

Swingers, soa-testen en partnerwaarschuwing

Een onderzoek naar soa-testen en partnerwaarschuwing bij swingers en psychosociale gedragsdeterminanten die hieraan ten grondslag liggen

Masterthesis Health Communication

Cathelijne Brunnekreef (s1001345)

Eerste begeleider

Dr. C.H.C. Drossaert

Tweede begeleider

Dr. J.M. Gutteling

Begeleiders GGD

Ir. E.J. Maarsingh

Drs. K. Kampman

Januari 2012

Universiteit Twente

Voorwoord

Het afstudeerproces is vergelijkbaar met een bergbeklimming expeditie. Voorafgaand aan de expeditie kies je een berg uit die uitdaging en spanning biedt, waar je niet snel op uitgekeken raakt en waar je gegarandeerd de top van wilt bereiken. Je zoekt een klimpartner en je gaat van start. Zo zijn Marieke Bijen en ik in december 2011 begonnen aan onze afstudeeronderzoeken waarbij Marieke onderzoek deed naar 'swingers en middelengebruik' en ik naar 'swingers, soa-testen en partnerwaarschuwing'. Een onderwerp wat spanning en uitdaging bood en waar we na een jaar nog niet op uitgekeken zijn.

Zoals bij iedere expeditie, plan je hoe je de top wilt gaan bereiken en welke route je daarvoor moet beklimmen. Maar tijdens de expeditie blijken paden soms anders te lopen dan je vooraf dacht. Dat betekent anticiperen, creatief omgaan met de situatie en je tijdschema aanpassen. Dat hebben Marieke en ik ook gedurende ons afstudeertraject moeten doen. Na een inventariserende enquête omtrent swinggedragingen, uitgevoerd op de Kamasutrabeurs, zijn Marieke en ik in februari gestart met het interviewen van 25 swingers. Na verwerking van de diepte-interviews kwamen we tot de conclusie dat we voor een volledig beeld nog een online enquête wilden uitvoeren om zo een volledig beeld te kunnen vormen van de swingerswereld. Die route kostte ons wat extra tijd, maar was het resultaat meer dan waard!

En zoals iedere bergbeklimmer, probeer je het maximale uit jezelf te halen. Mijn begeleiders Stans Drossaert en Jan Gutteling hebben hier veel support en steun in gegeven. Ze hebben continu richting aan de 'expeditie' gegeven, voor een zo goed mogelijk resultaat. Ik wil hen bedanken voor het keer op keer lezen van stukken en hun inspanningen om mij iedere keer naar een hoger niveau te tillen. Verder wil ook Mieke Besselse, Karlijn Kampman en Erik Maarsingh met hun fantastische team verpleegkundigen bedanken voor alle informatie en hulp. Vanaf deze plaats wil ik ook de 25 swingers bedanken dat ik hen heb mogen interviewen en dat zij mij een kijkje hebben gegeven in hun privéleven. En natuurlijk alle swingers die onze online enquête hebben ingevuld, bedankt voor jullie medewerking en tijd, zonder jullie hulp was dit niet gelukt. Tot slot wil ik Erik, mijn familie en mijn vriend(inn)en bedanken. Ondanks dat ze me eindeloos bestookt hebben met de vraag: 'wanneer ben je nou eens klaar', zou ik zonder hun liefde en steun dit nooit gehaald hebben.

En zoals het iedere bergbeklimmer bejaagt op een expeditie kost het bloed, zweet en tranen, maar is het uitzicht overweldigend. En eindelijk heb ik de top van die berg mogen bereiken. Marieke, je was een fantastische klimpartner op de expeditie en wat gaan we genieten van het uitzicht!

Cathelijne Brunnekreef

Januari 2012

Inhoudsopgave

Abstract	6
Samenvatting	7
1. Inleiding	9
1.1. Het fenomeen swingen	9
1.2. Aanleiding voor onderzoek	9
1.3. Swingers en seksueel overdraagbare aandoeningen	10
1.4. Het belang van een soa-test	10
1.5. Psychosociale gedragsdeterminanten van testgedrag	11
1.6. Het belang van partnerwaarschuwing	12
1.7. Psychosociale gedragsdeterminanten van partnerwaarschuwing	13
1.8. Doel van de studie	14
2. Methoden	15
2.1. Deelonderzoek 1: diepte-interviews swingers	15
2.1.1. Deelnemers & procedure	15
2.1.2. Interviewschema	15
2.1.3. Data analyse	16
2.2. Deelonderzoek 2: online vragenlijst	16
2.2.1. Deelnemers & procedure	16
2.2.2. Online vragenlijst	16
2.2.3. Data analyse	19
3. Resultaten deelonderzoek 1 (diepte-interviews)	21
3.1. Demografische gegevens	21
3.2. Swinggedragingen	21
3.3. Seksuele gedragingen	22
3.3.1. Seksuele contacten	22
3.3.2. Beschermingsmaatregelen	23
3.3.3. Kennis en risicoperceptie	24
3.3.4. Sociale omgeving	24
3.4. Testen op soa	25
3.4.1. Ervaring testen op soa	25
3.4.2. Attitude	25
3.4.3. Motivaties	25
3.4.4. Sociale omgeving	27
3.4.5. Risicoperceptie	28
3.4.6. Testlocaties	28
3.4.7. Soa-test versus condoomgebruik	30
3.5. Het hebben van een soa	31
3.6. Partnerwaarschuwing	32

3.6.1.	Gewaarschuwd worden	32
3.6.2.	Waarschuwen	33
3.6.3.	Barrières bij partnerwaarschuwing	33
3.6.4.	Sociale norm	35
3.6.5.	Meest gewenste methode van partnerwaarschuwing	35
3.7.	Conclusie	36
4.	Resultaten deelonderzoek 2 (online vragenlijst)	37
4.1.	Kenmerken van de onderzoekspopulatie	37
4.2.	Swinggedragingen	38
4.3.	Seksueel beschermingsgedrag en seksueel overdraagbare aandoeningen	39
4.4.	Testen op soa	40
4.4.1	Kennis en risicoperceptie	42
4.4.2.	Opvattingen ten aanzien van testen op soa o.b.v. Theory of Planned Behavior	44
4.4.3.	Verschillen tussen 'type testers'	46
4.4.4.	Voorspellers van intentie om te testen op soa en testgedrag	47
4.5.	Partnerwaarschuwing	50
4.5.1.	Waarschuwingsgedrag	50
4.5.2.	Opvattingen ten aanzien van partnerwaarschuwing o.b.v. Theory of Planned Behavior	52
4.5.3.	Voorspellers van intentie om partners te waarschuwen en waarschuwingsgedrag	55
5.	Discussie	58
5.1.	Vertonen swingers risicovolle seksuele gedragingen	58
5.2.	Omvang en frequentie van het testgedrag van swingers	58
5.3.	Psychosociale gedragsdeterminanten van testen op soa	59
5.4.	Omvang en frequentie van partnerwaarschuwing	62
5.5.	Psychosociale gedragsdeterminanten van partnerwaarschuwing	63
5.6.	Sterke en zwakke punten	64
5.7.	Conclusie	64
	Referenties	62

Abstract

Objective: Partner switch, co marital sex, wife swapping and open marriages, for sixty years these are common used terms for the phenomenon; swinging. Swinging is an activity where heterosexual couples have sexual activities with other couples or singles. Recent figures suggest that swingers are a growing group where many STD's are diagnosed. It is therefore a sexual behaviour with an increasing relevance in the domain of STD and HIV prevention. Testing on STD and partner warning are two priorities which could give an important contribution to the decrease of undiagnosed STD and will increase a better sexual health. However, the knowledge of determinants, which have influence on testing on STD and partner warning, are lacking in the literature. Therefore this ambiguous research tries to give insights in frequencies and motivations which have influence on sexual behaviour, test behaviour and warning behaviour. Besides, by using the model Theory of Planned Behaviour (TPB) is tried to identify important psychosocial behavioural determinants, which play an important role at the intention shaping and the behaviour to test on STD or partner warning.

Methods: The study has been conducted with qualitative and quantitative measuring-instruments. Twenty-five swingers participated in semi-structured depth interviews, when they visited the STD- clinic of GGD Twente. The focus was to explore the world of swingers and to identify sexual behaviours, testing behaviour and partner warning and in particular to identify with TPB the various motives that underlie whether to test for STD and to warn partners. The quantitative study was conducted with an online questionnaire, among a larger population (N= 1135) which focused on frequencies and motivations of behaviour (protecting behaviours, testing behaviours and warning behaviour). Furthermore the model TPB was examined to identify psychosocial behavioural determinants which influence test behaviour and partner warning.

Results: The qualitative and quantitative study both confirmed the impression that swingers had frequent unprotected sexual intercourses. In particular, manual- (fingering and jerking off) and oral sexual activities are practiced unsafe. Most respondents did use a condom during vaginal- and anal sexual intercourses with swing partners. Group-sex, pay dates, and orgies without the use of a condom gained territory and became more popular among the swingers population. Despite the unsafe sexual behaviour, almost 70% of the respondents tested at least once for STD's in the past year. However, only 45% of the respondents who participated in the online survey, tested frequently on STD's. Compared to the tested, non-tested found it more difficult to tell that they were swinging and they were more afraid of the procedure of the STD-test. The main reasons for not (frequent) testing for STD's were: a low perceived vulnerability for contracting STD's, a lack of time, limited opening times and they forgot to make an appointment for a STD-test. By analysis of variance and regression analysis, the impacts of psychosocial behavioural determinants on intention were compared and the TPB-model was tested. The determinants of TPB (attitude, social norm, self-efficacy and intention) are important predictors of the intention and behaviour formation to test on STD's. In addition, a higher perceived susceptibility, a higher swing frequency and a lower age were also significant predictors of the intention to test and test behaviour. The explained variance of the intention to test the coming 6 months and to test frequently on STD's was respectively 49% and 50%. The explained variance of behaviour was 49%.

About half of the respondents of the online survey had some experience with a form of partner warning and a third warned partners by themselves. The respondents', who warned their partners themselves, have shown not to apply the partner warning always correctly and accurate enough. Two third of the respondents didn't warn all the sexual contacts and one third warned contacts of a too short period, therefore not all the potentially infected partners were warned. The main barriers in warning partners were: shame and the lack of contact information of sexual partners. By means of analysis of variance and regression analysis, psychosocial behavioural determinants were identified and TPB was tested. Determinants of the TPB-model (attitude, self-efficacy and intention) predict the intention and warning behaviour. In addition, the perceived severity of STD's, a higher swing frequency and a higher age played also a role in the formation of intention and behaviour. The explained variance of intention and behaviour was respectively 22% and 29%.

Conclusion: This first study to STD-tests and partner warning among swingers provides an insight into frequencies, motivations and psychosocial determinants that play an important role in testing for STD's and partner warning. Interventions should focus on promoting frequent testing for STD's. The behavioural determinants; risk perception, attitude, social norm and self-efficacy play a crucial role.

Interventions in the area of partner warning should stimulate 'accurate' partner warning. Just as obtaining and maintaining contact information of swing partners and reducing barriers such as shame. Herewith are increasing the perceived severity of STD's and the TPB variables fundamental. The results of this study are an important complement to the currently existing literature in the field of STD / HIV prevention.

Samenvatting

Doel: Partnerruil, comarital sex, wife swapping en open huwelijken, het zijn al zestig jaar lang veelgebruikte synoniemen voor het fenomeen swingen, waarbij heteroseksuele stellen seksuele activiteiten aangaan met andere stellen en/of singles. Recente cijfers suggereren dat swingers een groeiende groep zijn waarbij veel soa's worden gediagnosticeerd. Hiermee is swingen een seksuele gedraging met een toenemende relevantie voor de soa- en hiv bestrijding. Testen op soa en partnerwaarschuwing zijn twee van de prioriteiten die een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan een daling van ongediagnosticeerde soa's en een betere seksuele gezondheid. Echter speerpunten voor interventies ter bevordering van de seksuele gezondheid van swingers ontbreken door een leemte in kennis over determinanten die van invloed zijn op het testen op soa en partnerwaarschuwing. Dit tweeledige onderzoek tracht inzicht te geven in omvang, frequenties en motivaties die van invloed zijn op seksuele gedragingen, testgedrag en waarschuwingsgedrag. Daarnaast is getracht middels Theory of Planned Behavior (TPB) belangrijke psychosociale gedragsdeterminanten te identificeren die een belangrijke rol spelen bij de intentievorming en het gedrag om te testen op soa of partners te waarschuwen.

Methoden: De studie is uitgevoerd middels kwalitatieve en kwantitatieve meetinstrumenten. Er zijn semigestructureerde diepte-interviews afgenomen bij 25 personen, die bij hun bezoek aan de soa poli van GGD Twente aangaven te swingen.

De focus lag op het inventariseren en in beeld brengen van diverse seksuele gedragingen, testgedragingen en partnerwaarschuwing en in het bijzonder het achterhalen van diverse motieven die ten grondslag liggen aan het wel of niet testen op soa en het waarschuwen van partners aan de hand van TPB. De kwantitatieve studie is uitgevoerd middels een online vragenlijst om onder een grotere populatie (N=1135) frequenties en motivaties van gedragingen (beschermingsgedrag, testgedrag en waarschuwingsgedrag) te kunnen meten. Daarnaast is middels TPB, getoetst welke psychosociale gedragsdeterminanten van invloed zijn op de intentie en gedragsvorming van testen op soa en partnerwaarschuwing.

Resultaten: De kwalitatieve en kwantitatieve studie bevestigen het beeld dat swingers veelvuldig onveilige seksuele contacten hebben. In het bijzonder worden manuele- (vingeren en aftrekken) en orale seksuele handelingen onveilig gedaan. De meeste respondenten gebruikten wel een condoom bij vaginale- en anale seks met swingpartners. Daarnaast winnen groepsseks, pay-dates en orgies zonder condoomgebruik aan populariteit onder deze groep. Ondanks de onveilige seksuele gedragingen had bijna 70% van de respondenten zich in het afgelopen jaar tenminste één keer laten testen op soa. Echter, slechts 45% van de respondenten, die deelnamen aan de online vragenlijst, lieten zich frequent testen op soa. In vergelijking tot testers, vonden niet-testers het moeilijker ervoor uit te moeten komen dat zij swingen en waren zij banger voor de procedure van de soa-test. De belangrijkste motivaties om niet (frequent) te testen op soa waren een lage waargenomen vatbaarheid tot het oplopen van een soa, tijdgebrek, beperkte openingstijden en zij vergaten een afspraak te maken voor een soa-test. Doormiddel van variantie- en regressieanalyses zijn de psychosociale gedragsdeterminanten vergeleken en is het TPB model getoetst. De psychosociale gedragsdeterminanten van TPB (attitude, sociale norm, zelfeffectiviteit en intentie) zijn belangrijke voorspellers in de keuze om wel of niet te testen op soa. Daarnaast zijn een hogere waargenomen vatbaarheid, een hogere swingfrequentie en een lagere leeftijd belangrijke voorspellers van intentie om te testen en testgedrag. De verklaarde variantie van de intentie om de komende 6 maanden te testen op soa en om frequent te testen op soa was respectievelijk 49% en 50%. De verklaarde variantie van gedrag was 49%.

Ongeveer de helft van de respondenten van de online vragenlijst, had ervaring met een vorm van partnerwaarschuwing en een derde had ervaring met het zelf waarschuwen van partners. Respondenten die ervaring hadden met zelf waarschuwen bleken partnerwaarschuwing niet altijd correct en voldoende toe te passen. Twee derde van de respondenten waarschuwde niet alle seksuele contacten en een derde waarschuwde seksuele contacten uit een te korte periode, waardoor niet alle mogelijk besmette partners

werden gewaarschuwd. De meest voorkomende barrières bij partnerwaarschuwing zijn schaamte en het missen van contactgegevens van swingpartners. Doormiddel van variantie- en regressieanalyses zijn de psychosociale gedragsdeterminanten vergeleken en is het TPB model getoetst. Determinanten van het TPB-model (attitude, zelfeffectiviteit en intentie) voorspellen een deel van de intentie om te waarschuwen en het waarschuwingsgedrag. Daarnaast bleken hogere inschatting van de ernst van de soa, een hogere swingfrequentie en een hogere leeftijd een rol te spelen in de intentievorming of het waarschuwingsgedrag. De verklaarde variantie van intentie en gedrag was respectievelijk 22% en 29%.

Conclusie: Deze eerste studie naar testgedrag en partnerwaarschuwing bij swingers, geeft inzicht in omvang, frequenties, motivaties en psychosociale gedragsdeterminanten die een rol spelen bij het testen op soa en partnerwaarschuwing. Interventies zouden zich moeten richten op het bevorderen van frequent testen op soa. De gedragsdeterminanten risicoperceptie, attitude, sociale norm en zelfeffectiviteit spelen hierbij een cruciale rol. Interventies op het gebied van partnerwaarschuwing zouden het 'voldoende' en 'correct' waarschuwen van voorgaande partners moeten stimuleren. Evenals het verkrijgen en bijhouden van contactgegevens van swingpartners en het verkleinen van barrières zoals schaamte. Hierbij zijn het vergroten van de ernst van soa's en de TPB-variabelen (attitude en zelfeffectiviteit) fundamenteel. De uitkomsten van dit onderzoek vormen een belangrijke aanvulling op de bestaande literatuur in het domein van soa/hiv preventie.

Hoofdstuk 1

Inleiding

1.1. Het fenomeen swingen

In de afgelopen 60 jaar zijn er verschillende benamingen ontwikkeld voor het in populariteit toenemende fenomeen swingen: een levensstijl waarbij koppels seksuele contacten aangaan met andere personen. De aard van de contacten kan variëren van flirten en seksueel contact met de eigen partner, tot diverse seksuele handelingen met wisselende partners. Het gaat bij deze levensstijl enkel om seksuele activiteiten want emotionele monogamie en het behoud van de relatie staan op de eerste plaats voor een swingend koppel (Bergstrand & Williams, 2000). In de bestaande literatuur zijn verschillende definities van swingen gehanteerd. Hierin worden swingers veelal omschreven als ‘koppels’ die niet monogame seksuele activiteiten aangaan met andere ‘koppels’ (Buunk & van Driel, 1989; Jenks, 1998; SFC, 2006; Eromatch, 2006; NASCA, 2010), echter soa-poli’s signaleren dat ook singles zijn vertegenwoordigd binnen de swingerswereld. Daarom hanteert dit onderzoek een definitie waarbij ook swingende singles worden geïnccludeerd. In dit onderzoek wordt de definitie van swingen gehanteerd, zoals besproken en akkoord bevonden in de Landelijke Gebruikersgroep van 17 juni 2010 en zoals gebruikt in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD):

“Swingers zijn man/vrouw stellen die gezamenlijk seksuele contacten aangaan met andere stellen en/of singles”

of

“Swingers zijn singles die seksuele contacten aangaan met man/vrouw stellen”

De bestaande literatuur omtrent swingers, toont dat swingers een aantal gemeenschappelijke kenmerken hebben. Swingers zijn veelal ‘blanke’ volwassenen in de leeftijd tussen de 30 en 55 jaar (Bartell, 1970; Dukers-Muijers et al, 2010; Jenks, 1985; van der Poel & Boon, 2007). Over het algemeen beschikken zij over een gemiddeld tot hoog opleidingsniveau en hebben zij liberale opvattingen ten aanzien van seksualiteit (Buunk, 1980; Jenks, 1985; Van der Poel & Boon, 2007). Swingers leggen veelal contact doormiddel van internet, parenclubs en feesten (Van der Poel & Boon, 2007; Psychologisch laboratorium, 1971), waarna het swingen veelal thuis en in parenclubs plaatsvindt (van der Poel & Boon, 2007).

