

Onderzoek

Verschillen in seksuele (on)gezondheid tussen homo-, hetero- en biseksuele jongeren

Koenraad Vermey¹, Hanneke de Graaf², Bouko Bakker²

¹ Soa Aids Nederland, Amsterdam; ² Rutgers WPF, Utrecht

Samenvatting

Doel: Doelen van dit onderzoek zijn het beschrijven van de dimensies van seksuele oriëntatie en het identificeren van seksuele gezondheidsverschillen tussen Nederlandse homo-, hetero- en biseksuele jongeren van 12-25 jaar.

Methodiek: Secundaire analyses zijn uitgevoerd op data van het representatieve bevolkingsonderzoek Seks onder je 25e uit 2011. Bijna 8.000 jongeren werden via een digitale vragenlijst gevraagd naar drie dimensies van seksuele oriëntatie (aantrekking, ervaring met seksegenoten en zelfbenoeming) en een vijftal aspecten van seksuele (on)gezondheid zoals beschreven door de WHO.

Resultaten: Ongeveer 4,7% van de jongens en 7,2% van de meisjes rapporteerde ten minste enige aantrekking tot het eigen geslacht. Clusteranalyse naar de drie seksuele oriëntatiedimensies onthulde drie groepen met: 1) exclusief heteroseksuele aantrekking; 2) exclusief en voornamelijk homoseksuele aantrekking; 3) evenveel aantrekking tot beide geslachten en voornamelijk aantrekking tot het andere geslacht. Significant vaker dan de andere groepen rapporteerden homojongens en biseksuele meiden seksuele grensoverschrijding, testgedrag op hiv/soa en specifieke seksuele functieproblemen. Verschillen in het gebruik van de pil en/of condooms als anticonceptie werden niet gevonden, noch verschillen in seksuele tevredenheid.

Discussie: Ondanks de beperkte overlap van seksuele oriëntatiedimensies was clustering op basis van seksuele aantrekking mogelijk. De specifieke gezondheidsverschillen worden mogelijk verklaard door algemene en oriëntatie-specifieke factoren, waaronder seksgedrag en minderheidsstress.

Conclusie: Significante prevalentieverschillen in specifieke problemen en gedrag gerelateerd aan seksuele (on)gezondheid bevestigen de meerwaarde van differentiatie in seksuele oriëntaties. De auteurs pleiten voor meer onderzoek naar de oorzaken van gezondheidsverschillen, plus aandacht voor de specifieke gezondheidsproblemen van LHB-jongeren in preventie en voorlichting.

In Nederland heeft onderzoek naar seksuele gezondheid dat differentieert tussen homo-, hetero- en biseksuelen, zich tot op heden vooral gericht op volwassenen (Kuyper & Vanwesenbeeck, 2011; Rutgers WPF, 2013). Om potentiële gezondheidsverschillen tussen heteroseksuele en lesbische, homo- en biseksuele (LHB-) jongeren te onderkennen, is het echter noodzakelijk om LHB-jongeren niet als homogene 'niet-heteroseksuele' groep te behandelen. Differentiatie tussen LHB-groepen is van toegevoegde waarde omdat zowel

uit nationaal als internationaal onderzoek blijkt dat deze groepen onderling van elkaar kunnen verschillen. Deze verschillen betreffen onder andere ervaringen met seksueel geweld, depressie en suïcidegedachten (Kuyper, De Wit, Adam, Woertman & Van Berlo, 2009; Kuyper & Vanwesenbeeck, 2011; Loosier & Dittus, 2010; Matthews, Blosnich, Farmer, & Adams, 2014; Rutgers WPF, 2013).

Deze verschillen spelen waarschijnlijk niet alleen op gebied van psychosociale gezondheid, risicogedrag en grensoverschrijding (Kuyper et al., 2009; Loosier & Dittus, 2010; Matthews et al., 2014), maar ook op het gebied van seksuele gezondheid in bredere zin. In dit artikel beogen wij de lacunes te slechten die nog bestaan wat betreft de kennis over seksuele (on)gezondheid en de verschillen daarin tussen hetero-, homo- en biseksuele en lesbische jongeren.

K.C. Vermey, beleidsmedewerker MSM & LHB-jongeren
Dr. H. de Graaf, senior onderzoeker
B.H.W. Bakker, senior consultant
Correspondentie: K.C. Vermey, Keizersgracht 392, 1016 GB Amsterdam.
T: 0206262669 E: kvermey@soaids.nl

Ontvangen: 30 september 2013; Geaccepteerd: 28 april 2014

Dimensies van seksuele (on)gezondheid

In de heersende WHO-definitie van seksuele gezondheid (WHO, 2010) draait seksuele gezondheid niet alleen om de afwezigheid van ziekte, maar om een staat van lichamelijk, geestelijk, emotioneel en sociaal welzijn in relatie tot seksualiteit. "Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties, evenals de mogelijkheid om plezierige en veilige seksuele ervaringen te hebben, zonder dwang, discriminatie of geweld" (WHO, 2010, p.3).

In aanvulling op deze werkdefinitie heeft de WHO een aantal kerngebieden gedefinieerd als aandachtspunten voor nationaal beleid, waaronder: seksueel overdraagbare aandoeningen (inclusief hiv), ongewenste zwangerschap en anticonceptie, seksuele problemen, seksueel geweld en (de bevordering van) veilige en bevredigende seksuele ervaringen (WHO, 2010). In dit artikel zijn deze kerngebieden leidend.

