of verhoogde kans op buitenbaarmoederlijke zwangerschap.
Hepatitis B (virus)	Vermoedheid, lusteloosheid, buikpijn. De lever raakt ontstoken. Dit veroorzaakt donkere urine en licht gekleurde ontlasting.	Bloedonderzoek. Bloed wordt automatisch onderzocht op hepatitis B bij de eerste zwangerschapscontrole en als je bloeddonor bent.	Geneest meestal zonder behandeling. Tijdens ziekte is het belangrijk om voldoende te rusten en geen vet, koffie of alcohol te gebruiken. Herstel kan geruime tijd duren.	Kan tot chronische leverontsteking leiden en onherstelbare schade aan de lever veroorzaken.
Herpes genitalis (virus)	Pijnlijke blaasjes in/rond de vagina of anus. Pijn bij het plassen. Soms ontstekingen en wondjes.	Om zeker te weten dat het om een herpes-infectie gaat kan het vocht uit de blaasjes in een laboratorium worden onderzocht.	Er bestaat een behandeling voor de verschijnselen, maar het virus blijft in het lichaam aanwezig. De klachten kunnen opnieuw terugkomen, ook als je niet hebt gevreeën.	Geen.
Hiv-infectie (aidsvirus) (virus)	Eerste verschijnselen: - opgezette klieren - menstruatiestoornissen - vermoedheid - diarree - nachtzweeten Door afbraak van het afweersysteem bestaat een grote kans op meerdere, zeer verschillende infecties die vaak heviger zijn dan normaal, zoals candida-infecties, wratjes op slijmvlies, herpes-infectie.	Bloedonderzoek liefst 6 maanden na laatste onveilige (seksueel) contact. Dan is de uitslag met zekerheid vast te stellen. Testen vóór 3 maanden heeft geen zin.	Niet te genezen. Klachten/infecties kunnen tot op zekere hoogte behandeld worden. Het virus blijft in het lichaam aanwezig en breekt het afweersysteem verder af.	Hiv-infectie kan uiteindelijk leiden tot de dodelijke ziekte aids. Als zich in een later stadium bepaalde verschijnselen voordoen, kan een arts de diagnose aids stellen.

Syfilis (sief, harde sjanker, lues) (bacterie)	2-12 weken na besmetting pijnloze zweertjes op/in vagina, anus of mond. Zweertjes verdwijnen vanzelf, maar infectie gaat door als niet wordt behandeld.	Bloedonderzoek Bloed wordt automatisch onderzocht op syfilis bij de eerste zwangerschapscontrole en als je bloeddonor bent.	Goed te genezen met penicilline-injecties. Nacontrole altijd nodig.	Syfilis kan leiden tot huidauitslag, slijmvliesafwijkingen, onherstelbare beschadiging van diverse organen en onvruchtbaarheid.
---	---	--	--	---

Trichomonas (parasiet)	Ontstoken schaamlippen en vagina, jeuk en andere dan normale afscheiding (groenig).	Arts onderzoekt de afscheiding onder de microscoop. Soms ook een uitstrijkje om de afscheiding in het laboratorium te laten onderzoeken.	Goed te genezen door éénmalige pillenkuur.	Geen.
--------------------------------------	---	--	--	-------