Over de omvang van de doelgroep kunnen slechts schattingen worden gemaakt omdat swingers een verborgen doelgroep zijn. De populatie swingers is geschat op 30.000 personen op basis van het aantal leden dat bekend is bij Swingers Date Club, de grootste swingerswebsite (Soa Aids Nederland, 2011). Naar verwachting is deze groep veel groter, omdat vermoedelijk niet alle swingers zijn aangesloten bij Swingers Date Club.

1.2. Aanleiding voor onderzoek

Lange tijd is er in het domein van de soa en hiv preventie weinig aandacht geweest voor seksuele risicogedragingen en de seksuele gezondheid van de doelgroep swingers. Eerder onderzoek naar swingers richtte zich met name op sociale en relationele aspecten van het swingen (Buunk 1980; Jenks, 1998; Psychologisch laboratorium, 1971). Echter, de toename van het aantal swingers dat de soa-poli van GGD Twente bezoekt doet de vraag rijzen of swingers misschien een kwetsbare groep vormen.

Recent onderzoek heeft aangetoond dat swingers een groeiende groep zijn met een stijgende prevalentie soa's (Dukers-Muijers, Niekamp, Brouwers & Hoebe, 2010). Een mogelijke verklaring hiervoor is de veronderstelde seksuele risicogedragingen die swingers zouden vertonen (Van der Poel & Boon, 2007). Testen op soa en partnerwaarschuwing zijn 2 secundaire preventieactiviteiten die de seksuele gezondheid van swingers kunnen bevorderen (RIVM, 2011). Kennis over de omvang, frequenties, motieven en determinanten die ten grondslag liggen aan deze gedragingen zijn essentieel, maar ontbreken in de huidige wetenschap van de soa- en hiv bestrijding. Dit onderzoek tracht inzicht te geven in algemene kennis, omvang, frequenties, motieven en determinanten van testen op soa en partnerwaarschuwing doormiddel van beschrijvend-, diagnostisch en verklarend onderzoek.

1.3. Swingers en seksueel overdraagbare aandoeningen

Recent onderzoek heeft aangetoond dat de prevalentie van soa onder swingers toeneemt en vergelijkbaar is met hoog risicogroepen als jongeren, mannen die seks hebben met mannen (MSM) en prostituees/prostituanten (Duker-Muijters, Niekamp & Hoebe, 2010; Van der Poel & Boon). 12% van de soa-diagnoses die gesteld worden betreft swingers, wat een hoger percentage vormt dan prostituees en een vergelijkbaar percentage is met MSM'ers (Duker-Muijters et al., 2010). Van de patiëntengroep boven de 45 jaar, hebben 13,7% van de swingers een soa in vergelijking tot 2,9% van de niet-swingers en prostituees (Duker-Muijters et al., 2010). Bovendien is uit Nederlands onderzoek onder swingers gebleken dat ongeveer een kwart van de swingers één of meer soa's heeft gehad (Van der Poel & Boon, 2007).

Veronderstelde oorzaken voor de hoge prevalentie en transmissie van soa onder swingers zijn de veelal wisselende en risicovolle onveilige seksuele contacten die zij hebben (Van der Poel & Boon, 2007). Zo worden manuele- en orale seksuele handelingen doorgaans onveilig, zonder condoom of beflapje, uitgevoerd door swingers (Van der Poel & Boon, 2007). Daarentegen is het condoomgebruik bij vaginale- en anale seksuele handelingen hoger; ongeveer 60% van de personen boven de 55 jaar, gebruikte een condoom tijdens seksuele activiteiten met wisselende partners (Rutgers Nisso Groep, 2009). Verder toonde onderzoek aan dat slechts 30% van de swingende respondenten zich liet vaccineren tegen hepatitis B (Van der Poel & Boon, 2007). Daarnaast behoren swingers tot een risicogroep doordat zij frequent (veel) wisselende seksuele contacten hebben. De meeste swingers swingen ongeveer 12 keer per jaar en hebben per swingavond circa 2 verschillende sekspartners, buiten de eigen partner om (Van der Poel & Boon, 2007).

De gevolgen van seksueel risicogedrag en soa's kunnen voor het individu en de volksgezondheid groot zijn. Zo kunnen soa's veel ongemak meebrengen voor het individu, door het veroorzaken van jeuk, pijn, branderig gevoel, irritaties, veel afscheiding en bloedverlies. Op lange termijn kunnen soa's chronische pijn, buitenbaarmoederlijke zwangerschappen, onvruchtbaarheid, overdracht op het ongeboren kind, schade aan organen en zelfs de dood tot gevolg hebben (Soa Aids Nederland, 2011). Hiermee veroorzaken virale en bacteriële soa's 365 verloren levensjaren en aids 2129 levensjaren in Nederland (Gommer, Poos & Hoeymans, 2010). De kosten voor de volksgezondheid van de zorg voor soa in Nederland zijn hoog. De totale zorgkosten van soa's bedragen 46 miljoen, waarvan 33,6 miljoen wordt uitgegeven aan mensen ouder dan 25 jaar, dit is 73,5% van de totale kosten aan zorg voor soa (RIVM, 2005). In Europa veroorzaakt onveilig seksueel gedrag 1.543.000 'Disability-Adjusted Life Years' (DALY) (WHO, 2009).

Hiermee is swingen een seksuele gedraging met een toenemende relevantie voor de soa- en hiv bestrijding. Testen op soa en partnerwaarschuwing zijn twee van de prioriteiten die een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan een daling van ongediagnosticeerde soa's en een betere seksuele gezondheid onder swingers (RIVM, 2011).

1.4. Het belang van een soa-test

Het frequent testen op soa heeft mogelijk grote voordelen voor het individu en de volksgezondheid. Door het vroegtijdig kunnen diagnosticeren en behandelen van soa hebben individuen vaak betere prognoses op (volledig) herstel. Daarnaast is het tijdig opsporen in belang van de volksgezondheid omdat de 'transmissieketen' van soa overdracht doorbroken kan worden (RIVM, 2011). Kennis van de eigen soa/hiv status geeft mensen de mogelijkheid hun seksuele gedrag aan te passen en extra beschermingsmaatregelen te treffen als er sprake is van een soa (Soa Aids Nederland, 2011). Bovendien zijn de kosten van screening op soa bescheiden en hoge medische kosten, door een gevorderd ziekteverloop, kunnen worden vermeden (Schmid, 1996).

Ondanks de grote voordelen van frequent testen op soa en de risicovolle seksuele gedragingen, bestaat het vermoeden dat weinig swingers zich frequent laten testen op soa. Exacte cijfers over het testgedrag van swingers in Nederland ontbreken door het beperkte onderzoek dat hiernaar is verricht. Er zijn enkele Nederlandse onderzoeken die tezamen een zeer beperkte indruk geven van het testgedrag. Onderzoek van TNS NIP (2006), toonde dat maar 24% van de Nederlanders tussen de 35-54 jaar zich laten testen en bij 55-plussers lag dit percentage op slechts 10%. Onderzoek naar het testgedrag op hepatitis B toonde dat 50% zich ooit had laten testen (Van der Poel & Boon, 2007). Onlangs is er door het ministerie een registratie methode opgezet om de groep swingers en hun soa-consultaties inzichtelijk te maken. Helaas wordt deze methode alleen nog niet landelijk gebruikt en hoeft de vraag omtrent swingen niet verplicht te worden beantwoord (Vriend et al., 2010). Diagnostisch onderzoek naar het aantal swingers dat zich laat testen op soa in Nederland

ontbreekt in de huidige wetenschap. Dit onderzoek tracht meer inzicht te geven in de omvang, frequenties en testgedragingen van swingers in Nederland.

1.5. Psychosociale gedragsdeterminanten van testgedrag

Naast het in beeld brengen van omvang en frequenties van testgedrag van swingers is het van belang het testgedrag te kunnen verklaren. Door een leemte in kennis ontbreken verklarende motieven en determinanten voor het testgedrag van swingers. Daarentegen is wel onderzoek verricht naar determinanten die een rol spelen bij het testen op soa bij diverse hoog risicogroepen, in de leeftijdscategorie van swingers zoals homomannen en prostituees.

Risicoperceptie, ten aanzien van het oplopen van soa, bleek een cruciale rol te spelen in de keuze van hoog risicogroepen om zich te laten testen op soa (Deblonde et al., 2010; Kellerman et al., 2002; Mikolajczak, Hospers & Kok, 2006; De Wit & Adam, 2008). Onderzoek toonde aan dat swingers en hoog risicogroepen een relatief laag subjectief risico hebben waardoor zij hun *vatbaarheid* voor het oplopen van een soa laag inschatten (Deblonde et al., 2010; Van der Poel & Boon, 2007; Kellerman et al., 2002; Mikolajczak et al., 2006; De Wit & Adam, 2008). Hoog risicogroepen beschouwen hun eigen seksuele gedrag niet als een mogelijk risico (Deblonde et al., 2010; Mimiaga et al., 2009; De Wit & Adam, 2008). In onderzoek van Kellerman et al., (2002) verklaarden respondenten dat zij weinig onveilige seksuele activiteiten hadden gehad en dat zij hoogstwaarschijnlijk niet blootgesteld waren aan soa's en hiv. Onderzoek van Mimiaga et al., (2009) toonde dat respondenten geloofden dat hun partners 'soa-vrij' waren, waardoor zij hun vatbaarheid voor soa's als laag beoordeelden en zij testen op soa niet noodzakelijk vonden. Daarentegen toonden onderzoeksresultaten ten aanzien van *waargenomen ernst* een tegenovergesteld beeld. Onderzoek van Van der Poel & Boon (2007) en Wolfers et al., (2011) toonden dat swingers de waargenomen ernst van soa's hoog in schatten; swingers gaven aan het ernstig te vinden als zij een soa opliepen. Swingers verklaarden in het bijzonder sociale negatieve effecten te ervaren als stigma, schaamte en sociaal ongemak als gevolg van soa's en hiv (Goldenberg, Shoveller, Koehoorn & Ostry, 2008). Dit onderzoek tracht meer inzicht te geven in het subjectieve risico, bestaande uit waargenomen vatbaarheid en waargenomen ernst, dat swingers hebben ten aanzien van soa's.

Een laag *kennisniveau* over soa's en testen op soa wordt eveneens gezien als een determinant die bij hoog risicogroepen van invloed is op het testgedrag (Kellerman et al., 2002; Van der Poel en Boon, 2007). Zo zou door een laag kennisniveau ten aanzien van overdracht van soa, gevolgen van soa en soa-testen (procedure, testlocaties e.d.), niet accuraat genoeg ingespeeld kunnen worden op het voorkomen van soa en het (tijdig) signaleren van soa. Tevens wordt een laag kennisniveau in verband gebracht met een lage risicoperceptie (Wolfers, de Zwart & Kok, 2011). Door een gebrek aan kennis ten aanzien van soa-overdracht en de gevolgen van soa zijn hoog risicogroepen veelal niet in staat een reëel beeld te kunnen vormen van het objectieve risico, waardoor zij dit doorgaans onderschatten. Onderzoek van Van der Poel & Boon, (2007) toonde dat het kennisniveau van swingers ten aanzien van de soa Hepatitis B gemiddeld was. Een opmerkelijke bevinding gezien personen in de leeftijd van 30 tot 65 jaar een geslotenere vorm van relationele- en seksuele vorming hebben gehad, dan de huidige generatie jongeren en adolescenten (Aletta, 2011). Daarentegen beschikken swingers doorgaans over een gemiddeld tot hoog opleidingsniveau, waardoor een hoger kennisniveau ten aanzien van soa mogelijk verklaarbaar is (Jenks, 1985; Van der Poel & Boon, 2007). Dit diagnostisch- en verklarend onderzoek zal meer duidelijkheid kunnen verschaffen over het kennisniveau van swingers ten aanzien van soa's en testen op soa.

De toepassing van *gedragsverklarende modellen* kunnen meer inzicht bieden in determinanten die van invloed zijn op testgedrag van swingers, maar ontbreken in de huidige literatuur. Echter diverse onderzoeken onder hoog risicogroepen naar testgedrag tonen aan dat Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991), een goede indruk geeft van determinanten die een mogelijke rol spelen bij het testen op soa (Gu, Lau & Tsui, 2011; Van der Poel & Boon, 2007). Dit model veronderstelt, dat de mate waarin een individu bereid is om bepaald gedrag uit te voeren (intentie), de belangrijkste voorspeller is van gedrag: in dit geval (frequent) testen op soa. Deze intentie zou bepaald worden door drie gedragsdeterminanten, namelijk attitude, subjectieve norm en eigeneffectiviteit.

Attitude is de houding van een individu ten opzichte van een bepaalde gedraging, in dit geval testen op soa. De *attitude* wordt gevormd door de mate waarin het gedrag als positief of negatief wordt beoordeeld (Ajzen, 1991). Onderzoek naar de attitude van swingers ten opzichte van testen op soa ontbreekt in de huidige literatuur. Echter onderzoek van Gu, Lau & Tsui (2011) en Kellerman et

al., (2002) toonden aan dat een positieve attitude van MSM'ers ten aanzien van testen op soa, sterk bijdraagt aan de intentie om te testen op soa. Respondenten hadden een overwegend positieve attitude ten aanzien van testen op soa en geloofden dat een soa-test goed was voor de gezondheid en dat het noodzakelijk was frequent te testen op soa (Gu, Lau & Tsui, 2011). Meest genoemde motivaties van MSM'ers om te testen op soa waren eveneens de eigen soa/hiv status willen kennen omdat het goed is voor de eigen gezondheid, onveilige seksuele activiteiten hebben gehad, gewaarschuwd zijn en klachten (Mimiaga et al., 2009). Het verbeteren van de attitude kan mogelijk een positieve invloed hebben op de intentie- en gedragsvorming om te testen op soa.

De *subjectieve norm* is de waargenomen sociale druk om wel of niet een bepaalde gedraging uit te voeren. De subjectieve norm wordt gevormd door verwachtingen ten aanzien van een gedraging, van personen die belangrijk zijn voor het individu (Ajzen, 1991). Naast subjectieve norm, kan invloed vanuit de sociale omgeving ook worden gemeten door de mate van sociale steun en/of druk te bepalen, evenals de descriptieve norm of voorbeeldgedrag (Brug, van Assema & Lechner, 2008). De sociale omgeving van swingers, bestaande uit personen die belangrijk zijn bij de keuze om te testen op soa, zijn veelal de eigen partner en medeswingers. In tegenstelling tot andere hoog risicogroepen, als jongeren en MSM'ers, spelen familie en vrienden hierin geen rol omdat zij veelal niet weten dat deze personen swingen (Van der Poel & Boon, 2007). Onderzoek naar het verband tussen subjectieve norm en testgedrag, heeft zich tot op heden met name gericht op MSM'ers. In onderzoeken van Gu, Lau en Tsui (2011) is aangetoond dat MSM'ers het testgedrag van mede MSM'ers relatief laag inschatten. Onderzoek van Mimiaga et al., (2009) toonde dat de sociale omgeving een motivatie was voor MSM'ers om te testen op soa. Zo lieten MSM'ers zich testen met een partner, werd hun aangeraden door een vriend te testen op soa en was het een norm binnen de wereld van MSM'ers (Mimiaga et al., 2009).

Tot slot verwijst *eigeneffectiviteit* naar de perceptie van een individu of hij het vermogen heeft bepaald gedrag uit te kunnen voeren (Brug et al, 2008). Hierbij speelt de perceptie van de aanwezigheid van factoren die het gedrag bemoeilijken of vergemakkelijken een belangrijke rol bij de inschatting van individuen (Ajzen, 1991). Onderzoek van Van der Poel en Boon (2007) naar vaccinaties op hepatitis B toonde dat swingers barrières ervaren als: geen tijd, angst te moeten vertellen dat men swingt en angst voor naalden. Onderzoek naar barrières bij soa-testen onder MSM'ers toonde vergelijkbare barrières als: een gebrek aan motivatie om te testen, geen tijd en zorgen omtrent anonimiteit (Mimiaga et al, 2009). *Angst* voor de testuitslag en de consequenties van een positieve soa/hiv test bleek ook een belangrijke motivatie te zijn om geen soa-test af te laten nemen (Deblonde et al., 2010; Kellerman et al., 2002; Mikolajczak et al., 2006; Mimiaga et al., 2009; de Wit & Adam, 2008). Respondenten gaven in diverse onderzoeken aan niet te weten of zij wel met een positieve uitslag om kunnen gaan, vanwege het risico op buitensluiting en stigmatisering (Deblonde et al., 2010; de Wit & Adam, 2008). Onderzoek van de Wit & Adam (2008) toonde bovendien aan dat de voordelen van soa-testen, zoals het tijdig kunnen behandelen, geen enkele invloed hadden op het testgedrag van mensen die bang waren. Een vergroting van de zelfeffectiviteit kan mogelijk een bijdrage leveren aan de vergroting van de intentie om te testen op soa (Wolfers, Zwart & Kok, 2011).

Hoewel er veel onderzoek is gedaan naar testen op soa onder diverse hoog risicogroepen, zijn motivaties en determinanten van swingers nog onbekend. Dit onderzoek geeft doormiddel van beschrijvend-, diagnostisch- en verklarend onderzoek, kennis over frequenties van testgedrag, motivaties en determinanten die een rol spelen bij swingers om zich te laten testen op soa. TPB speelt in de deelonderzoeken een centrale rol. Hiermee tracht het onderzoek aanknopingspunten te kunnen bieden voor preventieactiviteiten gericht op een toename van het aantal frequent testende swingers.

1.6. Het belang van partnerwaarschuwing

Partnerwaarschuwing blijkt eveneens een effectieve methode te zijn die een grote bijdrage kan leveren aan een daling van ongediagnosticeerde soa en de prevalentie van soa kan beperken (Feijter & Nuradini, 2009). In de literatuur worden diverse definities gebruikt voor partnerwaarschuwing, zoals bron- en contactopsporing, maar veelal hebben ze dezelfde betekenis. In dit onderzoek wordt de definitie van partnerwaarschuwing gehanteerd zoals opgesteld door de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding van het RIVM (de Feijter & Nuradini, 2009):

“Partnerwaarschuwing is het informeren van die (seksuele) partner(s) van de indexcliënt, die mogelijk door seksueel contact geïnfecteerd is (zijn) met een soa”.