Seksuele oriëntatie

De vraag wát een individu als homo- of biseksueel definieert, is niet eenvoudig te beantwoorden (Savin-Williams, 2009). In wetenschappelijke onderzoeken worden respondenten veelal gevraagd naar drie dimensies van seksuele oriëntatie: aantrekking, gedrag en identiteit (Sell, 2007).

Er bestaan significante prevalentieverschillen tussen seksuele aantrekking, seksueel gedrag en zelfbenoeming als homo, lesbisch of bi. Het percentage volwassenen dat zich homo, bi of lesbisch noemt, is namelijk aanzienlijk kleiner dan het aantal mensen dat (ooit) seks heeft gehad met, of seksuele aantrekking voelt tot hetzelfde geslacht (Kooiman & Keuzenkamp, 2012; Savin-Williams, 2009; Sell, 2007). Zelfbenoeming, seksueel gedrag en aantrekking kunnen bovendien door de tijd heen veranderen en gedragen zich vaker als continuüm dan als dichotome variabele (Savin-Williams, 2009; Sell, 2007).

Seksuele identiteit, gedrag en aantrekking kunnen kortom niet één op één uitgewisseld worden (Savin-Williams, 2009; Sell, 2007). Zowel internationaal als nationaal wordt daarom het meten van alle drie dimensies aanbevolen, evenals het expliciet beschrijven van de dimensie(s) waarop de oriëntatie-indeling gebaseerd wordt (Kooiman & Keuzenkamp, 2012; Saewyc et al, 2004; Savin-Williams, 2009).

Onderzoeksvragen

Bestaand onderzoek suggereert dat er verschillen in seksuele en psychosociale gezondheid tussen LHB-groepen bestaan. Tegelijkertijd is in deze onderzoeken de indeling van LHB-groepen verschillend tot stand gekomen. Om tot een gefundeerde categorisering van seksuele oriëntaties te komen, zijn daarom allereerst de volgende onderzoeksvragen geformuleerd: wat is de prevalentie van verschillende dimensies van seksuele oriëntatie in de Nederlandse jongerenpopulatie? In

hoeverre komen deze dimensies van seksuele oriëntatie met elkaar overeen, en tot welke indeling in homo-, hetero- en biseksueel leidt dit? Middels deze indeling is vervolgens de kernvraag van dit onderzoek uitgewerkt: in hoeverre verschillen Nederlandse homo-, hetero- en biseksuele jongeren op het gebied van seksuele ervaring en seksuele gezondheid?

Methode

Om inzicht te krijgen in de mogelijke seksuele gezondheidsverschillen tussen jongeren, zijn secundaire analyses op bestaande data uitgevoerd. Wat betreft seksuele gezondheid onder 25 jaar is de grootste en meest recente Nederlandse informatiebron de laatste editie van het onderzoek Seks onder je 25e. Dit onderzoek uit 2011 diende als vervolg op het eerste Seks onder je 25e onderzoek uit 2005. Dit werd als participatief actieonderzoek opgezet, waarbij belanghebbende individuen en organisaties betrokken werden in alle fasen van het onderzoek (De Graaf, Kruijer, Van Acker & Meijer, 2012; De Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2005). Het onderzoeksvoorstel is voorgelegd aan de medisch ethische commissie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht, die oordeelde dat toetsing aan de wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen niet noodzakelijk was.

Werving en respons

In 2011 vulden bijna 8000 jongeren de digitale vragenlijst in. Respondenten zijn zowel via scholen als via de Gemeentelijke Basisadministraties (GBA) van verschillende gemeenten geworven. Scholen zijn random geselecteerd, op basis van een landelijke, representatieve spreiding van onderwijstypes en leerjaren. In totaal hebben 43 scholen meegewerkt. Jongeren die via scholen werden geworven, kregen een brief mee voor hun ouders, waarin het onderzoek werd toegelicht en de mogelijkheid werd geboden om deelname van het kind te weigeren. Om jongeren ouder dan zeventien jaar voldoende te bereiken, zijn in 55 gemeenten totaal 33.000 brieven verstuurd naar jongeren. Op deze uitnodiging kwam een respons van 16.4%. De volledige steekproef bestond uit 3.926 jongens en 3.915 meisjes. Een weegfactor maakte de steekproef representatief voor de Nederlandse jongerenpopulatie van 12 tot 25 jaar wat betreft geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en etniciteit.

Vragenlijst en operationalisering

De deelnemende jongeren vulden een digitale vragenlijst in met vragen over een breed scala van aan seksualiteit gerelateerde thema's. Voor de indeling van seksuele oriëntatie is gebruik gemaakt van drie dimensies: seksuele aantrekking, seksueel gedrag en zelfbenoeming.

Voor seksuele aantrekking is een vijfpuntschaal gebruikt: exclusief, voornamelijk en evenveel aantrekking

tot één of beide geslachten. Seksueel gedrag is gemeten door respondenten te vragen of ze wel eens hebben gevreeën met iemand van het eigen geslacht (1= nee, en dat wil ik niet, 2= nee, maar dat zou ik (nog) wel willen, 3= ja, één keer, 4= ja, meerdere keren). Om seksuele zelfbenoeming te meten is gevraagd naar hoe jongeren zichzelf noemen: homo/lesbisch, biseksueel, hetero, anders of 'weet niet'.

Seksuele (on)gezondheid is geoperationaliseerd aan de hand van de volgende vijf (clusters van) concepten: seksueel overdraagbare aandoeningen (inclusief hiv), testen en condoomgebruik; anticonceptiegebruik; seksuele problemen; seksuele tevredenheid en seksuele grensoverschrijding.