A.2 - AANDOENINGEN DIE OOK DOOR SEKSUEEL CONTACT KUNNEN WORDEN OVERGEDRAGEN

aandoening	klachten	onderzoek	behandeling	mogelijke gevolgen voor patiënt bij geen behandeling
Bacteriële vaginose (o.a. Gardnerella) (bacterie)	Afscheiding die zeer onaangenaam kan ruiken (rotte vis).	Arts onderzoekt de afscheiding onder een microscoop. Arts maakt een uitstrijkje en onderzoekt dit zelf of stuurt het naar een laboratorium.	Goed te genezen door pillenkuur. Klachten kunnen bij sommige vrouwen terugkeren.	Geen. Partner kan ook klachten krijgen.
Candida (of schimmel) (gist) Ontstaat meestal door verandering van de zuurgraad in de vagina bij medicijn-gebruik, pilgebruik, (veelvuldig) seksueel contact en (vaak) met zeep wassen.	Jeuk aan vagina, schaamlippen en rond de anus. Pijn bij het plassen of bij het vrijen. De vagina, schaamlippen of huid rond de anus kunnen ontstoken raken.	Soms wordt een uitstrijkje gemaakt om de afscheiding te onderzoeken in het laboratorium. Soms onderzoekt de arts ook de afscheiding onder de microscoop.	Goed te genezen met pillenkuur en/of plaatselijke crème. De infectie kan regelmatig terugkeren bij vrouwen die hier extra vatbaar voor zijn.	Geen. Partner kan ook klachten krijgen.
Schaamluis (platjes) (schaamluis/parasiet) Intiem huidcontact is voldoende voor overdracht.	Jeuk aan alle behaarde lichaamsdelen, behalve hoofdhuid. Vooral schaamhaar, soms oksel.	Zowel de luizen als de neten (eitjes) zijn met het blote oog te zien (grijs/bruin).	Snel en goed te behandelen en te genezen. Met lotion/crème (Noury hoofdwater/Prioderm). Lees vooraf de gebruiksaanwijzing.	Door krabben kan de huid ontstoken raken.
Schurft (scabiës) (schurftmijt/parasiet) Intiem huidcontact en vuile lakens/kleding zijn voldoende voor overdracht.	Jeuk, kan over het hele lichaam voorkomen, dus ook op/rond de geslachtsdelen.	De mijt graaft gangetjes in de huid. Een mijt die uit een gangetje gehaald is, kan onder de microscoop worden onderzocht.	Snel en goed te behandelen en te genezen met crème. Lees vooraf de gebruiksaanwijzing.	Door krabben kan de huid ontstoken raken.

Dit overzicht is samengesteld door de Stichting SOA-Bestrijding te Utrecht. Voor verdere informatie over SOA kunt u zich eveneens tot hen wenden.

Literatuur

- Gerards, F. (1993). Relapse prevention: een strategie voor behoud van gedragsverandering. In V. Damoiseaux, H.T. van der Molen en G.J. Kok (Red.), *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*, (pp. 319-334). Van Gorcum, Assen.
- Griensven, G.J.P. (1989). *Epidemiology and prevention of HIV infection among homosexual men*. Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
- Hoek, J.A.R. van den, G.J.P. van Griensven, R.A. Coutinho (1990). Increase in unsafe homosexual behavior. *Lancet*, *II*: 179-180.
- Hospers, H.J., S. Molenaar en G. Kok (1994). Focus group interviews with risk-taking gay men: appraisal of AIDS prevention activities, explanations for sexual risk-taking, and needs for support. *Patient Education and Counseling*, *24*: 299-306.
- Kerkhof, M. van, Th. Sandfort, R. Geensen (1991). *Als je het nou van hard werken kreeg! Tien jaar AIDS en homocultuur*. Veen, Amsterdam.
- Kitzinger, J. (1994). Focus groups: method or madness? In M. Boulton (Ed.), *Challenge and innovation. Methodological advances in social research on HIV/AIDS*, (pp.159-175). Taylor & Francis, London.
- Krueger, R.A. (1994). *Focus groups. A practical guide for applied research*. Sage, Thousand Oaks.
- Laar, M.J.W. van der, J. Pickering, J.A.R. van den Hoek, G.J.P. van Griensven, R.A. Coutinho, H.P.A. van den Water (1990). Declining gonorrhoea rates in The Netherlands, 1976-1988: consequences for the AIDS-epidemic. *Genitourin Medicine*, *66*: 148-155.
- Leentvaar-Kuijpers, A., J.L. Kool, P.J. Veugelers, R.A. Coutinho en G.J.P. van Griensven (1995). An outbreak of hepatitis A among homosexual men in Amsterdam. *International Journal of Epidemiology*, *24*: 218-222.
- Morgan, D.L. (1988). *Focus groups as qualitative research*. Sage, Newbury Park.
- Poppel, N. van (1995). Na veilig vrijen toch een anale gonorroe! *SOA Bulletin*, *16*: (3), 14-15.
- Registratie niet-curatieve SOA-bestrijding* (1995). SOA Stichting, Utrecht.
- Vroome, E.M.M. de (1994). *AIDS-voorlichting onder homoseksuele mannen. Diffusie van veilig vrijen in Nederland (1986-1989)*. Thesis Publishers, Amsterdam.
- Wit, J.B.F. de, G.J.P. van Griensven, G.J. Kok, en Th.G.M. Sandfort (1993). Why do homosexual men relapse into unsafe sex? Predictors of resumption of unprotected anogenital intercourse with casual partners. *AIDS*, *7*: 1113-1118.