In Nederland wordt de waarschuwingsmethode ‘partnerwaarschuwing door de indexcliënt’, toegepast. Hierbij moet de persoon met een soa, de zogenoemde indexcliënt, zelf zijn of haar voorgaande seksuele partners waarschuwen, met als doel dat de gewaarschuwde zich laten testen op soa (De Feijter & Nuradini, 2009).

Door partnerwaarschuwing kan een soa vroegtijdig gediagnosticeerd worden, verder voorkomt partnerwaarschuwing verdere verspreiding van soa's, kunnen gewaarschuwde individuen vroegtijdig behandeld worden als er sprake is van soa en worden her infecties voorkomen (de Feijter & Nuradini, 2009). Dat de toepassing van partnerwaarschuwing effectief is bleek uit Nederlands onderzoek, waar bij 37% van de gewaarschuwde contacten een soa werd gediagnosticeerd (van Rooijen, 2011).

Ondanks de voordelen van partnerwaarschuwing en de stijgende prevalentie van soa onder swingers, bestaat het vermoeden dat swingers partnerwaarschuwing niet voldoende en correct toepassen. Er zijn enkele onderzoeken verricht die tezamen een zeer beperkte indruk geven van het waarschuwingsgedrag van swingers. Amerikaans onderzoek naar partnerwaarschuwing onder hoog risicogroepen toonde dat ongeveer 80% van de respondenten (patiënten met een soa), alle partners waarschuwden (Schwartz et al., 2006). Een lange relatieduur bleek een voorspeller van partnerwaarschuwing te zijn (Gursahaney, Jeong, Dixon & Wiesenfeld, 2011). Echter bij een toename van het aantal (wisselende) seksuele contacten bleken individuen minder partners te waarschuwen bij een soa (Schwartz et al., 2006; van Valkengoed, Morré, van den Brule, Meijer, Bouter, van Eijk & Boeke, 2002). Swingers worden gekenmerkt door het grotere aantal, veelal kortstondige seksuele contacten dat zij hebben met andere personen (Van der Poel & Boon, 2007). Hierdoor vormen zij mogelijk een risicogroep die naar verwachting niet voldoende partnerwaarschuwing toepast. Er kunnen echter enkel ruwe inschattingen worden gemaakt van het waarschuwingsgedrag van swingers, want kennis hierover ontbreekt in de huidige literatuur. Dit onderzoek tracht onder meer inzicht te geven in omvang, frequenties en ervaringen met partnerwaarschuwing bij swingers in Nederland.

1.7. Psychosociale gedragsdeterminanten van partnerwaarschuwing

In de huidige wetenschap rondom partnerwaarschuwing ontbreken verklaringen voor het waarschuwingsgedrag van swingers. Desondanks is zeer beperkt onderzoek gedaan naar determinanten die een rol spelen bij partnerwaarschuwing bij hoog risicogroepen, in vergelijkbare leeftijdscategorieën als swingers.

Een sterkere *interpersoonlijke en emotionele relatie* met mogelijk besmette partners heeft invloed op het waarschuwingsgedrag van met soa/ hiv geïnfecteerde personen (Gursahaney et al., 2011). Onderzoek toonde aan dat langere (seksuele) relaties en recent en regelmatig (seksueel) contact, een positieve invloed hadden op partnerwaarschuwing, zo vertelden respondenten bijna 5 keer vaker dat zij een soa hadden (Gursahaney et al., 2011). Daarentegen kan lang geen contact hebben gehad met eerdere seksuele partners, partnerwaarschuwing bemoeilijken. Swingers hebben zowel langere als kortstondige seksuele contacten met andere swingers, waardoor geen helder beeld bestaat omtrent het waarschuwingsgedrag. Nader onderzoek zal inzicht kunnen geven in de invloed van interpersoonlijke en emotionele relaties op waarschuwingsgedrag van swingers.

Onderzoeken onder diverse hoog risicogroepen naar partnerwaarschuwing toonden dat de *Theory of Planned Behavior* (Ajzen, 1991), een goede indruk geeft van determinanten die van invloed zijn op partnerwaarschuwing (Nuwaha, Faxelid, Wabire-Mangen, Eriksson & Höjer, 2001; Schwartz et al., 2006). Zo droegen een hoge zelfeffectiviteit en een positieve attitude bij aan een hogere intentie om partners te waarschuwen (Gursahaney et al., 2011; Nuwaha et al., 2001; Schwartz et al., 2006). Daarentegen bleek sociale invloed een zeer beperkte invloed te hebben op waarschuwingsgedrag (Nuwaha et al., 2001). Verder toonde onderzoek van Schwartz et al (2006) dat sterkere intenties tot partnerwaarschuwing resulteerden in meer waarschuwingsgedrag. De belangrijkste barrière die in de bestaande literatuur naar voren kwam was de angst voor reacties uit de sociale omgeving (Mimiaga et al., 2008). Angst bleek het waarschuwen van seksuele partners te bemoeilijken, zo gaven respondenten aan zich zorgen te maken om sociale situaties en waren zij bang voor geroddel, buitensluiting en discriminatie (Mimiaga et al, 2008; Nuwaha et al., 2001). Hierdoor is sociale angst een fundamentele barrière bij het waarschuwen van voorgaande seksuele partners en kan dit de zelfeffectiviteit om te waarschuwen belemmeren.

Tot slot toonde onderzoek aan dat eerdere ervaringen met partnerwaarschuwing een positieve invloed hebben op de intentie om partners te waarschuwen (Nuwaha et al., 2001). Volgens de theorie van Ajzen (1991) zou 'gedrag uit het verleden' geen invloed moeten hebben op intentie omdat dit wordt gemedieerd door de TPB variabelen, zoals attitude en zelfeffectiviteit. Als gedrag uit het verleden invloed heeft op de intentie, dan kan dit betekenen dat het TPB model niet voldoende de mediërende variabelen verklaart (Ajzen, 1991). Nader onderzoek zou heldere inzichten kunnen bieden in de invloed van eerdere ervaringen op waarschuwingsgedrag.

Tot op heden ontbreekt verklarend onderzoek en de toepassing van gedragsverklarende modellen als TPB ten aanzien van swingers en partnerwaarschuwing in de huidige literatuur. Het is echter wel van belang dat naast het in beeld brengen van de 'omvang en frequenties' van partnerwaarschuwing door swingers, inzicht verkregen wordt in motieven en determinanten die ten grondslag liggen aan partnerwaarschuwing om hier, waar nodig, accurate preventie op toe te kunnen passen. Toepassing van TPB in het domein van partnerwaarschuwing bij swingers zou mogelijk meer inzicht kunnen geven in psychosociale gedragsdeterminanten die mediëren bij de intentie- en gedragsvorming.

1.8. Doel van de studie

Hoewel er veel onderzoek is verricht naar testen op soa en partnerwaarschuwing onder diverse hoog risicogroepen, zijn swingers een onbelichte doelgroep in de wetenschap van soa- en hiv preventie. Kennis over deze gedragingen kan inzicht geven in de mate van de problematiek en kan aanknopingspunten bieden voor preventieactiviteiten en vervolgonderzoek. Dit tweeledige onderzoek tracht meer inzicht te geven in algemene kennis, aard, omvang en frequenties van soa-testen en partnerwaarschuwing onder swingers. Daarnaast tracht dit onderzoek, middels TPB belangrijke psychosociale determinanten te identificeren die een belangrijke rol spelen in de intentie- en gedragsvorming om te testen op soa en partners te waarschuwen. De volgende onderzoeksvragen staan centraal in dit onderzoek:

- *Vertonen swingers risicovolle seksuele gedragingen tijdens het swingen en welke dan?*
- *Wat is de omvang en frequentie van het testgedrag van swingers en welke psychosociale gedragsdeterminanten spelen een rol in de keuze van swingers om zich wel/ niet te laten testen op soa?*
- *Wat is de omvang en frequentie van partnerwaarschuwing onder swingers en welke psychosociale gedragsdeterminanten spelen een rol in de keuze van swingers om wel/niet voorgaande seksuele partners te waarschuwen bij een soa?*

Hoofdstuk 2

Methoden

Om zicht te krijgen op het fenomeen 'swingen' en om motieven en beweegredenen te achterhalen voor soa-testen en partnerwaarschuwing is gebruik gemaakt van explorerend onderzoek in de vorm van diepte-interviews. Omvang en frequenties van testen op soa en partnerwaarschuwing zullen in beeld worden gebracht met behulp van kwantitatief (online) onderzoek. Daarnaast worden motieven en determinanten die ten grondslag liggen aan deze gedragingen gekwantificeerd. TPB speelt een centrale rol in de beide deelonderzoeken.

2.1. Deelonderzoek 1: diepte-interviews swingers

Semi-gestructureerde diepte-interviews zijn uitgevoerd om een algemeen beeld te kunnen vormen van wat er in de swingerswereld speelt. Daarnaast is getracht motieven en beweegredenen te achterhalen voor seksueel risicogedrag, testen op soa en partnerwaarschuwing doormiddel van TPB.

2.1.1. Deelnemers & procedure

Voor deelname aan het onderzoek zijn personen benaderd die bij het maken van een telefonische afspraak of tijdens een soa consult aangaven te swingen. Personen die hun medewerking toezegden, 18 jaar of ouder waren en in het afgelopen jaar minimaal eenmaal hadden geswingd, kregen een informatiebrief toegestuurd waarin de procedure van het onderzoek beschreven stond. Voorafgaand aan het interview werd respondenten gevraagd een informed consent te ondertekenen (zie bijlage 3).

De interviews vonden plaats in de periode van maart 2011 t/m mei 2011. In overleg met de respondent, werd het interview afgenomen middels een telefonisch gesprek (16 respondenten) of face-to-face gesprek (9 respondenten), variërend van 50 tot 90 minuten. In het geval van een telefonisch interview, bevond de onderzoeker zich in een afgesloten ruimte en werden de respondenten gebeld door de onderzoeker op een vooraf afgesproken tijdstip. Indien respondenten een face-to-face gesprek prefereerden werden de deelnemers uitgenodigd op de locatie van GGD Twente. In veel gevallen kon het interview, direct na het geplande bezoek op de soa poli, plaatsvinden. Om te voorkomen dat partners elkaar zouden beïnvloeden, zijn stellen apart van elkaar geïnterviewd (Lensvelt-Mulders & de Leeuw, 2002). Zowel bij het telefonisch interview als bij het face-to-face interview werd het gesprek, met toestemming van de respondent, opgenomen op audioapparatuur. Deelname aan de diepte-interviews werd beloond met een leuke attentie, die onder andere een bioscoopbon bevatte.

In totaal zijn 31 mensen benaderd voor deelname aan het onderzoek. De uiteindelijke onderzoeksgroep bestond uit 25 personen (12 mannen en 13 vrouwen), in de leeftijd van 28 tot 64 jaar en een gemiddelde leeftijd van 41,8 jaar. Alle deelnemers hadden de Nederlandse nationaliteit.

2.1.2. Interviewschema

Om een goed beeld te krijgen van het fenomeen 'swingen', evenals motivaties voor testen op soa en partnerwaarschuwing, is gebruik gemaakt van kwalitatieve meetinstrumenten. In semigestructureerde diepte-interviews, werden respondent aangemoedigd om motivaties, gedachten en gevoelens prijs te geven (Migchelbrink, 2000). Vragen werden gesteld aan de hand van een vooraf opgestelde itemlijst (interviewschema). Deze methode zorgt ervoor dat alle onderwerpen systematisch aan bod komen en bood de onderzoeker tevens mogelijkheid om, aan de hand van gegeven antwoorden, dieper in te gaan op bepaalde thema's.

Het interviewschema bestond uit elf onderdelen, te weten: demografische gegevens, de swingerswereld, swinggedragingen, swingen en sociale omgeving, soa en beschermingsgedrag, condoomgebruik, middelengebruik, testen op soa, testen wie/wat/waar, partnerwaarschuwing en de gevolgen van soa (voor het volledige interviewschema, zie bijlage 4).

In het diepte-interview werd gevraagd naar de visie van respondenten en niet direct naar hun persoonlijke ervaringen. Hiermee werd getracht om de kans op sociaal wenselijke antwoorden te verminderen en betrouwbaarheid van antwoorden te verhogen. Het

explorerende karakter van de diepte-interviews had tot gevolg dat er nieuwe vragen naar voren kwamen. Om deze reden is besloten om het interviewschema, na het tiende interview, aan te passen. Zo zijn vragen toegevoegd met betrekking tot paydates, bisexualiteit, het frequent testen op soa, daarnaast werd extra beroep gedaan op het voorstellingsvermogen van respondenten in het geval zij geen ervaring hadden met barrières bij testen op soa of partnerwaarschuwing. Tevens zijn er extra vragen toegevoegd betreffende de invloed van een soa op beschermingsmaatregelen, effecten van drugs en testen van drugs (voor het volledige interviewschema, zie bijlage 4).

2.1.3. Data analyse

Diepte-interviews waarborgen geen volledige anonimiteit. Echter, gegevens werden vertrouwelijk behandeld en afgezien van geslacht en leeftijd, werden respondenten niet gevraagd naar persoonsgegevens. Interviews werden opgeslagen onder een nummer, met daaraan gekoppeld de datum van afname van het interview.

De diepte-interviews zijn volledig uitgeschreven in het tekstverwerkingsprogramma Word (zie bijlage 5 t/m 29). Hierna zijn de gegeven antwoorden geïnterpreteerd en vervolgens gecategoriseerd en gekwantificeerd door beide onderzoekers. De resultaten zijn samengevat in een codeboek (zie bijlage 30).

2.2. Deelonderzoek 2: online vragenlijst

Het online onderzoek is uitgevoerd om de omvang en frequenties van de gedragingen: seksueel risicogedrag, testen op soa en partnerwaarschuwing te kunnen achterhalen. Daarnaast is getracht aan de hand van TPB psychosociale gedragsdeterminanten te kwantificeren en zicht te krijgen op determinanten die van invloed zijn op de intentie en gedragsvorming van soa-testen en partnerwaarschuwing.

Omdat swingers een verborgen groep vormen, die middels het internet contacten leggen (Van der Poel & Boon, 2007), is gekozen voor kwantitatieve dataverzameling, middels een online vragenlijst. Een online vragenlijst garandeert anonimiteit (Rotteveel & Does, 2005) en respondenten zijn niet verplicht om gegevens in te vullen die terug te leiden zijn naar individuen (zie privacy en ethische aspecten in onderzoeksprotocol, bijlage 31). Daarnaast biedt een online vragenlijst als voordeel dat geselecteerd kan worden op vragen, waardoor respondenten alleen, de voor hen relevante vragen hoeven te beantwoorden.

2.2.1. Deelnemers & procedure

Om swingers te werven voor deelname aan de online vragenlijst zijn swingerswebsites, forums, SOA Aids Nederland en GGD'en benaderd om medewerking te verlenen aan het online onderzoek (voor een volledig overzicht van deelnemende websites zie bijlage 34).

Swingerswebsites en forums dienen voornamelijk als ontmoetingsplek voor swingers. GGD'en en SOA Aids Nederland hebben een meer informatieve functie op het gebied van seksualiteit voor deze doelgroep. Beheerders van de websites zijn benaderd om een link en/of banner met een toelichtende tekst te plaatsen op hun website, om op deze wijze het onderzoek onder de aandacht van swingers te brengen. Swingerswebsite SDC¹ koos ervoor om de link per mail onder de aandacht van leden brengen. Tevens zijn ter promotie van het onderzoek, posters en visitekaartjes ontwikkeld en verzonden naar 18 GGD'en in Nederland, met het verzoek deze te verspreiden onder swingers die de soa poli bezochten (zie bijlage 32).

De online vragenlijsten zijn in de periode van juli 2011 t/m september 2011 afgenomen met behulp van het programma Survey Monkey. Respondenten maakten kans op een dinerbon, door vrijwillig een e-mailadres achter te laten. Na sluiting van het onderzoek zijn de gegevens gedownload. In totaal zijn 2048 personen gestart met de vragenlijst. Na selectie van de doelgroep hebben 1781 personen de vragenlijst geheel (1135) of gedeeltelijk (648) ingevuld. Vanwege het ruime aantal respondenten is ervoor gekozen om alleen vragenlijsten te includeren die van vraag 1 t/m 79 volledig waren ingevuld (n=1135). Alvorens analyses werden uitgevoerd op het

¹ Voor definitie, zie begrippenlijst (bijlage 1).

databestand is het bestand gecontroleerd op correctheid van invoer en opgeschoond. Er is een controle uitgevoerd op dubbele vragenlijsten doormiddel van een check op dubbele ip-adressen. Dit kwam 3 keer voor. Deze vragenlijsten zijn echter wel behouden, omdat ip-adressen niet meer dan tweemaal voorkwamen en twee verschillende personen het interview kunnen hebben ingevuld via hetzelfde ip-adres. IP-adressen en eventuele e-mailadressen zijn verwijderd uit het databestand. De onderzoeksgroep bestond uit 746 mannen en 389 vrouwen, variërend in de leeftijd van 18 tot 69 (gemiddelde leeftijd is 43.3 jaar).

2.2.2. Online vragenlijst

De vragenlijst bevatte in totaal 83 vragen. De eerste vragen waren gericht op het uitsluiten van respondenten die niet tot de doelgroep swingers behoorden. Vervolgens werden enkele vragen gesteld met betrekking tot swinggedragingen en risicogedragingen, waaronder seksuele gedragingen en gebruikersvragen met betrekking tot potentieverhogende middelen, alcohol en drugsgebruik. Tevens werden vragen gesteld betreffende de onderwerpen testen op soa, geslachtsziekten en partnerwaarschuwing. De vragenlijst werd afgerond met enkele vragen over demografische gegevens en een mogelijkheid voor opmerkingen.

Swinggedragingen

De eerste vragen in de online vragenlijst waren gericht op swinggedragingen. Hierin werd gevraagd naar swingduur, swingfrequentie, aantal seksuele contacten tijdens een date, swingplaats en seksuele voorkeur tijdens het swingen.

Beschermingsgedrag

Beschermingsgedrag is gemeten met 8 vragen over condoomgebruik en hygiënemaatregelen, waarbij zij konden kiezen uit vijf antwoordopties per handeling ('nooit', 'soms', 'meestal', 'altijd', 'niet van toepassing'). Respondenten werd gevraagd hoe vaak zij een condoom gebruikten bij orale seks, vingeren/aftrekken, vaginale seks, anale seks en gebruik van speeltjes. Tevens werd gevraagd of respondenten het condoom wisselden bij meerdere partners en bij de overgang van vaginaal contact naar anaal contact en vice versa. Twee vragen werden gesteld over het frequent reinigen van handen en speeltjes. Na uitsluiting van de optie 'niet van toepassing', zijn de 8 vragen samengevoegd en is een gemiddelde schaalscore berekend. Met een Cronbach's alpha van 0.67, blijken deze 8 stellingen een betrouwbare meetschaal te vormen.