(1) seksueel overdraagbare aandoeningen (incl. hiv), testen en condoomgebruik

Om het risico op soa's te beoordelen, is gevraagd met hoeveel verschillende personen respondenten geslachtsgemeenschap en/of anale seks in hun leven hebben gehad, gecategoriseerd in: 'geen', 'één', 'twee of drie' en 'vier of meer'. Respondenten die geslachtsgemeenschap of anale seks hadden gehad, werd gevraagd of met de laatste partner condooms waren gebruikt (1= altijd, 4=nooit). De intentie om condooms te gebruiken werd gemeten met de vraag of men denkt met een eventuele nieuwe partner condooms te zullen gebruiken (1= zeker wel, 5= nee, zeker niet). Het testgedrag op soa/hiv werd nagevraagd over het afgelopen jaar en of er hierbij een soa gevonden werd (0= nee; 1= ja).

(2) anticonceptiegebruik

Naast condoomgebruik is aan meiden die geslachtsgemeenschap hebben gehad gevraagd of zij iets gebruiken om zwangerschap te voorkomen. De antwoordcategorieën werden gecategoriseerd in 'niets', 'de pil', 'condooms', 'de pil en condooms' en 'andere vorm van anticonceptie'.

(3) seksuele problemen

Er zijn vijf verschillende seksuele problemen bevestigd: a) geen zin in seks, b) moeilijk opgewonden worden of blijven, c) niet klaarkomen, d) te snel klaarkomen, en e) pijn tijdens seks. Respondenten werd gevraagd aan te geven hoe vaak zij last hadden van deze problemen in de afgelopen zes maanden (1= nooit, 5= altijd). Om het DSM-5 criterium voor seksuele stoornissen te benaderen dat het probleem ongeveer tijdens 75% van de seksuele activiteiten (APA, 2013) aanwezig is, werden de antwoorden gedichotomiseerd in regelmatig of altijd (1) en minder dan regelmatig (0).

(4) seksuele tevredenheid

Seksuele tevredenheid is nagevraagd op gebied van seksfrequentie, contact met de ander tijdens seks, hoe lekker de seks was en seksleven in het algemeen. Gevraagd is naar tevredenheid in de afgelopen 12 maanden (1= erg tevreden, 5= erg ontevreden).

(5) seksuele grensoverschrijding

Alle respondenten beantwoordden een algemene vraag over seksuele dwang: "Ben je ooit gedwongen

om seksuele dingen te doen of toe te staan die je niet wilde?" (0= nee, 1= ja). Ook is, gebaseerd op een vereenvoudigde versie van de Sexual Experiences Survey, gevraagd naar seksuele ervaringen tegen de wil en gebruik van pressiemethoden (Koss et al., 2007). Respondenten werden met betrekking tot zoenen, manuele seks, orale seks, geslachtsgemeenschap en anale seks gevraagd of zij geen ervaring tegen de wil (0) of minstens één ervaring tegen de wil (1) hebben gehad. Verder werd gevraagd of zij bepaalde pressiemethoden door iemand ervaren hebben, bijvoorbeeld 'dreigt relatie te beëindigen' of 'gebruikte geweld'. Deze antwoorden werden gedichotomiseerd (0= nooit pressie, 1= wel pressie tegen hen gebruikt). Bovendien werd gevraagd of respondenten ooit spijt hebben gehad van zoenen, manuele seks, orale seks, geslachtsgemeenschap of anale seks (0= nee, 1= ja).

Statistische analyse

Voor het vergelijken van percentuele verschillen tussen homo- of biseksuele jongeren enerzijds en heteroseksuele jongeren anderzijds is gebruik gemaakt van de Chi²-toets ($\alpha = .05$). Daarnaast is ook gekeken naar effectgrootte: er is onderscheid gemaakt tussen marginale verschillen (Cramer's $V < 0.10$) en verschillen met een minstens klein effect (Cramer's $V > 0.10$) (Field, 2005).

Clusteranalyse

In dit onderzoek worden drie categorieën met elkaar vergeleken: homoseksuele, biseksuele en heteroseksuele jongeren. Omdat de verschillende oriëntatiedimensies niet eenvoudig voor elkaar uitgewisseld kunnen worden, noch op een driepuntschaal gemeten zijn, is clusteranalyse gebruikt om op basis van de drie dimensies de categorieën homoseksueel, biseksueel en heteroseksueel te definiëren. Met clusteranalyse worden groepen gevormd die intern zo homogeen en onderling zo verschillend mogelijk zijn (Everitt, Landau, Leese, & Stahl, 2011). De variabelen die werden meegenomen in de clusteranalyse (seksuele aantrekkingskracht, seksueel gedrag en seksuele zelfbenoeming), werden alle drie niet op intervalniveau gemeten. *Two step* clusteranalyse was hierbij de aangewezen techniek. Bij een *two step* clusteranalyse worden in de eerste stap kleinere subgroepen gevormd, die in de tweede stap tot grotere groepen worden geclusterd (Everitt et al., 2011).

Resultaten

Prevalentie van homo- en biseksualiteit: seksuele aantrekkingskracht, seksueel gedrag en seksuele identiteit

Tabel 1 laat de prevalentie zien van seksuele aantrekkingskracht tot het eigen geslacht, (de wens tot) seks met seksegenoten en zelfbenoeming als homo, lesbisch of bi in onze steekproef. Exclusieve aantrekkingskracht tot het eigen geslacht voelt 2.0% van de jongens en 1.1% van de meisjes. Jongens voelen zich vaker dan meisjes uitsluitend of vooral aangetrokken tot het eigen geslacht.

Tabel 1. *Seksuele oriëntatie uitgesplitst naar drie dimensies (in percentages)*

		jongen	meisje
Aantrekking	alleen andere geslacht	94.4▲	91.4
	vooral andere geslacht	1.7	4.8▲
	zowel eigen als andere geslacht	0.3	0.9▲
	vooral eigen geslacht	0.7▲	0.4
	alleen eigen geslacht	2.0▲	1.1
	weet ik nog niet	0.8	1.5▲
	<i>n</i>		3926
Seks met seksegenoot	nee, wil ik niet	89.3▲	80.5
	zou ik wel willen proberen	5.1	12.8▲
	één keer gedaan	1.5	3.6▲
	vaker gedaan	4.1▲	3.1
	<i>n</i>		3926
Zelfbenoeming binnen groep met tenminste enige aantrekking tot seksegenoten	hetero	24.0	40.6▲
	homo/lesbisch	39.5▲	11.3
	biseksueel	23.4	31.2
	dat weet ik nog niet	10.3	13.4
	anders	2.8	3.6
	<i>n</i>		188

▲ = significant hoger percentage dan bij andere sekse (Cramer's $V > .10$)

In totaal rapporteert ongeveer 4.7% van de jongens en 7.2% van de meisjes ten minste enige aantrekking tot het eigen geslacht.

Eén op de elf jongens en één op de vijf meisjes heeft wel eens seks gehad met een seksegenoot of zou dit wel willen proberen. De wens om seks uit te proberen met seksegenoten komt aanzienlijk vaker voor bij meisjes, terwijl jongens juist vaker een- of meermalig seksuele ervaring met het eigen geslacht hebben gehad. Ruim 6% van de jongens en 13.0% van de meisjes voelt geen aantrekking tot seksegenoten en noemt zichzelf ook niet homo, lesbisch of bi, maar zou wel eens willen vrijen met een seksegenoot of heeft dit al gedaan.

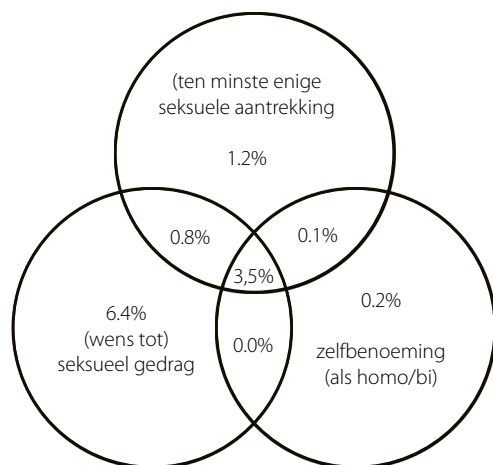
Binnen de groep jongeren die minstens enige seksuele aantrekking voelt tot seksegenoten, noemt ruim 40% van de meisjes zichzelf hetero, ruim 31% biseksueel en ruim 11% lesbisch. Jongens met enige aantrekking tot seksegenoten noemen zichzelf juist voornamelijk homo (39.5%) en in tweede instantie hetero (24.0%) of biseksueel (23.4%). In Figuur 1 toont de overlap tussen de drie dimensies. Bijna 4% van alle jongeren rapporteert homo- of biseksuele aantrekking, zelfbenoeming én (de wens tot) seksuele ervaring. Het aantal meisjes dat op tenminste één van de dimensies, en op twee van de drie dimensies positief scoort, ligt aanzienlijk hoger

dan het aantal jongens.

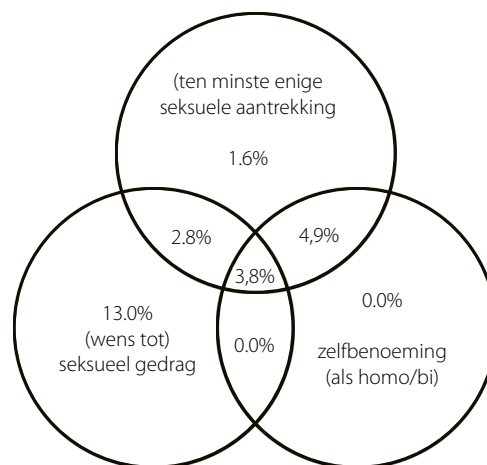
Clusteranalyse op basis van drie dimensies van seksuele oriëntatie

Om tot een valide categorisering van seksuele oriëntatie te komen, is een *two step* clusteranalyse op seksuele aantrekking, seksueel gedrag en seksuele zelfbenoeming uitgevoerd. Clustering van de gehele steekproefpopulatie verliep aan de hand van seksuele aantrekking en leidde tot twee groepen: (exclusief) heteroseksueel versus niet-(exclusief)-heteroseksueel.

Om te kunnen differentiëren tussen homo- en biseksuele jongeren, is vervolgens nog een *two step* clusteranalyse op basis van dezelfde drie dimensies uitgevoerd. Deze is uitgevoerd onder de groep met minstens enige aantrekking tot het eigen geslacht (= niet-exclusief heteroseksueel). Hierbij werd aangegeven dat we hierin twee groepen wilden onderscheiden. Dit resulteerde in twee clusters: 1) aantrekking tot alleen of vooral het eigen geslacht (= homo/lesbisch) en 2) aantrekking tot beide seksen of vooral het andere geslacht (= bi). In de vervolganalyses in deze studie is als volgt gedifferentieerd tussen de drie groepen: 1) heteroseksueel (alleen aantrekking tot het andere geslacht), 2) biseksueel (aantrekking tot beide seksen of vooral tot



Figuur 1a. Overlap tussen verschillende aspecten van seksuele oriëntatie bij jongens (n=3927)



Figuur 1b. Overlap tussen verschillende aspecten van seksuele oriëntatie bij meisjes (n=3917)

het andere geslacht) en 3) homoseksueel/lesbisch (alleen of vooral aantrekking tot het eigen geslacht).