Testgedrag op soa

Om een beeld te krijgen van de omvang en frequentie van het testgedrag op soa zijn een viertal vragen gesteld. In de eerste plaats is gevraagd of men in de afgelopen 12 maanden een soa-test heeft gedaan en hoe vaak men een soa-test heeft gedaan. Vervolgens is respondenten gevraagd waar men deze heeft laten afnemen, met de keuze uit vijf antwoordmogelijkheden (huisarts, GGD, ziekenhuis, thuis test of anders). Tot slot is gevraagd naar de belangrijkste reden voor de laatste soa-test. De vijf gegeven antwoordmogelijkheden van de vraag zijn afgeleid uit de diepte-interviews ('onveilige seks', 'routinematig', 'klachten', 'waarschuwing uit netwerk', 'anders').

Opvattingen over testgedrag op basis van Theory of Planned Behavior

De Theory of Planned Behavior (TPB) is gemeten aan de hand van vragen over attitude, risicoperceptie, sociale norm, zelfeffectiviteit en intentie met betrekking tot testen op soa (zie ook tabel 4.8.).

De *attitude* ten aanzien van het testen op soa is gemeten door een drietal vragen, waarbij respondenten op een 5-puntsschaal van 'helemaal oneens tot helemaal eens', konden aangeven wat voor hen van toepassing was. Met een Cronbach's alpha van 0,64 vormden deze items een betrouwbare schaal. De categorie bestond uit 2 positief geformuleerde vragen en 1 negatief geformuleerde vraag. De negatieve vraag was, voorafgaand aan de berekening van de individuele schaalscore voor attitude, her gecodeerd zodat een hogere score wees op een positievere attitude. De gemiddelde individuele schaalscore is berekend over 3 items.

De *sociale norm* is gemeten door de factoren sociale druk, voorbeeldgedrag en de perceptie van de heersende norm ten aanzien van soa-testen. Er is gekeken naar een tweetal groepen uit de sociale omgeving die een grote invloed op swingers hebben. Hiertoe behoren

de vaste partner en medeswingers. De sociale druk is gemeten door de vraag of partner en medeswingers vinden dat de respondent zich moet laten testen op soa. Voorbeeldgedrag is gemeten door respondenten de vraag te stellen of hun vaste partner en medeswingers zich regelmatig laten testen op soa. De heersende norm is gemeten door de stelling of testen op soa een plicht is. Wederom hadden respondenten de antwoordmogelijkheden van 'helemaal oneens tot helemaal eens' op een 5-puntsschaal. Cronbach's alpha voor sociale norm was 0,86. De schaalscore werd per respondent berekend door het gemiddelde van de 5 beantwoorde vragen.

Zelfeffectiviteit ten aanzien van het testen op soa omvatte 10 stellingen, waarbij respondenten op een 5-puntsschaal van 'helemaal oneens tot helemaal eens' konden aangeven wat voor hen van toepassing was. De 10 stellingen zijn barrières die men kan ervaren bij soa-testen. De stellingen zijn ontwikkeld op basis van de diepte-interviews waarin respondenten mogelijke moeilijkheden hebben aangegeven. De 10 stellingen vormden een betrouwbare schaal met een Cronbach's alpha van 0,87. De 10 stellingen werden, voorafgaand aan de berekening van de gemiddelde individuele schaalscore voor zelfeffectiviteit, her gecodeerd zodat een hogere score wees op een hogere zelfeffectiviteit. De gemiddelde individuele score werd berekend door het gemiddelde van de 10 beantwoorde vragen.

Tot slot is de *intentie* gemeten van respondenten ten aanzien van testen soa. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen 2 typen intentie; intentie om te testen op soa en intentie om frequent (minimaal 2 keer per jaar) te testen op soa. Respondenten konden op een 5-puntsschaal van 'zeker niet tot zeker wel' aangeven in hoeverre zij van plan waren het gevraagde gedrag uit te voeren. Cronbach's alpha voor de twee vragen was 0,85. Tot slot werd een gemiddelde individuele schaalscore berekend door het gemiddelde van de 2 beantwoorde vragen.

Kennis en risicoperceptie

De *kennis* van soa en soa-testen werd gemeten over 3 onderwerpen, te weten: kennis over soa, kennis over testen op soa en kennis over de procedure van een soa-test. Iedere categorie bestond uit 3 vragen waarbij respondenten moesten aangeven of de stelling juist of onjuist was (2-puntsschaal). De schaal, bestaande uit 9 items bleek niet betrouwbaar met een Cronbach's alpha van 0,2. Een 'kennisscore' werd per respondent berekend door het aantal goed beantwoorde vragen te sommeren (0-9).

Risicoperceptie ten aanzien van soa werd gemeten door vier vragen, waarbij respondenten op een 5-puntsschaal van 'helemaal eens tot helemaal oneens' moesten aangeven in hoeverre ze het eens waren met de stelling. Cronbach's alpha voor deze 4 stellingen was 0,41 wat aangeeft dat de interne betrouwbaarheid van deze schaal te laag was.

Seksuele gezondheid

Om een beeld te krijgen van de seksuele gezondheid van de respondenten, is hen gevraagd of zij wel eens een soa hebben gehad, welk type soa zij hebben gehad en hoe vaak zij deze soa hebben gehad, gedurende de periode dat zij swingen.

Partnerwaarschuwing

Om een beeld te kunnen schetsen of respondenten eerdere seksuele contacten waarschuwen voor een soa en hoe zij dit doen, waren een vijftal vragen gesteld. De eerste 2 vragen hadden betrekking op het aantal ervaringen met gewaarschuwd worden en het communicatiemiddel (telefoon, sms, email of face-to-face) wat hier eventueel bij gebruikt is. De andere vragen waren gericht op het zelf waarschuwen van partners. Er werd gevraagd naar het aantal ervaringen met waarschuwen, het aantal gewaarschuwde seksuele contacten en over welke tijdsperiode men heeft gewaarschuwd.

Opvattingen over partnerwaarschuwing op basis van Theory of Planned Behavior

Ook bij partnerwaarschuwing is gebruik gemaakt van TPB om opvattingen met betrekking tot psychosociale gedragsdeterminanten te achterhalen. Echter, hierbij is niet het volledige model uitgevraagd, maar slechts enkele onderdelen, te weten: attitude, zelfeffectiviteit en intentie. Subjectieve norm werd niet bevraagd, daar men naar verwachting zeer sociaal wenselijke antwoorden geeft en de vragen

voor de hand liggende antwoorden ontlokken. Barrières gevormd vanuit de sociale omgeving zijn meegenomen in het onderdeel zelfeffectiviteit. Resultaten zijn getoond in tabel 4.13.

Er zijn 2 verschillende *attituden* bij partnerwaarschuwing gemeten. In de eerste plaats de attitude ten aanzien van zelf *gewaarschuwd worden* voor geslachtsziekten en in de tweede plaats de attitude ten aanzien van het *zelf waarschuwen* voor geslachtsziekten. Respondenten konden op een 5-puntsschaal ('heel belangrijk' tot 'heel onbelangrijk') aangeven in hoeverre ze het belang van partnerwaarschuwing inzagen. Cronbach's alpha voor deze schaal was 0,85, wat betekende dat individuele schaalscores voor respondenten berekend konden worden

Zelfeffectiviteit en barrières werden gemeten aan de hand 8 stellingen waarbij respondenten op een 5-puntsschaal ('helemaal oneens' tot 'helemaal eens') konden aangeven in hoeverre ze het eens waren met de stelling. Cronbach's alpha voor de 8 stellingen was 0,9, wat betekende dat zelfeffectiviteit een betrouwbare schaal vormde. Voorafgaande aan het berekenen van individuele schaalscores voor zelfeffectiviteit zijn de items her gecodeerd zodat een hogere score wees op een hogere zelfeffectiviteit.

Tot slot is de *intentie* voor het waarschuwen van partners gemeten door twee vragen. De eerste vraag betrof de intentie voor het waarschuwen bij het *hebben van een geslachtsziekte*. Aansluitend is gevraagd naar de intentie tot waarschuwen bij het *hebben van een waarschuwing* voor soa uit het netwerk. Respondenten konden op een 5-puntsschaal ('zeer niet' tot 'zeer wel') aangeven hoe waarschijnlijk het was dat zij voorgaande partners zouden waarschuwen. Cronbach's alpha voor deze 2 stellingen was 0,79. Vervolgens is een individuele schaalscore berekend voor intentie.

Tabel *. Constructen Theory of planned behavior voor testen op soa en partnerwaarschuwing (N=1135)

Construct	Items	Min	Max	α
Beschermingsmaatregelen	8	1	4	,67
Kennis				
Kennis over soa	3	1	2	,07
Kennis over testen op soa	2	1	2	,55
Kennis over procedure van soa-test	3	1	2	-,04
Risicoperceptie	4	1	5	,41
Theory of planned behavior - Testen op soa				
Attitude	3	1	5	,64
Subjectieve norm	5	1	5	,86
Zelfeffectiviteit	10	1	5	,87
Intentie tot testen	2	1	5	,85
Theory of planned behavior - Partnerwaarschuwing				
Attitude	2	1	5	,85
Zelfeffectiviteit	8	1	5	,90
Intentie tot waarschuwen bij een soa	2	1	5	,79

2.2.3 Data analyse

De statistische analyses zijn uitgevoerd met behulp van SPSS 17.0. Om frequenties van gedragingen in beeld te brengen is gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek (Means, SD, percentages). Verschillen tussen groepen (geslacht, test-status en waarschuwingstatus), werden getoetst met non-parametrische Mann-Whitney U toetsen en Chi kwadraat toets. Er is getoetst met een p-waarde van 0.01 en 0,001. Indien de p-waarde afwijkend is, wordt dit aangegeven bij de desbetreffende tabel. Bij alle tabellen is de gebruikte toets in de voetnoot weergegeven.

Om inzicht te krijgen in de samenhang tussen de variabelen uit het TPB-model, risicoperceptie en controlevariabelen, zoals swinggedragingen en demografische gegevens, zijn correlatieanalyses uitgevoerd. Aangezien de variabelen ordinaal geschaald zijn, is de

Spearman correlatiecoëfficiënt gebruikt. Vervolgens zijn stapsgewijze meervoudige lineaire regressieanalyses uitgevoerd om de belangrijkste voorspellers van de intentie en het gedrag van testen op soa en partnerwaarschuwing te achterhalen. In de eerste plaats is gekeken of de TPB variabelen goede voorspellers zijn voor intentie en test- en waarschuwingsgedrag. Vervolgens is risicoperceptie toegevoegd omdat dit vanuit de literatuur een belangrijke voorspeller bleek te zijn en in de derde stap zijn de controlevariabelen toegevoegd (swinggedragingen en demografische gegevens).

Vanwege de een aantal hoge Pearson correlaties moest er sterk rekening worden gehouden met multicollineariteit. Daarom is gekeken naar de Tolerance'waarde en de VIF waarde. Deze is in alle gevallen groter dan 0,1 en de VIF waarde kleiner dan 10. Hierdoor hoeft de multicollineariteit niet als een probleem beschouwd te worden.

Hoofdstuk 3

Resultaten Deelonderzoek 1

3.1. Demografische gegevens

De onderzoeksgroep van 25 respondenten, werd gevormd door 12 mannen en 13 vrouwen, zoals te zien in tabel 3.1. De leeftijd van de respondenten liep uiteen van 26 t/m 61 jaar en de gemiddelde leeftijd bedroeg 41,8 jaar. De meeste respondenten beschikten over een afgeronde MBO of HBO opleiding. Onder de 25 geïnterviewde respondenten bevonden zich 8 man/vrouw koppels. Veruit de meeste respondenten gaven aan een vaste relatie te hebben. Opvallend was dat de helft van de respondenten al ruim twintig jaar een relatie had. Twee respondenten hadden een relatieduur van meer dan 36 jaar. Opgemerkt moet worden dat dit een koppel betrof, dat ook qua leeftijd de twee oudste respondenten waren. Een ruime meerderheid van de respondenten gaf aan thuiswonende kinderen te hebben.

Tabel. 3.1. Demografische gegevens respondenten diepte-interviews (N=25)

		N			N
Geslacht	Man	12	Opleidingsniveau	WO	2
	Vrouw	13		HBO	9
				MBO	11
Leeftijd	18-25 jaar	0	Relatieduur	LBO	1
	26-30 jaar	2		Voortgezet onderwijs	2
	31-40 jaar	5			
	41-50 jaar	15		< 3 jaar	2
	51-60 jaar	2		4-5 jaar	3
	≥61 jaar	1		6-10 jaar	5
				11-15 jaar	1
				16-20 jaar	1
				21-25 jaar	7
				26-30 jaar	4
				≥ 31 jaar	2

3.2. Swinggedragingen

De meeste respondenten gaven in de diepte-interviews aan tussen de 1 en 10 jaar te swingen, zoals te zien is in tabel 3.2. Opvallend was dat respondenten met lange relaties, aangaven pas na meerdere jaren huwelijk te zijn begonnen met swingen, terwijl respondenten met een tweede relatie vaak bij aanvang van de relatie zijn gestart met swingen. De frequentie van het swingen lag voor de meeste respondenten op ongeveer een keer per maand.

De geïnterviewden noemden spanning, nieuwsgierigheid en een aanvulling op de relatie, als redenen om te starten met swingen. Deze nieuwsgierigheid en spanning omvatten het kunnen uitleven van seksuele fantasieën en het hebben van seks met anderen dan de vaste partner. De meerderheid van de geïnterviewde respondenten kwam op het idee om te gaan swingen via internet, verhalen uit de sociale omgeving en fantasieën. Het initiatief om te gaan swingen werd bij de meeste respondenten genomen door de man, maar respondenten benadrukten dat het besluit om te gaan swingen in overleg met elkaar werd genomen.

“... Maar vanuit een goede verstandhouding met je partner. Ik denk dat dat ook een voorwaarde is om het leuk te vinden als je een stel bent. Je moet het samen gewoon leuk vinden, dat is het belangrijkste...”(V)

Het gebruiken van internet, was voor nagenoeg alle respondenten de manier om in contact te komen met andere swingers. Na een eerste contact via een swingerswebsite, gaf men aan gebruik te maken van MSN om elkaar beter te leren kennen. Daarnaast gaf een kleiner deel aan naar parenclubs te gaan, om daar (nieuwe) contacten op te doen.

Het merendeel van de respondenten gaf aan veelal thuis te swingen. Respondenten ervoeren thuis een grotere mate van intimiteit, wat wil zeggen dat zij een beter contact met elkaar hebben en dat meerdere gespreksonderwerpen ter sprake komen. Daarnaast swingde een kwart van de respondenten wel eens in parenclubs. Redenen om in een club te swingen waren het gescheiden houden van privé en swingen en om eerst een beter beeld van iemand te krijgen, alvorens deze persoon toe te laten in de privé omgeving.

3.3. Seksuele gedragingen

3.3.1. Seksuele contacten

Een ruime meerderheid van de respondenten gaf aan zowel vaste als wisselende contacten te hebben, zoals getoond in tabel 3.2. Dit betekent dat zij aangaven, zowel eenmalige seksuele contacten hebben, alsook seksuele contacten waar zij herhaaldelijk mee afspreken. Het swingen vond volgens de respondenten plaats in diverse groepsgroottes. Veruit de meerderheid had één-op-één dates, wat betekent dat zij een swingdate hadden met één ander stel. Weliswaar swingde ook een ruime meerderheid wel eens in kleine groepen bestaande uit 3 tot 5 koppels en een enkeling swingde in grotere groepen. De meest genoemde reden voor één-op-één dates is een grotere mate van intimiteit. Meest genoemde redenen voor het swingen in groepen waren het minder hoeven verdelen van de aandacht en een grotere kans hebben op een geschikte swingpartner.

“Groepen zijn gewoon veel gezelliger, ja dat is gewoon veel leuker. Een 1-op-1-date is veel intiemer...”(V)

Van de respondenten die gevraagd zijn naar hun seksuele voorkeur, gaf de helft aan een biseksuele voorkeur te hebben tijdens het swingen. Opvallend was dat vrouwen vaker een biseksuele voorkeur hadden dan mannen.

Een opvallende ontwikkeling die door meerdere respondenten werd benoemd zijn pay-dates waarbij stellen betalen, of betaald krijgen voor een seks. De genoemde redenen voor het aangaan van pay-dates zijn niet zozeer financiële motieven, maar spanning, opwinding en het spelen van een (rollen)spel.

“Onze burens deden dat, toen dacht ik van ‘jee, dat is prostitutie’, want je krijgt betaald voor seks... Wij doen het niet voor het geld... dat klinkt heel stom. Het is opwindend, een soort verslaving...”(V)

“Iemand die voor haar komt en haar daar voor wil betalen. Dat geeft een kick. Het is de fantasie! De kick dat iemand dat voor haar wil doen...”(M)

Tabel 3.2. Swinggedragingen (N=25)

N			N		
Swingduur	< 1 jaar	3	Seksuele voorkeur	Heteroseksueel	5
	1-3 jaar	7		Biseksueel	10
	4-5 jaar	4		Onbekend	10
	6-10 jaar	8	Vastheid seksueel contact	Wisselend	3
	11-15 jaar	1		Vast	5
	≥ 16 jaar	2		Beide	15
Swingfrequentie	1-5 keer per jaar	2		Onbekend	2
	6-10 keer per jaar	4	Swingpartners per date	1-2 koppels	22
	11-15 keer per jaar	11		3-5 koppels	17
	≥ 15 keer per jaar	3		≥ 6 koppels	4
	Onbekend	5			

3.3.2. Beschermingsmaatregelen

Om seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) te voorkomen gaven respondenten aan condooms te gebruiken, zich te laten testen op soa, hygiëne maatregelen te nemen en lieten zij zich inenten tegen hepatitis A en B. Tevens gaven enkele respondenten aan swingpartners te selecteren op criteria als hygiëne, testen op soa en middelengebruik.

Een ruime meerderheid van de respondenten gaf aan altijd een condoom te gebruiken bij vaginale seks. De meest genoemde argumenten die zij hiervoor gaven waren hoofdzakelijk bescherming tegen soa, maar ook om zwangerschappen te voorkomen.

“Besmet raken is een ding, maar zwanger raken dat moet helemaal niet. Dus dat is ook wel een aspect voor bepaalde vrouwen om ook een condoom te gebruiken...”(M)

Toch ervoeren respondenten ook nadelen bij het gebruik van condooms. Zo vormt het omdoen van het condoom een onderbreking, met als gevolg het verdwijnen van de erectie en een onderbreking van het spel. Ook gaven respondenten aan minder gevoel te hebben met een condoom om.

“Ja, het liefste vaginale seks zonder condoom... je hebt er meer gevoel bij. En ook gewoon heel veel mannen die voor het eerste wat doen... ja, die zijn dat ook niet gewend. Dan staat hij net, dan pak het condoom en dan is hij weer slap. Het is ook slecht voor hun eigenwaarde, dus nou nee...”(V)

Opmerkelijk is, dat een klein aantal respondenten aangaven, dat zij bij een aantal vaste seksuele contacten geen condoom gebruiken bij vaginale seks. Als belangrijkste redenen hiervoor werden een toename van intimiteit en vertrouwen genoemd.