Seksuele ervaring en verschillen in seksuele (on)gezondheid

Binnen de drie clusters is gekeken naar verschillen in seksuele ervaring met geslachtsgemeenschap en/of anale seks, en naar seksuele (on)gezondheid. Zo is gekeken naar verschillen in het risico op soa's inclusief hiv en het gebruik van anticonceptie (zie Tabel 2). Er werden nauwelijks verschillen gevonden tussen homo-, hetero- en biseksuele jongens in aantallen sekspartners. Bijna de helft van de biseksuele meiden rapporteerde vier of meer sekspartners, vaker dan heteroseksuele meiden ($\chi^2 = 41.57$, $p < .001$; Cramer's $V = .14$). Lesbische meisjes hadden vaker geen ervaring met geslachtsgemeenschap en/of anale seks ($\chi^2 = 11.25$, $p = .010$; Cramer's $V = .09$).

Intentie tot condoomgebruik bij een nieuwe sekspartner is bij alle groepen hoog, rond de 85-90%. Wat betreft consistent condoomgebruik scoren homojongens significant beter dan heterojongens ($\chi^2 = 12.17$, $p = .007$; Cramer's $V = .08$): 50.4% rapporteert met de laatste partner altijd seks met condoom te hebben gehad tegenover 41.7% van de bi-jongens, 32.0% van de heterojongens en ongeveer 17% van de hetero- en biseksuele meiden. Wat betreft anticonceptie gebruiken biseksuele meiden marginaal vaker dan heteromeiden alternatieve vormen van anticonceptie ($\chi^2 = 13.91$, $p = .008$; Cramer's $V = .09$), maar was bij hen condoom- en pilgebruik niet significant verschillend.

Homo- en biseksuele jongens hebben zich aanzienlijk vaker recent laten testen op soa's inclusief hiv dan heterojongens (homojongens: $\chi^2 = 17.74$, $p < .001$; Cramer's $V = .10$; biseksuele jongens ($\chi^2 = 10.96$, $p = .001$; Cramer's $V = .08$). Ook biseksuele meiden hebben zich vaker laten testen dan heteromeiden ($\chi^2 = 5.06$, $p = .024$; Cramer's $V = .05$). Vanwege het lage voorkomen van positieve testuitslagen in het afgelopen jaar (0.9% voor

jongens in 1.3% voor meisjes in de gehele gewogen steekproef) konden verschillen hier niet getoetst worden.

De meest voorkomende seksuele problemen in deze steekproef zijn problemen met te snel klaarkomen bij jongens en orgasme problemen bij meiden. Van de lesbische meiden heeft 16.1% orgasme problemen, versus 25.4% van de heteromeiden en 28.6% van de bi-meiden. Homo- en biseksuele jongens rapporteren iets vaker geen zin in seks dan heterojongens (homojongens $\chi^2 = 4.25$, $p = .039$; Cramer's $V = .05$; biseksuele jongens $\chi^2 = 4.82$, $p = .028$; Cramer's $V = .05$). Biseksuele jongens en meiden hebben iets frequenter last van opwindingsproblemen dan hun heteroseksuele leeftijdsgenoten (biseksuele jongens $\chi^2 = 5.11$, $p = .024$; Cramer's $V = .05$; biseksuele meisjes $\chi^2 = 5.45$, $p = .020$; Cramer's $V = .05$).

Seksuele tevredenheid is met betrekking tot vier deelaspecten gemeten, zie Tabel 3. Tussen homo-, hetero- en biseksuele jongens en meiden onderling zijn op geen van deze aspecten verschillen gevonden.

Verschillende vormen van grensoverschrijding zijn onderzocht. Biseksuele meiden hebben iets vaker dan heteroseksuele meiden ooit spijt van seksuele ervaringen gehad ($\chi^2 = 8.83$, $p = .003$; Cramer's $V = .06$), seksuele handelingen tegen de wil verricht ($\chi^2 = 8.83$, $p = .003$; Cramer's $V = .10$) en vaker pressie bij seks ondervonden ($\chi^2 = 22.18$, $p < .001$; Cramer's $V = .06$). Homojongens hebben iets vaker dan heterojongens ooit spijt van seksuele ervaringen gehad ($\chi^2 = 15.73$, $p < .001$; Cramer's $V = .09$), zijn vaker wel eens gedwongen tot seks ($\chi^2 = 30.96$, $p < .001$; Cramer's $V = .12$), hebben iets vaker seksuele handelingen tegen de wil gehad ($\chi^2 = 6.59$, $p = .010$; Cramer's $V = .06$) en hebben vaker pressie bij seks ondervonden ($\chi^2 = 19.51$, $p < .001$; Cramer's $V = .10$). Voor bi-jongens geldt dit alleen wat betreft ervaring tegen de wil ($\chi^2 = 12.96$, $p < .001$; Cramer's $V = .13$). Ruim 15% van de homojongens en bijna 40% van de bi-meiden geeft aan ooit gedwongen te zijn tot seksuele handelingen.

Tabel 2. Aantal sekspartners, testgedrag, condoom- en anticonceptiegebruik (percentages)

	jongen			meisje		
	homo	bi	hetero	lesbisch	bi	hetero
Aantal sekspartners ooit*						
geen	19.9	28.0	21.5	42.5△	13.3▼	19.5
één	17.5	5.5▽	23.6	16.5	14.1▼	28.1
twee of drie	28.2	27.3	24.3	18.5	23.9	24.4
vier of meer	34.4	39.1	30.6	22.4	48.7▲	28.1
<i>n</i>	88	61	2191	47	193	2083
Condoomgebruik met laatste partner						
ja	50.4△	41.7	32.0	-	17.0	17.7
soms	14.5	26.1	20.4	-	20.4	18.9
in begin van relatie	12.9▽	15.6	25.1	-	33.8	37.1
nee	22.2	16.6	22.4	-	28.8	26.4
<i>n</i>	69	43	1701	26	166	1664
Intentie condoomgebruik bij nieuwe partner						
ja	86.2	91.0	86.2	66.7▼	89.1	90.5
<i>n</i>	79	48	1683	42	175	1744
Recent laten testen op hiv/soa in afgelopen jaar						
ja	32.2▲	32.3△	13.9	-	28.4△	20.9
<i>n</i>	68	40	1638	26	165	1602
Anticonceptiegebruik						
niets	-	-	-	-	10.8	8.4
de pil	-	-	-	-	56.9	64.1
condooms	-	-	-	-	7.8	5.8
de pil en condooms	-	-	-	-	9.0	13.3
andere vorm van anticonceptie	-	-	-	-	15.6△	8.5
<i>n</i>				25	167	1633

- = niet gevraagd, of groep te klein om te presenteren. N.B. Bij cellen met $n < 30$ konden geen verschillen getoetst worden

* Partners waarmee men geslachtsgemeenschap en/of anale seks had

▼▲ = significant lager of hoger percentage dan heteroseksuele jongens of meisjes (Cramer's $V > .10$)

▽△ = significant lager of hoger percentage dan heteroseksuele jongens of meisjes (Cramer's $V < .10$)

Discussie

Seksuele oriëntatie en categorisering als homo, bi of hetero

Eerder onderzoek toonde al aan dat verschillende dimensies van seksuele oriëntatie slechts ten dele overlappen (Savin-Williams, 2009, Sell, 2007). De wijze waarop seksuele oriëntatie geoperationaliseerd wordt, heeft daarom consequenties voor de groepsomvang en de kenmerken van jongeren die we als homo- en biseksueel categoriseren (Matthews et al., 2014; Sell, 2007). Clusteranalyse is in dit onderzoek gebruikt om a posteriori tot een valide indeling van seksuele oriëntatie te komen. Onze clusterindeling bevestigt de aanbevelingen van Kooiman en Keuzenkamp (2012), die middels secundaire analyses gekeken hebben naar verschillen tussen Nederlandse homo- en biseksuele volwassenen. Hun conclusie was om bij drie seksuele oriëntatiecategorieën (homo, bi en hetero) de categorie met voornamelijk aantrekking tot het eigen geslacht tot de homo-

seksuele groep te rekenen (Kooiman & Keuzenkamp, 2012). Gezien de diversiteit van onze onderzoeksgroep, had een indeling enkel op basis van seksuele ervaring of zelfbenoeming mogelijk tot andere gezondheidsuitkomsten geleid (Matthews et al., 2014).

Seksuele (on)gezondheid

Wat betreft seksuele ervaring verschillen homo- en biseksuele jongeren van hun heteroseksuele leeftijdsgenoten. Secundaire analyses op onderzoek onder volwassen laten zien dat homoseksuele mannen en biseksuele vrouwen significant meer sekspartners hebben. Daarmee lopen zij meer risico op soa's, waaronder hiv (Rutgers WPF, 2013).

Een belangrijk kerngebied van seksuele gezondheid zijn soa's inclusief hiv. In dit onderzoek is gevraagd naar recent testgedrag. De homo- en biseksuele respondenten uit deze studie hebben zich aanzienlijk vaker dan andere groepen laten testen. Gezien het grotere aantal

Tabel 3. *Seksuele problemen, seksuele tevredenheid en seksuele grensoverschrijding (percentages)*

	homo	jongen bi	hetero	lesbisch	meisje bi	hetero
Seksuele problemen (regelmatig of vaker last van)						
geen zin in seks	8.8△	10.4△	3.9	13.8	18.8	16.3
moeilijk opgewonden worden of blijven	4.8	11.0△	3.8	16.5	18.9△	12.7
niet klaarkomen	10.2△	8.7	4.3	16.1	28.6	25.4
te snel klaarkomen	26.3	25.0	22.3	8.3	4.7	4.0
pijn tijdens seks	4.6△	3.0	1.4	10.4	14.1	11.8
minstens één probleem	41.5△	38.6	29.1	31.0	43.2	39.5
<i>n</i>	82	49	1888	44	180	1811
Seksuele tevredenheid (heel) tevreden)						
over seksfrequentie	53.5	45.3	58.6	62.2	64.3	65.7
over het contact met de ander tijdens seks	78.0	73.0	76.6	77.9	77.3	81.6
over hoe lekker de seks is	85.7	84.8	85.4	75.1	77.6	82.6
over het seksleven in het algemeen	61.4	54.9	67.1	65.8	72.1	75.2
<i>n</i>	84	52	1944	45	183	1863
Seksuele grensoverschrijding (ooit ervaring)						
spijt van seks	58.1△	43.4	36.4	55.4	67.4△	56.0
ooit gedwongen zijn	15.9▲	13.1△	3.5	12.7	38.3▲	19.8
seksuele ervaring tegen de wil	37.6△	31.8	25.3	54.2	67.0△	52.0
druk of dwang ondervonden	49.0△	28.9	27.4	40.0	66.1▲	48.0
<i>n</i>	85	55	2059	45	189	1961

▲ = significant hoger percentage dan heteroseksuele jongens of meisjes (Cramer's $V > .10$)

△ = significant hoger percentage dan heteroseksuele jongens of meisjes (Cramer's $V < .10$)

sekspartners onder bi-meiden is dit gunstig. Recent onderzoek laat zien dat de noodzaak tot testen onverminderd blijft. Onder homo- en biseksuele jongens neemt bijvoorbeeld niet alleen het aantal soa-testen jaarlijks toe, maar stijgen ook de vindpercentages van soa's, waaronder hiv (Soetens et al., 2013).