“Alleen dat ene stel is een uitzondering... Dat komt door intimiteit en een diep vertrouwen...”(M)

Vrijwel geen enkele respondent gebruikte een condoom bij orale seks, vingeren en aftrekken. Respondenten vonden condooms geen fijn gevoel geven, vies smaken en schatten het risico op een soa lager in bij orale seks. Ook benoemden respondenten dat de overgang van zoenen naar orale seks kleiner is, dan de overgang van orale seks naar vaginale seks. Respondenten verklaarden hierdoor het

condoom sneller achterwege te laten bij orale seks. Bij speeltjes daarentegen, werden wel weer beschermende maatregelen getroffen in de vorm van een condoom en/of het reinigen van speeltjes na gebruik. De helft van de respondenten had wel eens anale seks en gebruikte hierbij altijd een condoom. De meeste genoemde verklaring die zij hiervoor gaven is het hoge risico op soa bij anale seks.

“Ik vind het gewoon vies om met een condoom te pijpen. Ik vind het niet lekker, ik vind de smaak van rubber niet lekker, en de geur niet en het gevoel in mijn mond niet...”(V)

Hygiënemaatregelen, zoals douchen en handen wassen, werden niet frequent toegepast. De meeste respondenten gaven aan dit wel voor en na het swingen te doen, maar niet na ieder seksueel contact, omdat dit als omslachtig en/of onhandig werd ervaren. Een kleine minderheid van de respondenten was ingeënt tegen Hepatitis A en/of B.

“Handen wassen... nee, niet iedere keer, want dan blijf je aan het lopen. Plus het ligt er natuurlijk ook wel aan ben je met 4 of 10 man...hahaha!”(V)

3.3.3. Kennis en risicoperceptie

Vrijwel alle respondenten gaven aan te weten op welke manieren soa's overgedragen kunnen worden. Desondanks was de risicoperceptie onder de geïnterviewde respondenten relatief laag. Respondenten schatten hun kwetsbaarheid ten aanzien van oplopen van een soa bij orale seks en manuele handelingen zeer laag in. Het risico op een soa bij vaginale seks schatten zij iets hoger in en het risico bij anale seks noemden zij zeer hoog. Respondenten beoordeelden hun eigen beschermingsmaatregelen over het algemeen als goed, maar gaven de kanttekening dat ze desalniettemin een risico lopen op soa. Een ruime meerderheid zag zichzelf wel als hoogrisicogroep, maar calculeerde het risico op soa in, of probeerde dit risico gevoelsmatig te reduceren met argumenten (cognitieve dissonantie reductie). Zo benoemden respondenten bij iedere hobby een risico te lopen. De helft van de respondenten ving wel eens signalen op over soa in zijn omgeving.

“100% zekerheid krijg je daarbij nooit. Dat is hetzelfde als het dragen van een autogordel, 100% zekerheid krijg je nooit dat je het overleeft als je tegen een boom opknaapt... Ja, als je geen risico wilt lopen, dan moet je de hele dag binnen gaan zitten en hopen dat er geen bom op je huis valt. Als je naar de sportschool gaat neem je ook een risico dat je aangereden kan worden...”(M)

Tot slot schatten respondenten de ernst van soa's laag in. Over het algemeen waren respondenten niet bang voor het oplopen van soa's, met uitzondering van HIV. De meest genoemde redenen hiervoor waren dat de meeste soa gemakkelijk te behandelen zijn en de gevolgen van soa niet als ernstig werden beoordeeld.

“Je kunt het weer beter maken met medicijnen... en HIV is geen doodsoorzaak meer... Ik het zoiets van, ik wordt dit jaar 50 en als ik weet dat ik HIV heb, dan ben ik 10 jaar verder... en op het hoogtepunt, dat het mijn leven heel erg beïnvloed, dan ben ik 80...Het heeft dus bijna geen invloed...”(V)

3.3.4. Sociale omgeving

Respondenten gaven aan dat er bepaalde normen en waarden gelden tijdens het swingen. Zo gaf een meerderheid aan dat condoomgebruik, in het bijzonder bij vaginale- en anale seks, een standaard is. Echter zorgwekkend was dat een enkeling aangaf geen condooms te gebruiken bij vaste seksuele contacten. Condooms waren, volgens de respondenten, ruim beschikbaar, mede doordat zij zichzelf verantwoordelijk voelen voor het meenemen van eigen condooms. Verder noemden respondenten het testen op soa en het respecteren van elkaars wensen en grenzen op seksueel gebied als norm tijdens het swingen. Met de vaste partner werden vaak aanvullende afspraken gemaakt over wederzijdse controle tijdens het swingen, wat veelal leidt tot het swingen binnen één ruimte.

“Ja, het is gewoon de afspraak dat je bij elkaar in een ruimte blijft... het is niet de bedoeling dat die ander met iemand anders 1,5uur naar een andere ruimte gaat... je blijft in één ruimte omdat je elkaar echt in de gaten kan houden, ook of diegene zich op zijn gemak voelt... en ja dat is het belangrijkste...”(V)

3.4. Testen op soa

3.4.1. Ervaring testen op soa

Alle geïnterviewden hadden ervaring met het testen op soa. Dit was niet opmerkelijk omdat alle respondenten bezoekers waren van de soa-poli van GGD Twente. Een kleine meerderheid van de respondenten gaf aan, zich al te laten testen zolang zij swingen. Daarentegen was een kleine minderheid van de respondenten dit pas na een periode van minimaal een jaar gaan doen. Een enkeling was zelfs 10 jaar actief als swinger voordat men zich liet testen op soa. Opvallend was dat stellen, veelal gelijktijdig een soa-test lieten afnemen.

Uit de interviews bleek dat zowel sociale als persoonlijke motieven een rol spelen bij het starten met testen op soa. Zo gaf de helft van de respondenten aan, dat ze verantwoordelijkheid willen nemen voor zichzelf en medeswingers omdat door swingen een bepaald risico op soa wordt gelopen. Persoonlijke motieven die genoemd werden voor het routinematig testen, waren het vroegtijdig kunnen signaleren en behandelen van soa en respondenten vonden het bij de hobby swingen horen. Tot slot benoemden respondenten het hebben van klachten, een gescheurd condoom en gewaarschuwd zijn voor een soa, een aanleiding om (extra) te testen.

“Ik test gewoon omdat het erbij hoort. Kijk, je moet het zo zien, als je vaker op de autobaan zit, dan zul je ook vaker je banden moeten laten keuren...”(M)

“Ik vind dat als je deze hobby serieus neemt, dat je dat testen op soa ook moet doen...”(M)

“Bij klachten of een waarschuwing zou ik mij extra laten testen...”(V)

3.4.2. Attitude

De respondenten hadden een overwegend positieve attitude ten aanzien van soa-testen te hebben. Respondenten betitelden een soa-test als belangrijk, noodzakelijk en vanzelfsprekend. Een enkeling had een negatievere attitude. Hierbij werden laksheid en het niet belangrijk genoeg vinden, als belangrijkste redenen genoemd om niet te testen.

“... Het is gewoon belangrijk om je te laten testen... omdat je toch een risico loopt...”(V)

“Net als dat je als volwassene weet dat je ieder half jaar naar de tandarts moet, hoort dit er ook gewoon bij... Als je je in dit wereldje bevindt, dan weet je wat je doet en dan hoort dit er ook gewoon bij...”(M)

“Ik wil het niet verplicht stellen, maar ik vind het wel noodzakelijk ja... Nou, noodzakelijk... Zeer wenselijk...”(M)

3.4.3. Motivaties

De attitude van respondenten werd gevormd door een tal van positieve- en negatieve motivaties ten aanzien van soa-testen. Zo benoemden de geïnterviewden zowel cognitieve als affectieve voordelen van een soa-test, zoals te zien in tabel 3.3..

Respondenten gaven als voordeel aan dat een soa-test een gerust gevoel gaf. Daarnaast beredeneerden zij dat het goed is voor de eigen gezondheid en die van medeswingers en dat een soa-test een bijdrage kan leveren aan de doorbraak van de vicieuze cirkel van soa-besmettingen. Een enkeling benoemde ontspannender seksuele activiteiten te kunnen hebben door een soa-test.

Desondanks ervoeren respondenten ook barrières die het testen op soa kunnen bemoeilijken (tabel 3.3.). Zo speelden negatieve emoties als angst en schaamte een belangrijke rol. De angst, die een kleine minderheid van de respondenten ervoer, is vooral gericht op naalden, de procedure van de soa-test en de uitslag van de soa-test. Met name het gebrek aan kennis over de procedure van de soa-test en het geloof in fabeltjes wakkerde angst aan. Respondenten gaven aan dat schaamte ook een grote rol speelt omdat men bij een soa-

test ervoor uit moet komen dat men swingt, men bekenden tegen kan komen en men bang is veroordeeld te worden door medische hulpverleners. Verder vond een groot deel van de respondenten dat zij door een soa-test hun anonimiteit als swinger verliezen, wat grote gevolgen kan hebben voor hun gezin- en sociale leven.

Daarnaast is respondenten gevraagd welke moeilijkheden/ barrières zij ervaren bij het frequent testen op soa. Een klein aantal respondenten gaf aan dat zij vergaten een afspraak te maken voor een soa-test en dat zij tijdgebrek hadden wat frequent testen bemoeilijkt.

Vanuit de literatuur bleken verscheidene hoogrisicogroepen bang te zijn voor de uitslag van de soa-test, met als gevolg dat zij zich niet lieten testen. Uit de resultaten van de diepte-interviews bleek dit echter geen rol te spelen. Van de respondenten gaf slechts een enkeling gaf aan bang te zijn voor HIV, slecht nieuws nooit leuk te vinden en bang te zijn voor de gevolgen van soa's. Echter dit stond volgens hen het testen niet in de weg.

Tot slot, vermeldde de literatuur dat het hebben van een soa kan leiden tot stigmatisering en buitensluiting, wat de drempel kan verhogen om een soa-test te doen. De diepte-interviews bevestigden dit beeld; respondenten gaven namelijk aan swingpartners met een soa tijdelijk of permanent buiten te sluiten, totdat de soa is behandeld. Echter als een swingpartner meerdere keren een soa heeft gehad, dan gaven respondenten aan geen seksueel contact meer te willen hebben met deze persoon.

“Als ik naar mezelf kijk... Als een stel aan mij vertelt dat ze net een kuur hebben gehad voor chlamydia, ik noem maar wat... dan zou ik wel zoiets hebben van ‘how’... Ik denk wel dat dat een barrière wordt dan. Misschien heel egoïstisch, maar ik geloof wel dat je dan anders naar diegene kijkt...” (V)

“Ik ken één iemand die regelmatig die soa heeft en die wordt eigenlijk wel min of meer overal buitengesloten. Op een gegeven moment is het toch wel van ‘ja, die heeft alweer een soa, ik zou me nog maar eens bedenken voordat je met die op een matrasje gaat’. Dus ja... die wordt wel bijna gediscrimineerd zou ik haast zeggen...”(V)

Tabel 3.3. Voor- en nadelen van soa-testen(N=25)

	Citaat	N
Voordelen		
Gerust gevoel	"...Om te weten dat je niets hebt, dat stelt je wel gerust" (V)	13
Goed voor eigen/ andermans gezondheid en veiligheid	"Het is niet alleen voor jouw veiligheid, maar ook voor de die van anderen waar je mee omgaat" (M)	9
Doorbraak vicieuze cirkel besmetting	"Als iedereen het doet, bescherm je elkaar eigenlijk een beetje..."(V)	4
Tijdige behandeling van soa mogelijk	"Dat je tijdig bij een mogelijke infectie bent..."(M)	2
Seks meer ontspannen	"Als ik weet dat mijn partners getest zijn, heb ik meer ontspannende seks..." (M)	1
Nadelen/ Barrières		
Inbreuk op anonimiteit/ openheid over priveleven geven	"...Het feit dat je daar moet opbiechten dat je...Je moet vertellen waarom je je wil laten testen..."(M) "...En dan moet je zeggen dat je swinger bent... Dat is wel lastig voor iemand..."(M)	13
Laksigheid / kop in het zand steken*	"Gewoon de moeite er niet voor nemen. Denken: mij gebeurt dat niet, dus ach toe maar..." (V) "Het komt er niet van... Het is niet zo dat mensen niet willen, je vergeet het gewoon" (V)	8
Tijdgebrek*	"We hebben afgelopen periode door omstandigheden minder getest en dan loopt het 2 maand uit..."(V) "Ja, ik weet het moet wel gebeuren, maar ja... toch druk, vergeten..."(M)	6
Hoge drempel	"Drempelvrees, koudwatervrees... mensen durven de stap niet, je moet even een drempel over..."(M)	5
Bang voor naalden	"...Mijn vriendin kan niet tegen naalden en heeft ontzettend veel moeite ermee om een buisje bloed af te laten nemen... Kom haar met een naald aan en ze loopt hard weg..." (M)	4
Horror verhalen gehoord	"En van die enge verhalen dat je wattenstaafjes door je plasbuis moet doen..." (V) "... Een beeldvorming van eng en pijnlijk en er gaan natuurlijk verhalen de ronde..."(V)	3
Onwetendheid/ weinig kennis	"Wij wisten ook niet dat het zo gemakkelijk bij de GGD kon..."(M)	4
Hoge kosten	"Als ze er dik geld voor gaan vragen... dan gaat het misschien een heel stuk minder worden dat mensen zich laten testen..."(V)	1
Directe vragenlijst tijdens soa consult	"De vragenlijsten zijn soms best direct... misschien kunnen sommige mensen dat niet handelen..."(M)	1
Bij soa, gevolgen voor seksleven	"...Stel, ik heb wat, dan kan ik niet meer swingen én als ik iets heb, wat dan?" (V)	1
Test plek moeilijk bereikbaar/ vindbaar	"...Dat nummer was even moeilijk... dat was niet één, twee, drie..."(V)	1

*: Deze redenen worden in het bijzonder genoemd als moeilijkheden bij 'frequent' testen op soa

3.4.4. Sociale omgeving

Uit de diepte-interviews bleek dat er een grote openheid omtrent het testen op soa bestaat. Een ruime meerderheid van de respondenten gaf zelfs aan een soa-test als reclamemiddel te gebruiken om swingpartners aan te trekken door op profielen van swingwebsites de datum van de laatste soa-test te vermelden. Dit zou medeswingers de indruk moeten geven dat het een 'schoon en gezond' swingstel betreft. Echter, opvallend is dat deze openheid alleen op internet plaatsvindt. Slechts een enkele respondent gaf aan het onderwerp 'testen' ter sprake te brengen tijdens een date, voornamelijk met intieme swingvrienden.

"... Staat ook op swingerssites, iedereen heeft een eigen profiel, dan staat er ook altijd: APK gehad, dan en dan moeten we weer... Bijna een keurmerk, net als de APK. Wij zetten er ook altijd neer: 'APK gekeurd', haha! Er wordt veel reclame mee gemaakt..." (V)

“Praten over soa op zo’n gezellige avond, dat haalt die erotische spanning natuurlijk wat weg. Als je daar mee bezig bent, waar ben je dan mee bezig?...” (M)

Respondenten schatten het testgedrag van hun medeswingers hoog in. De helft van de geïnterviewden gaf aan dat de swingers die zij kennen, zich (bijna) allemaal laten testen op soa. Respondenten noemden testen op soa algemeen geaccepteerd en een norm. Enkele respondenten noemden een soa-test zelfs een toegangseis bij de selectie van geschikte swingpartners.

“Als je niet getest bent, hoef je niet bij ons aan te kloppen, zorg eerst maar dat je je laat testen en probeer het daarna nog maar een keer...” (M)

“Wij hebben een stel afgeketst omdat zij zich niet lieten testen... Toevalligerwijs kwamen wij laatst hun profiel weer tegen en stond erop dat ze zich lieten testen...” (V)

3.4.5. Risicoperceptie

Vrijwel alle respondenten leken zich bewust te zijn van de noodzaak van een soa-test als men swingt. De meerderheid van de respondenten benoemde een soa-test, in het bijzonder, noodzakelijk voor mensen met wisselende seksuele contacten en mensen die geen monogame relatie hebben. De meeste respondenten rekenden zichzelf tot deze groep, waardoor zij een soa-test als noodzakelijk ervoeren. Een enkeling had de perceptie dat een soa-test bedoeld is voor officiële hoogrisicogroepen zoals druggebruikers, prostituees en homoseksuele personen, hiertoe behoren swingers officieel niet.

“Een soa-test is belangrijk voor iedereen die wisselende contacten heeft, dus ook swingers. Maar dat geldt ook voor vrijgezellen die het gezellig hebben...” (V)

Een lage waargenomen kwetsbaarheid ten aanzien van het oplopen van een soa, bleek ook de reden te zijn dat enkele respondenten zich pas, na een aantal jaren swingen, lieten testen op soa. Respondenten noemden dat zij nog niet veel wisselende contacten hadden doordat de swingfrequentie laag was of doordat zij ‘vaste’ swingcontacten hadden. Hierdoor schatten zij het risico op soa laag in en zagen zij geen redenen/aanleiding om zich te laten testen.

“In het begin van het swingen, swingden we eigenlijk alleen maar met dezelfde mensen, stellen met condooms, daarom hebben we vrij lang gewacht met de eerste test, 2 jaar...We vertrouwden erop dat ze schoon waren, achteraf misschien een beetje naïef...” (V)

“We zijn er zelf heel laat mee hoor, omdat we de risico’s acceptabel vonden...” (M)

3.4.6. Testlocaties

Er zijn diverse locaties waar swingers zich kunnen laten testen op soa, zoals de GGD, de huisarts en thuis met behulp van thuistesten. De huisarts en GGD waren bekend bij vrijwel alle geïnterviewden. Echter, zoals getoond in tabel 3.4., verbonden zij aan iedere locatie voor- en nadelen.

Veel respondenten hadden een zeer positieve attitude ten opzichte van de GGD als testlocatie. Veel genoemde redenen hiervoor waren dat testen kosteloos is, men de mogelijkheid heeft zich anoniem te laten testen en de GGD geopend is in de avonduren. Daarnaast ervoeren de meeste respondenten een positief gevoel bij het consult en de hulpverleners. Respondenten noemden de hulpverleners onbevooroordeeld, met verstand van zaken. Bovendien vonden zij de GGD een toegankelijke testlocatie. Nadelen die enkele respondenten benoemden waren vooral gericht op de dienstverlening, zo werden openingstijden en de kans dat men bekenden tegen kan komen genoemd.

De geïnterviewden hadden een negatievere attitude ten aanzien van de huisarts als testlocatie. Zo noemden respondenten de huisarts bevooroordeeld, moeten ze er voor uit komen dat ze swingen, kennen zij de huisarts doorgaans al erg lang en kent de huisarts familieleden van de respondenten. Wel benoemen zij als voordeel dat de huisarts verbanden kan leggen met andere ziektebeelden.