Vergeleken met heterojongens werden beperkte significante verschillen gevonden tussen homo- en biseksuele jongens in seksuele problemen, maar niet in seksuele tevredenheid. Het beeld omtrent seksuele problemen en seksuele tevredenheid is onder LHB-volwassenen niet eenduidig: sommige onderzoekers vinden geen verschillen (Kuyper & Vanwesenbeeck, 2011), in ander onderzoek concentreert de problematiek zich juist onder biseksuele mannen en vrouwen (Rutgers WPF, 2013).

Ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag komen regelmatig tot zeer frequent voor bij homoseksuele jongens en biseksuele meiden. Dit opvallende beeld bevestigt ander Nederlands onderzoek, waarin volwassen biseksuele vrouwen en homo- en biseksuele mannen aanzienlijk vaker dan heteroseksuelen ervaring met grensoverschrijding rapporteren (Kuyper et al., 2009; Kuyper & Vanwesenbeeck, 2011; Rutgers WPF, 2013).

Een algemene gedragsfactor die hierbij meespeelt, is het aantal sekspartners: hoe meer sekspartners, hoe groter de kans op negatieve ervaringen (Kuyper & Vanwesenbeeck, 2011). In onze steekproef hebben echter alleen biseksuele meiden significant meer sekspartners, homojongens in vergelijking tot heterojongens niet. Mogelijk bijdragende gedragsfactoren zijn het mannelijk geslacht van sekspartners (Kuyper et al., 2009) plus de context van losse partners en internetdating, waarbinnen seksuele ervaring door homojongens vaak opgedaan wordt (Cense & Van Dijk, 2011).

Daarnaast spelen LHB-specifieke factoren zeer waarschijnlijk een rol bij seksuele functie- en belevingsproblemen. Onderzoek van Kuyper en Vanwesenbeeck (2011) heeft laten zien hoe minderheidsstress, door zowel homonegativiteit in de omgeving als geïnternaliseerde homonegativiteit, een negatieve uitwerking heeft op de seksuele gezondheid van LHB-groepen. De verschillen tussen homo- en bi-jongeren suggereren echter dat minderheidsstress bij homo- en biseksuele jongeren anders uitwerkt (Kuyper & Vanwesenbeeck, 2011). Welke cofactoren hierbij meespelen dient nader onderzocht te worden.

Beperkingen

Door de cross-sectionele, descriptieve aard van dit on-

derzoek zijn onze belangrijkste bevindingen beperkt tot het beschrijven van verschillen tussen jongeren. Om deze verschillen beleidsmatig te vertalen, dienen verklaringen en verbanden in vervolgonderzoek opgehelderd te worden. Ondanks dat voor dit onderzoek de grootste, recentste databron over de seksuele gezondheid van jongeren gebruikt is, waren sommige subgroepen te klein om verschillen statistisch goed te kunnen aantonen. Ook zijn de effectgroottes van de gevonden verschillen vaak klein. Drie gezondheidsuitkomsten, namelijk positieve soa-tests, ongewenste zwangerschap en zwangerschapsbeëindiging konden in dit bestek niet verder onderzocht worden vanwege de lage prevalentie. Deze drie uitkomsten kunnen juist een zware wissel trekken op individuele seksuele gezondheid en welzijn. Om gezondheidsverschillen in subgroepen adequaat te onderzoeken zijn dus grotere steekproeven nodig.

Reproductieve gezondheid is in dit onderzoek beperkt tot het voorkómen van ongewenste zwangerschap. In relatie tot reproductieve gezondheid is (onvervulde) kindervens niet in dit onderzoek opgenomen. Sommige LHB-jongeren maken zich zorgen over hoe zij een eventuele kindervens later kunnen vervullen; dit werkt remmend op zelfacceptatie (De Graaf et al., 2005). Vanwege deze samenhang tussen psychosociale problematiek en seksuele gezondheid, is het onderwerp onvervulde kindervens voor homo-seksueel actieve jongeren mogelijk een pregnanter gezondheidsthema dan ongewenste zwangerschap.

Conclusie

Differentiatie tussen hetero-, homo- en biseksuele jongeren onthult specifieke verschillen tussen deze groepen op diverse seksuele gezondheidsdomeinen. Serieuze verschillen bestaan op het gebied van seksueel grensoverschrijdend gedrag, ten nadele van homo-jongens en bi-meiden. Een relatief gunstige uitkomst van ons onderzoek is dat homo- en biseksuele jongens en bi-meiden zich aanzienlijk vaker recent hebben laten testen op soa's inclusief hiv. Gezien de onverminderd hoge soa-cijfers, vooral onder jonge homo- en biseksuelen, blijft de noodzaak hiertoe ook hoog. De specifieke verschillen op het gebied van seksuele problemen en seksuele grensoverschrijding tussen homo-, bi- en heteroseksuele jongeren rechtvaardigen nader onderzoek naar mogelijke LHB-specifieke oorzaken. Daarnaast is structurele aandacht voor LHB-specifieke gezondheidsproblemen, waaronder infectieziekten en ervaringen met seksueel geweld en grensoverschrijding in preventie en voorlichting aangewezen.