Opvallend is dat geen van de respondenten ervaring had met het gebruik van thuistesten. Respondenten gaven aan twijfels te hebben over de betrouwbaarheid van thuistesten en gaven aan dat medische begeleiding bij een soa-test gewenst is. Een enkeling benoemde het voordeel dat een thuistest de meest anonieme methode is.

De meeste respondenten noemden de GGD als meest gewenste testlocatie. Daarnaast gaven respondenten aan dat testen op locaties waar swingers recreëren, zoals parenclubs, feesten en erotische beurzen, wenselijk is omdat de doelgroep aanwezig is en een soa-test een geaccepteerd middel is onder swingers. Daarentegen was er ook een grote groep respondenten die het testen op deze locaties juist sterk afraadde. Zij gaven als reden dat het ongewenst is met soa geconfronteerd te worden bij swinggelegenheden en lieten weten hier niet aan mee te willen werken.

"... Je hebt dus de categorie die de stap niet kunnen maken...Dus, kijk als je dan zoiets in een club zou hebben, dan is het een kwestie van: 'ideaal, we doen het direct, liever vandaag dan morgen'..."(V)

"Je gaat toch niet op een avond in een parenclub staan? Juist als je aan het uitgaan bent, dan wil je niet door de GGD gepest worden. Ik vind dit echt heel raar hoor! En eigenlijk vind ik dat je dat ook moet doen voordat je naar een parenclub gaat. Je moet gewoon zorgen dat je de dingen op orde hebt..."(M)

Tabel 3.4. Voor- en nadelen van verschillende testlocaties (N=25)

	Citaat	N
Voordelen GGD		
Anoniem	<i>"Zodra we wisten dat het ook anoniem kon en kosteloos, hebben we</i>	15
Kosteloos	<i>gelijk gezegd 'joh we gaan het gewoon doen'..."(V)</i>	7
Onbevooroordeelde hulpverleners	<i>"Zij komen meer van mijn soort tegen en veroordelen mij niet..."(V)</i>	5
Toegankelijk/ makkelijk	<i>"Het wordt erg makkelijk gemaakt en daar ben ik heel blij mee..."(M)</i>	5
Hulpverleners hebben verstand van zaken	<i>"Bij de GGD heb ik toch het idee dat ze meer verstand van zaken hebben..."(V)</i>	4
Bij consult ook preventie	<i>"Wij missen bij de huisarts dat gesprekje wel... even stilstaan bij wat je doet..."(V)</i>	3
Geopend in avonduren	<i>"...omdat ik hier s 'avonds terecht kan... Mijn werk mag er niet onder lijden..."(M)</i>	3
Prettig contact met hulpverleners	<i>"Ik hoorde dat het een heel normaal gespreksonderwerp is... het wordt als normaal beschouwd dat dat er is in de wereld..."(M)</i>	2
Verkoop producten voor veilige seks	<i>"Ik kan hier 100 condooms meenemen... die dingen zijn hartstikke goedkoop..."(V)</i> <i>"Wij moeten hier ook zijn voor spuiten... Hepatitis A en B dus ja..."(M)</i>	1
Minder pijnlijk	<i>"Dat is het minst pijnlijke... bij de huisarts ... gaan ze met een wattenstaafje naar binnen..."(M)</i>	1
Mogelijkheid om in eigen 'taal' te praten	<i>"Dat je daar vrij over kunt praten, ook in de terminologie zoals je dat normaal doet..."(M)</i>	1
Nadelen GGD		
Beperkte openingstijden	<i>"Ik werk 4 dagen in de week en dan is het moeilijk een afspraak te maken..."(V)</i>	4
Bekenden tegen kunnen komen	<i>"Nadeel is dat je overal bekenden tegen kunt komen, zo van 'wat doe jij hier' en 'ja ik laat me even testen', ja niet handig!" (V)</i>	2
Geen GGD in de buurt	<i>"Ze wonen in -dorpje-... ze zitten met openbaar vervoer... de rompslomp eromheen..." (V)</i>	2
Drukke	<i>"... het is heel vol, heel druk..."(V)</i>	1
Mensen denken dat je ziek bent	<i>"Bij een ziekenhuis komt je toch vaak omdat je ziek bent of misschien ziek bent..."(V)</i>	1

Minder anoniem	<i>"Ja, dat denk ik omdat je bij de huisarts voor alles terecht kunt... En bij de GGD kom je voor het reizigersspreekuur of het soa-sprek uur. Dus ja..." (M)</i>	1
Voordelen Huisarts		
Verbanden leggen met andere ziektebeelden	<i>"Ik had voor een tijd terug last van mijn prostaat... ik heb toen vermeld dat ik swing... Je moet dat toch wel in die context brengen..." (M)</i>	2
Nadelen Huisarts		
Bevooroordeeld	<i>"Ik belde de assistent voor de uitslag... En toen vond ik dat ze ineens een andere toon in haar stem had. En dat gaf mij een veroordeeld gevoel..." (M)</i>	8
Je moet erover vertellen/ inbreuk privacy	<i>"Bang dat hij vraagt van waarom en wat er is gebeurd..." (M)</i>	7
Ik ken de huisarts al zolang, die hoeft dat niet te weten	<i>"Minder prettig... weet ik niet... toch iets bekender, die persoon ken je al zo lang..." (M)</i>	6
De huisarts kent ook al mijn familie	<i>"Toch bang dat hij dan wat vertelt of laat merken aan andere gezinsleden..." (V)</i>	3
Je komt huisarts vaker tegen	<i>"Plus dat je hem in een klein dorpje wel tegenkomt hè... bij sociale activiteiten..." (V)</i>	2
Onterechte banden leggen met swingen	<i>"... Je komt met een klacht... en hij zou eerder dat verband zoeken met swingen... terwijl er misschien helemaal geen verband mee is..." (V)</i>	2
Kosten	<i>"Bij de huisarts kost het meer dan € 100,-... dat is mij te duur..." (V)</i>	1
Huisarts test niet op alle soa	<i>"Ik weet niet of je daar alle testen kunt laten doen..." (V)</i>	1
Voordelen Thuis test		
Hoge anonimiteit	<i>"Je zit dan meer anoniem..." (V)</i>	1
Nadelen Thuis test		
Twijfel over betrouwbaarheid	<i>"Ik denk dat het nog wel wat te wensen overlaat en dat het valt of staat met de manier van gebruik..." (M)</i>	10
Medische behandeling/advies is gewenst	<i>"Daar hoort een arts bij... ik vind dat horen en prettig bij een medische behandeling..." (M)</i>	6
Lastig	<i>"Nou uitstrijkje thuis maken kan wel, maar bloedprikken niet..." (V)</i>	3
Voor behandeling naar huisarts/GGD	<i>"Maar goed... als er wat aan de hand is moet je alsnog los..." (V)</i>	1

NB: Getallen achter de citaten corresponderen met de toegekende cijfers aan de diepte-interviews

3.4.7. Soa-test versus condoomgebruik

Een opvallende ontwikkeling is de betekenis die respondenten gaven aan de uitslag van een soa-test. Zo gaf een kwart van de respondenten aan dat 'getest zijn op soa' voor hen een vrijbrief was voor onveilige seks. Vooral bij vaste en intieme swingcontacten lieten sommige respondenten het condoom nog wel eens achterwege omdat dit de intimiteit en het vertrouwen zou verhogen. Voorwaarde die men echter stelde, was een negatieve uitslag van de soa-test², met andere woorden: een uitslag die toont dat de respondent geen soa heeft.

"Als we een keertje zonder condoom zouden willen, moesten we wel eerst laten testen. En eigenlijk is dat de aanleiding geweest voor een soa-test..." (M)

"Je laat het condoom wel makkelijker liggen als mensen getest zijn. Als ze niet getest zijn, zou ik het sowieso niet doen..." (V)

Een tweede risico verhogende ontwikkeling, die respondenten benoemden, zijn orgies zonder condoomgebruik die parenclubs organiseren. Mensen kunnen deelnemen aan deze orgies indien zij kunnen aantonen dat zij recent negatief zijn getest op soa.

² Een soa-test waaruit naar voren komt dat de persoon geen soa heeft.

Uit deze opvattingen bleken respondenten een onjuiste waarde/betekenis aan een soa-test te hechten. Zo leken zij een soa-test als een primair preventiemiddel tegen soa te gebruiken. Echter een soa-test biedt geen bescherming tegen soa en zegt enkel iets over de seksuele gezondheid in de maanden voorafgaande aan de test.

“...Er zijn feestjes waar bewust zonder condoom gesekst wordt, onder de voorwaarde dat je kunt bewijzen dat je getest bent...”(9)

“Nu kan ik ook zeggen tegen degene waar je wat mee gaat doen: ‘hier, kijk ik ben schoon’ want ik heb een bewijsje, een smsje ‘Ik doe het veilig, ik laat me geregeld testen’...”(V)

3.5. Het hebben van een soa

Veruit de meeste respondenten hadden geen ervaring met soa's. Een kleine minderheid van de respondenten gaf aan wel eens een soa gehad te hebben. De meest genoemde soa was chlamydia, maar ook genitale wratten en gonorroe kwamen voor. Daarnaast noemden enkele respondenten dat de vaste partner een soa had gehad.

Over het algemeen hadden de respondenten een positieve attitude ten opzichte van de behandeling van een soa. Een ruime meerderheid van de respondenten noemde de behandeling makkelijk. Enkele respondenten gaven aan geen beeld te hebben bij de behandeling van soa.

“Ik heb geen idee hoe de behandeling gaat. Ik heb zoiets van pilletje erin en klaar is kees... zo zal dat misschien niet altijd gaan...”(V)

Vrijwel alle respondenten hadden, op het moment dat ze een soa hadden, geen seksuele contacten. Slechts een enkeling gaf aan dat seksuele contacten gewoon doorlopen, maar met extra beschermingsmaatregelen. Respondenten gaven aan wel weer seksuele contacten aan te gaan, na behandeling van de soa.

“... Hij melde netjes dat hij een soa had. De hele avond heeft hij met de boxershort aangezet. Hij had al lang 3 dagen ervoor een dikke antibiotica spuit gehad, maar dat maakt niet uit... Maar het is heel bewust gegaan met eerst een condoom, dan pas spelen, na die tijd handen wassen, handen ontsmetten, na die tijd weer boxershort aan... Dat wordt echt alleen massage, echt alleen maar pijpen met condoom en hij doet eerst het condoom eromheen. Je mag er dan zelf ook niet aanzitten... Het is wel een hoop gedoe, maar je wilt hem niet negeren, dat is ook zo lullig!”(V)

“Bij een soa, dan is het daten ook afgelopen... totdat alles clean is, helemaal weg is, voordat ik überhaupt aan iets anders begin...”(M)
“Als een van de vriendenstellen, waar wij mee daten, een soa zou hebben, zou ik daar niet anders tegenaan kijken. Ik zou er op dat moment geen seks mee willen, dat is wel waar. Daar zou ik ook eerlijk voor uitkomen. Maar als ik weet het is behandeld en het is oké, dan is het voor mij ook oké...”(M)

Het hebben van een soa had voor de meerderheid van de respondenten een positieve invloed op hun beschermingsgedrag. De meeste respondenten gaven aan zich bewuster te worden van de risico's en beter toe te zien op beschermingsmaatregelen. Echter men gaf aan dat dit effect zich vooral op korte termijn zal voordoen en dan weer afneemt.

“Ik denk dat je je door een soa wel even bewust wordt van hetgeen, hoe je ermee omgaat, dat je er bewuster mee omgaat en toch wel wat voorzichtiger wordt, denk het wel...”(V)

Er waren echter ook enkele respondenten die hun beschermingsgedrag niet zouden aanpassen na het oplopen van een soa, omdat zij vonden al voldoende beschermd te zijn. Een treffende motivatie die hiervoor werd gegeven is dat men verder geen maatregelen meer kan treffen.

“Als ik ervan uitga, wat ik in feite aan condoomgebruik doe, dan is wat ik terug kan draaien een beflapje gebruiken bij een vrouw... en of ik dat dan zou doen... dat is een tweede... ik geloof niet dat ik dan zo snel mijn beschermingsgedrag ga aanpassen... denk ik niet...”(M)

3.6. Partnerwaarschuwing

Uit de diepte-interviews bleek de helft van de respondenten ervaring te hebben met gewaarschuwd worden voor een soa of zelf waarschuwen voor een soa, ook wel partnerwaarschuwing genoemd. De helft van de respondenten had ooit een waarschuwing gekregen en enkele respondenten hadden ervaring met het zelf waarschuwen van seksuele partners bij een soa. Tot slot was er een enkeling die aangaf ooit een soa te hebben gehad, maar geen ervaring had met partnerwaarschuwing. De resultaten worden getoond in tabel 3.5.

3.6.1. Gewaarschuwd worden

Respondenten die ervaring hadden met gewaarschuwd worden, werden veelal telefonisch, door de persoon zelf, gewaarschuwd. Een enkeling is gesmsd of heeft face-to-face contact gehad. De meerderheid van de geïnterviewden gaf aan, na een waarschuwing, opnieuw een soa-test af te laten nemen om een soa bij zichzelf uit te kunnen sluiten of tijdig te kunnen behandelen. Daarnaast gaven enkele respondenten aan voorlopig geen seksuele activiteiten meer aan te gaan.

“Ja, gewoon blij dat je gewaarschuwd bent...Ik ga er vanuit dat iemand dat niet expres doet. Ik zou zeggen: ‘fijn dat je me belt, dan laat ik me ook testen...”(M)

Vrijwel alle respondenten hadden een positieve attitude ten aanzien van het gewaarschuwd worden voor soa. Een ruime meerderheid van de respondenten gaf aan blij te zijn te worden gewaarschuwd doordat verdere verspreiding voorkomen kan worden. Daarnaast benoemden respondenten gelaten en begripvol te zijn, mede doordat zij weten dat ze een bepaald risico lopen bij swingen. Slechts enkele respondenten hadden een negatievere attitude, zij gaven aan geschrokken te zijn naar aanleiding van de waarschuwing.

“Ik heb liever dat ze het wel doen... stel dat wij ook weer contacten met anderen hebben... het gaat door en dat wil je niet...” (M)

“Nou je weet dat als je dit gaat doen, dat de kans wel aanwezig is dat je een soa kan krijgen... Dat is toch een risico wat je neemt. Het zou in mijn ogen heel erg raar zijn als je daar boos of agressief op zou reageren, want ja... daar kies je ook zelf voor...”(M)

“Ik zou in de eerste instantie wel schrikken. Misschien dat je uit je natuurlijke reactie toch wel een beetje boos wordt. Maar uiteindelijk weet je dat het een keer kan gebeuren...”(V)

Tabel 3.5. Ervaring met Partnerwaarschuwing

Type ervaring	N
Waarschuwing gekregen voor soa	
Telefonisch	3
SMS	2
Mail	1
Waarschuwing gegeven bij soa	
Telefonisch	4
Geen waarschuwing gegeven bij soa	3

3.6.2. Waarschuwen

Respondenten die wel eens gewaarschuwd hadden, deden dit allen telefonisch, omdat dit medium snel en gemakkelijk is en omdat men een persoonlijke uitleg kan geven.

“Ja, je schrikt toch wel even als dat gebeurt... en je wilt ook even informatie hebben... het kan ook best zijn dat ik een mailtje krijg, maar dan zou ik denken: ‘goh, kan ik je ven bellen, ik wil het er even over hebben... hoe is het gebeurd, hoelang heb je het...’”(V)

Een ruime meerderheid van de respondenten had een gematigd positieve attitude ten aanzien van het zelf waarschuwen voor een soa. Zo benoemde de helft negatieve emoties zoals beschamend, moeilijk en lastig. Een minderheid gaf aan dit niet moeilijk of lastig te vinden. Meest genoemde redenen hiervoor waren dat swingers weten dat ze bij swingen een hoger risico op soa lopen en men door partnerwaarschuwing zich extra kan laten testen om zo een eventuele soa tijdig op te sporen.

“Ik zou het wel lastig vinden om te zeggen, maar ik heb liever dat ze controleren en dat ze zeker weten dat ze het niet hebben of als ze het ook hebben er wat aan kunnen doen. Anders komen ze er pas een paar maanden later achter, als ze laten controleren en dat ook vervelend, dat hoeft niet...”(V)

“Het maakt het lastig dat je je toch lullig voelt en bang bent voor de reactie van anderen...”(M)

Een ruime meerderheid van de respondenten gaf aan wel de intentie te hebben om swingpartners te waarschuwen, mochten zij een soa hebben. De periode waaruit de respondenten seksuele contacten zouden waarschuwen varieerde van 3 maanden tot een jaar. De meeste respondenten gaven aan alle seksuele contacten sinds de laatste soa-test te waarschuwen. Een enkeling gaf aan dat ze de periode zouden laten afhangen van het type soa en het advies van de medische hulpverlener.

3.6.3. Barrières bij partnerwaarschuwing

In tabel 3.6. is te zien dat veel respondenten in de diepte-interviews aangaven barrières te ervaren bij het waarschuwen van voorgaande seksuele partners, als zij een soa hebben. Bij het waarschuwen van seksuele partners, bleken angst en schaamte voornamelijk een rol te spelen. Respondenten gaven aan bang te zijn voor buitensluiting en boze reacties van medeswingers. Tevens schaamden respondenten zich en gaven zij aan hun trots te verliezen.

Daarnaast speelden situationele factoren, zoals locatie, een rol. Een kwart van de respondenten gaf aan dat het moeilijk is eerdere swingpartners te waarschuwen die zij hebben ontmoet in een parenclub of feesten omdat zij veelal geen contactgegevens van personen hebben, wat het waarschuwen vrijwel onmogelijk maakt. Het swingen op deze locaties is veelal anoniemer dan het swingen thuis.

Respondenten benoemden ook de mate van intimiteit als een belemmering om te waarschuwen. Enkele respondenten gaven aan het moeilijker te vinden medeswingers te waarschuwen waar zij nauw contact mee hebben, omdat zij nog meer schaamte zouden ervaren doordat ze de ander niet willen teleurstellen. Daarentegen gaven ook enkele geïnterviewden aan het juist moeilijker te vinden anderen te waarschuwen als men diegene lang niet heeft gezien.

Enkele respondenten ervoeren geen barrières. Meest genoemde redenen hiervoor waren dat swingers een hoger risico op soa lopen en dit zelf ook weten. Daarnaast benoemden enkele respondenten dat het waarschuwen van intieme en nauwe contacten zoals vrienden, juist gemakkelijker is.

Tabel 3.6. Voor- en nadelen/ barrières bij partnerwaarschuwing (N=25)

	Citaat	N
Barrières		
Bang voor reactie medeswingers (Boosheid/ Roddelen)	"Misschien dat je bang bent voor reacties van anderen... Net zoals je zelf misschien zou reageren op anderen..."(V)	11
Geen contactgegevens door daten in club/ feesten	"...Als je in een parenclub bent... dan weet je niet meer wie dat allemaal waren, waar je contact mee hebt gehad..."(V) "Ja, die hebben vrijdagavond een feest met 8 stellen, gaan s'nachts door naar een ander feestje en daar zijn ook weer 10 stellen. De helft ken je daar niet van..."(V)	9
Eventuele buitensluiting	"... Ik heb het idee dat alleenstaande mannen die erachter zijn gekomen het liever niet vertellen... Die hebben het al moeilijk om mee te doen met swingers... dus..."(V)	6
Schaamte	"Ik zou me lullig voelen als ik het aan anderen moet vertellen... daar ben ik niet trots op..." (V)	6
Taboe	"Ik denk dat daar een taboe op rust. Dat je dat niet snel zegt... het is niet iets wat je zomaar vertelt"(M)	6
Slecht nieuws brengen is nooit leuk	"Het is natuurlijk nooit leuk om een slecht nieuws gesprek te voeren... dat is gewoon een beetje vervelend..."(M)	3
Als je mensen al beter/goed kent	"Ik zou iemand, waar ik vaker mee gedate heb, daar zou ik het vervelender vinden om te zeggen..."(V)	3
Als je swingers een tijd niet hebt gezien	"Het is wel lastig, zo van 'hey, ken je mij nog? We hebben 5 mnd geleden een keer gedate en ik moet je dit en dit vertellen. Ja dat zou ik wel lastig vinden..."(M)	1
Vreemd gaan	"Het zijn natuurlijk wel gewoon buitenechtelijke contacten. Ik bedoel... we zijn niet allemaal netjes dat we met onze eigen partner overleggen... er gebeurt natuurlijk ook heel veel wat in een huwelijk niet kan... Ja, dan kan je niet zomaar daarmee thuiskomen"(V)	1
Niet weten dat je een soa hebt	"Ik hoorde net dat het een soa is... Ja, op dat moment heb ik het niet gezien als een soa..."(M)	1
Factoren die vergemakkelijken		
Positieve reactie	"Ooh goed dat je gebeld hebt, dan kunnen we er even iets aan doen..."(V)	14
Iedereen weet dat er een risico er is	"Oké het risico van de hobby, laat het oplossen..."(M)	9
Bij vrienden is het makkelijker	"Het is makkelijker als het dichtbij je staat, want dan weet je dat die band wel zo sterk is dat ze weten dat je dat echt niet bewust gedaan hebt..."(V)	5
Verder verspreiding kunnen voorkomen	"Stel dat wij ook weer contacten met anderen hebben... het gaat door en door, dat wil je niet..."(M)	4
Door verzwijgen, verknaal je voor jezelf	"Juist als je het zou verzwijgen, zou je erop aangesproken worden..."(M)	4
Concreet en direct zijn	"Niet omheen draaien, gewoon vertellen... is niet mooi, maar we kunnen er wat aan doen"(M)	2
Je kunt wat aan een soa doen	"Je neemt 2 pilletjes en je bent er weer vanaf..."(V)	2

3.6.4. Sociale norm

Het waarschuwen van seksuele partners bij een soa was, volgens de helft van de respondenten, een norm. Respondenten beschreven de sociale norm rondom testen op soa als: het is een plicht, het is een ongeschreven regel en het is je verantwoordelijkheid. Verder benoemden enkele respondenten dat er een taboe heerst rondom soa, wat het waarschuwen bemoeilijkt.

“Ik vind dat ook de manier waarop je met elkaar om moet gaan. Dat moet je van elkaar kunnen verwachten. Kijk, het kan je altijd gebeuren, en daar is niemand schuldig aan. Je wordt er ook niet meer of minder van, maar het maakt je wel meer of minder als je degene wel of niet waarschuwt..”(M).

“Ik kan me niet voorstellen dat je het niet zou vertellen aan swingvrienden. Ik vind dat gewoon gruwelijk dat je dat niet zou willen vertellen... Je laat iemand daar toch niet mee lopen en met het risico dat de ziekte zich verspreidt. Ik vind dat je dat gewoon moet doen... Ik vind het niet meer dan fatsoenlijk om de ander in te lichten...”(V)

Een ruime meerderheid van de respondenten verwachtte dat er swingers zijn die een soa stil houden, wat betekent dat zij medeswingers niet waarschuwen. Zij verwachten dat schaamte, taboe, angst voor een negatieve reacties en de onberekenbaarheid van mensen hierin de grootste rol spelen.

“Er blijft een groot taboe omheen... Ik denk niet dat mensen het zouden zeggen als ze ooit een soa hebben gehad, dat blijft een taboe ja...”(V)

3.6.5. Meest gewenste methode van partnerwaarschuwing

Een meerderheid van de respondenten noemden persoonlijk en telefonisch waarschuwen als de meest gewenste methode voor partnerwaarschuwing omdat zij dit eerlijk vinden en het medeswingers de gelegenheid geeft meer informatie te verkrijgen. Een aantal respondenten gaven ook aan dat face-to-face contact wenselijk is, als kanttekening werd echter gegeven dat dit niet altijd even praktisch en eenvoudig is.

“Ik kreeg een smsje en ik was daar heel gefrustreerd over... Want mij schoten duizend en één vragen door het hoofd; heb je het ontdekt bij de GGD? Ben je gewaarschuwd door anderen? Hoelang heb je het al? Je hebt zoveel vragen en dan krijg je zo’n onpersoonlijk smsje... iemand waar je iets intiems mee deelt, op die manier...Als het goede vrienden zijn ga je op visite en bij een eenmalig contact bel je even...”(V)

“Als je zeg maar iemand hebt die ver weg woont, dan kun je natuurlijk niet er even heen om het te zeggen. Maar wel als je dus in de gelegenheid bent, dat het dichtbij is... Desnoods even bellen... Toch dat persoonlijke contact en om het even toe te lichten...”(V)

3.7. Conclusie

Uit de diepte-interviews bleek dat swingers vooral seksueel risicogedrag vertonen bij het voorspel, wat bestaat uit manuele en orale handelingen. Bij orale seks werd vrijwel nooit een condoom gebruikt en het reinigen van handen na ieder seksueel contact gebeurde niet consequent. Daarnaast gaf de helft van de respondenten aan geen vaccinatie tegen Hepatitis A en B te hebben gehad, wat bijdraagt aan een verhoogd risico op soa's. Opvallend was een kleine groep respondenten die met innige swingvrienden onveilige seksuele activiteiten had, zoals vaginale seks zonder condoom en hierdoor een nog groter risico liepen om soa's te krijgen en te verspreiden.

Respondenten hadden een relatief lage risicoperceptie. Sommigen zagen zichzelf als hoog risicogroep, maar desondanks schatten respondenten hun kwetsbaarheid voor het oplopen van een soa laag in. Bovendien schatten respondenten de ernst van soa's laag in door de gemakkelijke behandeling en de perceptie dat soa een minimale invloed op het leven heeft. Hierdoor waren swingers over het algemeen niet bang voor soa's en leken zij het risico, wat ze liepen, in te calculeren.

Alle respondenten testten op soa, maar gaven aan dit niet altijd routinematig te doen. Respondenten hadden een overwegend positieve attitude ten aanzien van testen op soa. Desondanks gaven respondenten wel aan moeilijkheden/ barrières te ervaren. Inbreuk op anonimiteit, angst en schaamte bleken de belangrijkste barrières. Wat betreft routinematig testen bleken tijdgebrek en laksheid de belangrijkste barrières.

De meeste respondenten bezochten de GGD voor een soa-test. Meest belangrijke reden was dat het testen bij de GGD gratis en anoniem is, in tegenstelling tot bij de huisarts. Enkele respondenten noemden dat de huisarts ook contact had met familie- en dorpsgenoten, wat respondenten geen fijn en anoniem gevoel gaf. Daarnaast vonden enkele respondenten de huisarts bevooroordeeld. Tot slot werden thuistesten door geen van de respondenten gebruikt omdat zij deze als onbetrouwbaar ervoeren en graag medische begeleiding en advies bij een soa-test willen.

Rondom testen op soa bleek, met name op internet, een grote openheid te bestaan. Swingstellen maakten zelfs reclame voor zichzelf met behulp van een soa-test, door op swingprofielen aan te geven wanneer zij hun laatste soa-test hadden gehad. Hiermee profileerden zij zich als 'schoon' en 'betrouwbaar'. Daarentegen was een soa-test geen gespreksonderwerp tijdens ontmoetingen.

Een derde deel van de respondenten gaf aan een soa te hebben gehad. Op het moment van een soa, hadden de meeste respondenten geen seksuele contacten. Pas wanneer de soa volledig behandeld was, startte men weer met swingen. Respondenten gaven echter wel aan dat zij geen seksuele activiteiten meer willen hebben en medeswingers buitensluiten als zij vaker een soa hebben.

Een aantal respondenten hadden ervaring met partnerwaarschuwing. Een kleine minderheid had ervaring met het krijgen van een waarschuwing en enkele respondenten hadden ervaring met het zelf waarschuwen van voorgaande seksuele partners vanwege een soa. Een enkeling gaf aan niet gewaarschuwd te hebben bij een soa. Respondenten gaven aan positief te reageren op een waarschuwing, maar vonden het moeilijk zelf te moeten waarschuwen. Reden hiervoor was dat respondenten partnerwaarschuwing wel belangrijk vonden, maar angst en schaamte dit bemoeilijkten. Daarnaast gaven respondenten aan geen contactgegevens te hebben van voorgaande seksuele partners die zij ontmoet hadden in parenclubs of grote swingfeesten waardoor waarschuwen onmogelijk werd. Tot slot gaven vrijwel alle respondenten aan dat waarschuwen bij een soa een norm is.

Hoofdstuk 4

Resultaten Deelonderzoek 2 - online vragenlijst

In dit tweede kwantitatieve deelonderzoek is getracht meer inzicht te krijgen in frequenties en ervaringen met gedragingen. Tevens is de vragenlijst verder toegespitst op voor- en nadelen van soa-testen en partnerwaarschuwing en is geanalyseerd welke factoren goede voorspellers zijn van testen op soa en partnerwaarschuwing om interventies beter vorm te kunnen geven.

4.1. Kenmerken van de onderzoekspopulatie

De onderzoeksgroep bestond uit 1135 personen, waarvan ongeveer twee derde mannen en een derde vrouwen, zoals te zien in tabel 4.1. De leeftijd van de respondenten varieerde van 18 tot 69 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 43,5 jaar ($SD=8,92$). Het merendeel van de respondenten had een MBO- of HBO opleiding gevolgd. Het overgrote deel van de respondenten gaf aan een relatie te hebben en ruim zeventig procent van alle respondenten had een gezin met kinderen.

Tabel 4.1. Achtergrondkenmerken respondenten (leeftijd, geslacht, opleiding, gezinssamenstelling) (N=1135)

Demografische gegevens	Totaal		Man		Vrouw	
	N	%	N	%	N	%
Respondenten totaal	1135	100	746	65.7	389	34.3
Leeftijd						
18-30 jaar	102	9.0	39	3.4	63	5.6
31-40 jaar	278	24.5	160	14.1	118	10.4
41-50 jaar	529	46.6	357	31.5	172	15.2
51-60 jaar	199	17.5	165	14.5	34	3.0
>61 jaar	27	2.4	25	2.2	2	0.2
Hoogst afgeronde opleiding						
Basisonderwijs	19	1.7	12	1.1	7	0.6
Voortgezet onderwijs	202	17.8	108	9.5	94	8.3
Middelbaar Beroeps Onderwijs	341	30.8	213	18.8	128	11.3
Hoger Beroeps Onderwijs	428	37.7	293	25.8	135	11.9
Wetenschappelijk Onderwijs	141	12.4	117	10.3	24	2.1
Onbekend	4	0.4	3	0.3	1	0.1
Relationele status						
Relatie	1004	88.5	674	59.4	330	29.1
Single	131	11.5	72	6.3	59	5.2
Gezinssamenstelling¹						
Geen kinderen	300	26.4	199	19.9	101	9.1
Thuiswonende kinderen	575	50.7	361	32.4	214	19.2
Uitwonende kinderen	238	21.0	171	15.4	67	6.0

¹ Voor gezinssamenstelling geldt: N (totaal)=1113

4.2. Swinggedragingen

Zoals getoond in tabel 4.2. varieerde het aantal swingjaren van de respondenten van enkele maanden tot 45 jaar, met een gemiddelde swingduur van 6,6 jaar (SD= 5,60). Een ruime meerderheid van de respondenten swingde tussen de 0 en 5 jaar. Uit de resultaten bleken mannen significant langer te swingen dan vrouwen. De swingfrequentie lag gemiddeld tussen de 4 en 12 keer per jaar, waarbij te zien was dat testers en hogere swingfrequentie hadden dan niet-testers.

Het merendeel van de respondenten gaf aan meestal thuis of in een parenclub te swingen, opvallend was dat testers vaker thuis en op feesten swingden en niet-testers vaker in parenclubs. De meeste respondenten hadden gedurende een swingavond (buiten de eigen partner om) met 1 á 2 andere personen seksueel contact. Testers hadden significant meer seksuele contacten op een avond. Uit de resultaten bleek bijna de helft van de respondenten biseksueel te zijn, vrouwen en testers waren significant vaker biseksueel.

Tabel 4.2. Swinggedragingen (swingduur, swingfrequentie, swingplaats, hoeveelheid contacten en seksuele voorkeur) (N=1135)

	Totaal		Geslacht				p ¹	Test-status				p ¹
			Man		Vrouw			Testers		Niet-testers		
	N	% ²	N	% ²	N	% ²		N	% ²	N	% ²	
Swingduur												
0-5 jaar	632	55,7	378	50,7	254	65,3	0,000**	422	55,5	210	56,0	0,641
5,1-10 jaar	320	28,2	221	29,6	99	25,4		223	29,3	97	25,9	
10,1 - 20 jaar	158	13,9	123	16,5	35	9,0		99	13,0	59	15,7	
20,1 – 30 jaar	22	1,9	21	2,8	1	0,3		14	1,8	8	2,1	
> 30,1 jaar	3	0,3	3	0,4	0	0,0		2	0,3	1	0,3	
Swingfrequentie												
1 keer per jaar	42	3,7	24	3,2	18	4,6	0,113	19	2,5	23	6,1	0,000**
2 keer per jaar	110	9,7	77	10,3	33	8,5		41	5,4	69	18,4	
1 keer per 3 mnd	329	29,0	228	30,6	101	26,0		192	25,3	137	36,5	
1 keer per mnd	342	30,1	230	30,8	112	28,8		254	33,4	88	23,5	
1 keer per 2 wk	198	17,4	119	16,0	79	20,3		166	21,8	32	8,5	
1 keer per wk	71	6,3	45	6,0	26	6,7		54	7,1	17	4,5	
> 1 keer per wk	43	3,8	23	3,1	20	5,1		34	4,5	9	2,4	
Swingplaats												
Bij mij of een ander thuis	901	79,4	597	80,0	304	78,1	0,458	657	86,4	244	65,1	0,000**
Parenclub	703	61,9	476	63,8	227	58,4	0,073	445	58,6	258	68,8	0,001**
Hotel	191	16,8	131	17,6	60	15,4	0,361	137	18,0	54	14,4	0,125
Feesten	161	14,2	114	15,3	47	12,1	0,143	123	16,2	38	10,1	0,006*
Vakanties	146	12,9	106	14,2	39	10,0	0,102	103	13,6	42	11,2	0,415
Hoeveelheid contacten												
1- 2 personen	871	76,7	580	77,7	291	74,8	0,533	566	74,5	305	81,3	0,005*
3- 5 personen	202	17,8	130	17,4	72	18,5		155	20,4	47	12,5	
> 6 personen	42	3,7	25	3,4	17	4,4		29	3,8	13	3,5	
Alleen met eigen partner	20	1,8	11	1,5	9	2,3		10	1,3	10	2,7	
Seksuele voorkeur tijdens swingen												
Meestal met mannen	158	13,9	25	3,4	133	34,2	0,000**	98	12,9	60	16,0	0,002*
Meestal met vrouwen	452	39,8	430	57,6	22	5,7		283	37,2	169	45,1	
Meestal met mannen en vrouwen	525	46,3	291	39,0	234	60,2		379	49,9	146	38,9	

1 Verschillen tussen groepen werden getoetst met een Chi kwadraat

2 De gegeven percentages zijn column percentages van de categorie mannen, vrouwen of totaal

* p < ,01; ** p < ,001

4.3. Seksueel beschermingsgedrag en seksueel overdraagbare aandoeningen

Zoals getoond in tabel 4.3. werd het voorspel, bestaande uit manuele en orale seksuele handelingen, veelal onveilig gedaan.

Respondenten gaven aan wel handen te wassen, maar niet na ieder seksueel contact. Daarnaast gaven respondenten aan niet consequent condooms en/ of beflapjes te gebruiken. Opvallend was dat respondenten bij speeltjes aangaven dit wel veilig te gebruiken door deze te reinigen of hierbij een condoom te gebruiken.

Daarentegen werden vaginale en anale seksuele handelingen over het algemeen veilig gedaan, wat betekent dat respondenten een condoom gebruikten en deze ook correct toepassen (wisselen na ieder seksueel contact e.d.). Opmerkelijk was dat een kwart van de respondenten aangaven geen anale seks te hebben of seksspeeltjes te gebruiken.

Tussen de seksuele gedragingen van mannen en vrouwen bestonden significante verschillen, zo veronderstelden de resultaten dat vrouwen veiliger seksueel gedrag vertonen dan mannen. Vrouwen gaven vaker aan hun handen te wassen na iedere seksuele handeling en zij wisselden frequenter het condoom bij speeltjes.

Opvallend was dat er geen grote verschillen zijn gevonden tussen de seksuele gedragingen van respondenten die testen op soa en respondenten die dit niet deden. Enige opvallende verschillen waren dat 'testers' het condoom frequenter wisselden tussen anale en vaginale seks dan 'niet-testers', daarentegen bleken niet-testers significant vaker een condoom/ beflapje gebruiken bij orale seks dan testers.