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Cense, M., & Van Dijk, L. (2011). *Homojongeren over seks en grenzen*. Utrecht: Rutgers WPF.
- Everitt, B.S., Landau, S., Leese, M., & Stahl, D. (2011). *Cluster analysis*, 5th edition. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage Publications.
- Graaf, H. de, Kruijer, H., Van Acker, J., & Meijer, S. (2012). *Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012*. Delft: Eburon.
- Graaf, H. de, Meijer, S., Poelman, J., & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005*. Delft: Eburon.
- Kooiman, N., & Keuzenkamp, S. (2012). *Alle homo's in een hokje. Zoektocht naar de beste categorisering van seksuele voorkeur*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Koss, M.P., Abbey, A., Campbell, R., Cook, S., Norris, J., Testa, M., ... White, J. (2007). Revising the SES: A collaborative process to improve assessment of sexual aggression and victimization. *Psychology of Women Quarterly*, 31, 357-370.
- Kuyper, L., Wit, J. de, Adam, P., Woertman, L., & Berlo, W. van (2009). *Laat je nu horen! Een onderzoek naar grensoverschrijdende seksuele ervaringen en gedragingen onder jongeren*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Kuyper, L., & Vanwesenbeeck, I. (2011). Examining sexual health differences between lesbian, gay, bisexual, and heterosexual adults: The role of sociodemographics, sexual behavior characteristics, and minority stress. *Journal of Sex Research*, 48, 263-274.
- Loosier, P.S., & Dittus, P.J. (2010). Group differences in risk across three domains using an expanded measure of sexual orientation. *Journal of Primary Prevention*, 31, 261-272.
- Matthews, D.M., Blosnich, J.R., Farmer, G.W., & Adams, B.J. (2014). Operational definitions of sexual orientation and estimates of adolescent health risk behaviors. *LGBT Health*, 1, 42-49.
- Rutgers WPF (2013). *Wat maakt het verschil? Diversiteit in de seksuele gezondheid van LHBT's*. Utrecht: Rutgers WPF.
- Savin-Williams, R. C. (2009). How many gays are there? It depends. In D.A. Hope(Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 54: Contemporary perspectives on lesbian, gay, and bisexual identities* pp. 5-41. New York: Springer.
- Saewyc, E., Bauer, G.R., Skay, C.S., Bearinger, L.H., Resnick, M.D., Reis, E., & Murphy, A. (2004). Measuring sexual orientation in adolescent health surveys: Evaluation of eight school-based surveys. *Journal of Adolescent Health*, 35, 345.e1-345.e15.
- Sell, R.L. (2007). Defining and measuring sexual orientation for research. In I. Meyer et al. (Eds), *The Health of Sexual Minorities. Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations* pp.355-374. New York: Springer.
- Soetens, L.C., Koedijk, F.H.D., Broek, I.V.F van den, Vriend, H.J., Coul, E.L.M. op de, Van Aar, F., ..., Benthem, B.H.B van (2013). *Sexually transmitted infections, including HIV in the Netherlands in 2012*. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment (RIVM).
- WHO (2010). *Developing sexual health programmes. A framework for action*. Genève: WHO.
- Wijzen, C., & Haas, S. de (2012). Seksuele gezondheid in Nederland 2011: achtergronden en samenstelling van een representatieve steekproef voor een bevolkingsonderzoek. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(2), 83-86.

Belangenconflict

Geen van de drie auteurs heeft persoonlijke belangen die zouden kunnen volgen uit de conclusies van deze publicatie.

Dankwoord

Wij danken Suzanne Meijer voor haar constructieve opmerkingen en bijdrage aan dit artikel.

Summary**Differences in sexual (ill-)health between gay, straight and bisexual youth**

Goal: This research aims to describe the dimensions of sexual orientation of adolescents and to identify specific sexual health differences between heterosexual, bisexual and homosexual youth.

Methods: Secondary analyses were conducted using data from a representative Dutch population survey from 2011. This survey questioned almost 8000 adolescents about three dimensions of sexual orientation (attraction, same-sex experience and identification) and five dimensions of sexual (ill-)health as described by the WHO.

Results: Approximately 4,7% of boys and 7,2% of girls reported at least some same-sex attraction. Cluster analysis examining the three sexual orientation dimensions revealed three different clusters: 1) exclusively attracted to the other sex (classified as straight); 2) exclusively or primarily same-sex attracted (gay) and 3) attracted to both sexes equally or primarily to the other sex (bisexual). Gay boys and bisexual girls more frequently reported specific sexual problems, sexual victimization and STI testing behavior. Differences in use of oral contraceptives, use of condoms as contraceptives and sexual satisfaction were not found.

Discussion: Clustering based upon sexual attraction is possible despite the limited overlap between sexual orientation dimensions. Specific sexual health differences were identified between gay, straight and bisexual Dutch youth. General and sexual minority-specific factors, including sexual behavior and minority stress could explain these differences.

Conclusion: The significant differences in sexual (ill-)health between subgroups that were found in this research confirm the added value of a differentiation between sexual orientations. The authors plead for a closer investigation of the causal factors behind these differences, plus attention for minority-specific health problems in health education and prevention.

Trefwoorden: seksuele gezondheid, gezondheidsverschillen, homoseksualiteit, biseksualiteit, jongeren

Keywords: sexual health, health differences, homosexuality, bisexuality, youth