Tabel 4.3. Seksueel beschermingsgedrag

	<u>Totaal</u>		<u>Geslacht</u>				<u>P¹</u>	<u>Test status²</u>				
	<u>N</u>	<u>Mean</u>	<u>Mannen</u>		<u>Vrouwen</u>			<u>Testers</u>		<u>Niet-testers</u>		
			<u>N</u>	<u>Mean</u>	<u>N</u>	<u>Mean</u>		<u>N</u>	<u>Mean</u>	<u>N</u>	<u>Mean</u>	<u>P¹</u>
Ik wissel het condoom na iedere sekspartner	1040	3,9	692	3,8	348	3,9	0,019	728	3,9	312	3,9	0,285
Ik gebruik een condoom bij anale seks met swingpartners	724	3,8	498	3,8	226	3,8	0,882	527	3,8	197	3,8	0,969
Ik gebruik een condoom bij vaginale seks met swingpartners	1085	3,6	721	3,6	364	3,6	0,018	740	3,6	345	3,5	0,433
Ik reinig speeltjes na ieder seksueel contact	941	3,6	616	3,6	325	3,7	0,210	665	3,6	276	3,7	0,057
Ik wissel het condoom tussen anaal en vaginale seks	725	3,5	491	3,5	234	3,5	0,728	540	3,6	185	3,3	0,005*
Ik wissel het condoom bij speeltjes na ieder seksueel contact	805	3,4	534	3,4	271	3,6	0,005*	591	3,5	214	3,3	0,232
Ik was mijn handen na iedere seksuele handeling	1126	2,6	738	2,5	388	2,7	0,002*	757	2,6	369	2,7	0,156
Ik gebruik een condoom/ beflapje bij orale seks met swingpartners	1094	1,3	716	1,2	378	1,4	0,04	746	1,2	348	1,4	0,000**
<i>Schaalscore</i>	<i>547</i>	<i>3,2</i>	<i>385</i>	<i>3,2</i>	<i>162</i>	<i>3,3</i>	<i>0,003*</i>	<i>420</i>	<i>3,2</i>	<i>127</i>	<i>3,2</i>	<i>0,520</i>

NB 1= Nooit; 2= Soms; 3= Meestal; 4= Altijd

* p < ,01; ** p < ,001

1 Verschillen zijn getoetst door Mann-Whitney U-test

2 Respondenten hebben zich in de afgelopen 12 maanden wel/ niet laten testen op soa

Soa

In totaal gaf 22,6% van de respondenten (N=257) aan dat zij een soa hadden gehad, in de periode dat zij swingen. Zoals te zien in tabel 4.4. was Chlamydia de meest voorkomende soa, gevolgd door genitale wratten en gonorroe. Tegen de verwachting in, hadden testers percentueel gezien niet meer soa's dan niet-testers, ondanks dat het bij testers beter gesignaleerd kon worden. Testers hadden wel vaker gonorroe dan niet-testers, daarentegen hadden niet-testers vaker schaamluis. Hepatitis B en HIV kwamen beide bij slechts 3 personen voor, opvallend was dat het in beide gevallen mannen betrof die testen op soa.

Tabel 4.4. Voorkomen soa (N=1135)

	Totaal		Geslacht				Test status ²					
			Man		Vrouw		Tester			Niet tester		
			(N=746)		(N=389)		(N=760)			(N=375)		
	N	%	N	%	N	%	P ¹	N	%	N	%	P ¹
Chlamydia	139	12.2	82	53,6	57	54,8	0,848	123	55,2	16	47,1	0,378
Genitale wratten	80	7.0	54	35,3	26	25,0	0,081	64	28,7	16	47,1	0,032
Gonnoroe	76	6.7	45	29,4	31	29,8	0,946	73	32,7	3	8,8	0,005*
Genitale herpes	24	2.1	13	8,5	11	10,6	0,574	20	9	4	11,8	0,602
Schaamluis	15	1.3	13	8,5	2	1,9	0,028	7	3,1	8	23,5	0,000**
Schurft	11	1.0	7	4,6	4	3,8	0,777	9	4	2	5,9	0,621
Trichomonas	8	0.7	3	2,0	7	6,7	0,053	8	3,6	2	5,9	0,520
Syffilis	6	0.5	5	3,3	1	1,0	0,230	6	2,7	-	-	0,334
Hepatitis B	3	0.3	3	2,0	-	-	0,152	3	1,3	-	-	0,497
HIV	3	0.3	3	2,0	-	-	0,152	3	1,3	-	-	0,497

* p < ,01; ** p < ,001

1 Verschillen tussen groepen werden getoetst met Mann-Whitney U-test

2 Respondenten hebben zich in de afgelopen 12 maanden wel/ niet laten testen op soa

4.4. Testen op soa

Driekwart van de respondenten had ervaring met het testen op soa in de afgelopen 12 maanden, zoals getoond in tabel 4.5. Een kwart van de respondenten had zich niet laten testen op soa, echter gaf de helft aan dit wel te hebben overwogen. De gemiddelde testfrequentie van testers lag op 1,9 keer per 12 maanden (SD=0,89) en een meerderheid van de respondenten, 55%, liet zich niet frequent testen op soa.

De meerderheid van de respondenten die zich lieten testen op soa, gaven aan dit bij de GGD te doen en een kleiner deel deed dit bij de huisarts. De meest gegeven redenen voor de laatste soa-test was het hebben van klachten, een waarschuwing voor een soa en respondenten gaven aan dit routinematig doet.

Er waren significante verschillen tussen eenmalige testers (respondenten die zich in de afgelopen 12 maanden één keer hebben laten testen op soa) en frequente testers (respondenten die zich in de afgelopen 12 maanden twee keer of vaker hebben laten testen op soa). Een meerderheid van de frequente testers bezocht de GGD, terwijl eenmalige testers vaker de huisarts bezochten. Daarnaast gaven frequente testers vaker aan dit routinematig te doen, terwijl eenmalige testers vaker als reden gaven klachten te hebben of onveilige seksuele activiteiten te hebben gehad. Tot slot waren er geen opvallende verschillen zichtbaar tussen mannen en vrouwen.

Tabel 4.5. Testgedrag op soa

	Totaal		Test status			Geslacht		
	N	%²	1 keer	≥ 1 keer getest		Mannen	Vrouwen	
			%²	%²	p¹	%²	%²	p¹
Testervaring afgelopen 12 maanden (N=1135)								
Niet getest	153	13,5				13,7	13,1	0,085
Niet getest, wel overwogen	222	19,6				21,6	15,7	
1 keer getest	285	25,1				23,7	27,8	
Frequent getest (≥2 keer)	475	41,9				41,0	43,4	
Testfrequentie afgelopen 12 maanden (N=760)								
1 keer	285	37,5				36,6	39	0,045
2 keer	316	41,6				41,4	41,9	
3 keer	104	13,7				14,7	11,9	
Vaker dan 3 keer	55	7,2				7,2	7,2	
Testlocatie (N=760)								
GGD	476	62,6	48,8	70,9	0,000**	64,2	59,9	0,020
Huisarts	193	25,4	37,9	17,9		24,4	27,1	
Ziekenhuis	76	10,0	10,9	9,5		10,4	9,4	
SOA Centrum	5	0,7	1,1	0,4		0,6	0,7	
Thuis test	3	0,4	0,7	0,2		0,4	0,4	
Anders	7	0,9	0,7	1,1		-	2,5	
Reden voor soa-test (N=760)								
Routinematig	600	79	67,7	85,7	0,000**	82,4	72,9	0,048
Waarschuwing uit netwerk	47	6,2	6,7	5,9		5,6	7,2	
Onveilige seksuele activiteiten gehad	46	6,1	10,2	3,6		5,4	7,2	
Klachten	31	4,1	7,0	2,3		3,3	5,4	
Aanbeveling arts/ onderdeel medisch traject	11	1,4	3,2	0,4		1,4	1,4	
Nieuwe (vaste) partner	5	0,7	0,7	0,6		0,4	1,1	
Bescherming voor jezelf en anderen	4	0,5	0,7	0,4		0,4	0,7	
(Recent) Gestart met swingen	3	0,4	1,1	0,0		0,0	1,1	
Angst voor soa	2	0,3	0,0	0,4		0,0	0,7	
Seksuele activiteiten zonder condoom willen hebben	1	0,1	0,4	0,0		0,0	0,4	
Anders	10	1,3	2,5	0,6		1,0	1,8	

1 Verschillen tussen groepen werden getoetst met een Chi kwadraat

2 Rij percentages zijn gegeven. Rij is 100% (mannen, vrouwen, 1 keer en > 1 keer getest)

*P < ,01; ** p < ,001

4.4.1. Kennis en risicoperceptie

Zoals getoond in tabel 4.6. hadden respondenten een redelijk tot goed kennisniveau met betrekking tot de onderwerpen: 'soa', 'soa-testen' en de 'procedure van een soa-test'. Opvallend was dat er op het kennisonderwerp 'procedure van een soa-test' iets lager werd gescoord dan op de andere twee kennis onderwerpen. De meeste respondenten wisten niet dat 'het inleveren van urine' niet altijd tot de procedure behoort. Een verklaring hiervoor is dat mannen verplicht urine in moeten leveren, maar vrouwen daarentegen niet. Vrouwen scoorden op deze vraag dan ook significant hoger.

Zoals verwacht, lag het kennisniveau van testers significant hoger dan het kennisniveau van niet-testers. Het grootste verschil was zichtbaar bij de stellingen 'gratis testen op soa' en 'klachten bij een soa'. Tegen verwachting in waren de verschillen bij de subcategorie 'procedure van de soa-test' kleiner dan in de andere subcategorieën, ondanks het verschil in ervaring tussen testers en niet-testers.

Vrouwen hadden overwegend een hoger kennisniveau dan mannen, echter, bij het subcategorieën 'procedure van soa-testen' was dit verschil niet goed zichtbaar, vrouwen scoorden zelfs significant lager op de vraag 'moet je altijd bloedprikken bij een soa-test' dan mannen. De totale kennisscore laat zien dat testers op soa en vrouwen de meeste vragen correct hebben beantwoord. Gemiddeld hebben zij 2 vragen incorrect beantwoord.

Tabel 4.6. Kennis (soa algemeen, soa-testen en de procedure)

	Test status ⁴									Geslacht						
	Totaal		getest op soa			niet getest op soa			P ¹	Mannen			Vrouwen			P ¹
	(N=1135)		(N=760)			(N=375)				(N=746)			(N=389)			
	Mean	SD	% ³	Mean	SD	% ³	Mean	SD		% ³	Mean	SD	% ³	Mean	SD	
Kennis over soa																
Je merkt dat je een soa hebt doordat je altijd klachten krijgt (o)	0,8	(0,4)	87,5	0,9	(0,3)	73,6	0,7	(0,4)	0,000**	81,1	0,8	(0,4)	86,4	0,9	(0,3)	0,025
Sommige soa gaan vanzelf over (o)	0,9	(0,3)	87,8	0,9	(0,3)	83,7	0,8	(0,4)	0,062	85,0	0,8	(0,4)	89,2	0,9	(0,3)	0,049
De meeste soa zijn eenvoudig te genezen (j) ²	0,8	(0,4)	84,3	0,8	(0,4)	75,2	0,8	(0,4)	0,000**	80,2	0,8	(0,4)	83,5	0,8	(0,4)	0,165
Kennis over soa-testen																
Je kunt je gratis laten testen op soa (j) ²	0,8	(0,4)	88,7	0,9	(0,3)	65,9	0,7	(0,5)	0,000**	79,4	0,8	(0,4)	84,6	0,8	(0,4)	0,033
Je kunt je anoniem laten testen op soa (j) ²	0,9	(0,3)	93,0	0,9	(0,3)	81,9	0,8	(0,4)	0,000**	89,4	0,9	(0,3)	89,2	0,9	(0,3)	0,915
Testen op soa kan alleen bij de huisarts (o)	0,9	(0,2)	96,3	1,0	(0,2)	88,5	0,9	(0,3)	0,000**	93,6	0,9	(0,2)	94,1	0,9	(0,2)	0,731
Kennis over procedure soa-test																
Bij een soa-test moet er een wattenstaafje in de urinebuis gebracht worden (o)	0,7	(0,5)	68,0	0,7	(0,5)	60,3	0,6	(0,5)	0,010*	66,0	0,7	(0,5)	64,5	0,6	(0,5)	0,631
Bij een soa-test moet je altijd bloed prikken (j) ²	0,7	(0,5)	73,4	0,7	(0,4)	62,1	0,6	(0,5)	0,000**	74,7	0,7	(0,4)	60,2	0,6	(0,5)	0,000**
Bij een soa-test moet je altijd urine inleveren (o)	0,4	(0,5)	36,2	0,4	(0,5)	40,3	0,4	(0,5)	0,182	27,3	0,3	(0,4)	57,1	0,6	(0,5)	0,000**
Kennis score (gemiddelde correct beantwoorde vragen)	6,9	(1,3)		7,2	(1,1)		6,3	(1,6)	0,000**		6,8	(1,3)		7,1	(1,3)	0,000**

NB 0= incorrect geantwoord; 1= correct geantwoord

1 Verschillen tussen groepen werden getoetst met Mann-Whitney U-test

2 Deze variabele is hergecodeerd (omgedraaid): 1=0; 0=1

3 Percentage respondenten uit de betreffende groep, die de vraag correct heeft beantwoord

4 Respondenten hebben zich in de afgelopen 12 maanden wel/ niet laten testen op soa

(o)= onjuist en (j)= juist. Deze 2 tekens tonen het correcte antwoord op de vraag.

* p < ,01; ** p < ,001

Risicoperceptie

Daarentegen toont tabel 4.7. dat de risicoperceptie van respondenten laag was. De respondenten zagen weinig soa's in hun omgeving en schatten hun kwetsbaarheid met betrekking tot het oplopen van een soa laag in, wat reden geeft tot zorg.

Er zijn 2 verschillen gevonden tussen testers en niet-testers. Zo schatten testers hun kwetsbaarheid significant hoger in dan niet-testers, dit zou mee kunnen spelen in hun overweging om zich te laten testen op soa. Opvallend was echter dat testers de ernst van soa's vergelijkbaar inschatten met niet-testers. Vrouwen schatten de ernst van soa's significant hoger in dan mannen en zien meer soa, daarnaast zagen vrouwen iets meer geslachtsziekten in hun omgeving van mannen.

Tabel 4.7. *Risicoperceptie*

	Totaal		Test status ³						Geslacht					
			Getest op soa			Niet getest op soa			Mannen		Vrouwen			
	(N=1135)		(N=760)			(N=375)			(N=746)		(N=389)			
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	P ²		Mean	SD	Mean	SD	P ²	
De kans dat ik een soa oploep is erg klein	3,0	(1,1)	3,1	(1,1)	2,7	(1,1)	0,000**		3,0	(1,0)	3,0	(1,1)	0,17	
Swingers in mijn omgeving hebben weinig geslachtsziekten	2,5	(0,9)	2,4	(0,9)	2,5	(0,8)	0,026		2,4	(0,8)	2,5	(0,9)	0,036	
Swingers hebben een verhoogd risico op geslachtsziekten ¹	2,1	(1,0)	2,1	(0,9)	2,3	(1,0)	0,001**		2,2	(1,0)	2,1	(1,0)	0,29	
De gevolgen van geslachtsziekten zijn niet ernstig	4,0	(0,9)	4,1	(0,8)	4,0	(0,9)	0,2		4,0	(0,9)	4,1	(0,8)	0,001**	

NB: 1= helemaal eens; 2= mee eens; 3= neutraal; 4= oneens; 5= helemaal oneens

1 Alvorens verdere analyses uit te voeren, werden de antwoorden op deze items gespiegeld: 1=5; 2=4; 3=3; enz.

2 Verschillen tussen groepen werden getoetst met Mann-Whitney U-test

3 Respondenten hebben zich in de afgelopen 12 maanden wel/ niet laten testen op soa

*p < ,01; **p < ,001

4.4.2 *Opvattingen ten aanzien van testen op soa o.b.v. Theory of Planned Behavior*

Respondenten hadden een positieve attitude ten aanzien van het testen op soa, zo gaven respondenten aan het belangrijk te vinden dat er wordt getest op soa en dat medeswingers dit ook doen (zie tabel 4.8.). Eveneens ervoeren respondenten zelf ook de druk om te testen op soa vanuit hun sociale omgeving. Respondenten gaven aan dat de eigen partner en medeswingers vinden dat zij zich moeten laten testen op soa. Daarnaast zagen respondenten dat veel medeswingers in hun omgeving testen op soa en zij ervoeren dit als een norm binnen de swingerswereld.

Veel respondenten ervoeren nauwelijks tot geen barrières bij het doen van een soa-test. Opvallend was dat de meest genoemde barrières het frequent testen in de weg stonden omdat respondenten moeite te hadden met de beperkte openingstijden van testlocaties, het moeilijk vonden er tijd voor vrij te moeten maken en vergaten een afspraak te maken. Tot slot gaven driekwart van de respondenten aan de intentie te hebben in de komende 6 maanden (frequent) te testen op soa.

Testers en niet-testers hadden, zoals verwacht, verschillende opvattingen. Testers hadden een positievere attitude ten aanzien van testen op soa en gaven aan een hogere sociale druk te ervaren dan niet-testers. Zo gaven zij aan testen vaker in hun omgeving te zien en testen als een plicht te ervaren. Daarnaast ervoeren testers, zoals verwacht, minder barrières en hadden zij een beduidend hogere intentie om de komende 6 maanden (frequent) te testen op soa. Tussen mannen en vrouwen waren er geen grote verschillen.

Tabel 4.8. Verschil tussen testers en niet-testers (attitude, subjectieve norm, zelfeffectiviteit en risicoperceptie) (N=1135)

	Totaal	Teststatus						Geslacht					
		Afgelopen 12 maanden											
		Getest		Niet getest				Mannen		Vrouwen			
		(N=760)		(N=375)				(N=746)		(N=389)			
	Mean	Mean	SD	Mean	SD	P ¹	Mean	SD	Mean	SD	P ¹		
Attitude													
Positief													
Ik vind het belangrijk mij regelmatig te laten testen op soa	4,4	4,7	(0,6)	3,7	(1,0)		4,4	(0,9)	4,5	(0,9)			
Ik vind het belangrijk dat mijn swinpartners zich regelmatig laten testen op soa	4,4	4,7	(0,6)	3,8	(1,0)		4,4	(0,9)	4,5	(0,9)			
Ik vind een soa-test vervelend/ onaangenaam ²	2,5	2,3	(1,3)	3,0	(1,0)		2,6	(1,3)	2,5	(1,2)			
Schaalscore (1-5)	4,1	4,4	(0,6)	3,5	(0,7)	0,000**	4,1	(0,8)	4,2	(0,7)	0,059		
Sociale Norm													
Medeswingers vinden dat ik me regelmatig moet laten testen	3,8	4,0	(1,1)	3,3	(1,0)		3,8	(1,1)	3,7	(1,1)			
Mijn partner vindt dat ik me regelmatig moet laten testen	3,8	4,1	(1,1)	3,1	(1,2)		3,8	(1,2)	3,8	(1,2)			
De meeste swingers laten zich regelmatig testen op soa	3,8	4,0	(0,9)	3,3	(0,9)		3,8	(1,0)	3,9	(0,9)			
Mijn partner laat zich regelmatig testen op soa	3,8	4,4	(0,9)	2,7	(1,1)		3,8	(1,3)	3,9	(1,2)			
Het is een plicht je te laten testen op soa	4,2	4,6	(0,8)	3,5	(1,1)		4,1	(1,1)	4,3	(1,0)			
Schaalscore (1-5)	3,9	4,2	(0,7)	3,2	(0,8)	0,000**	3,9	(0,9)	3,9	(0,9)	0,320		
Zelfeffectiviteit													
Lastig omdat ik er tijd voor vrij moet maken ²	2,3	2,1	(1,3)	2,8	(1,2)		2,3	(1,3)	2,3	(1,3)			
Lastig omdat ik bang ben voor naalden ²	1,9	1,7	(1,1)	2,3	(1,1)		1,9	(1,1)	1,9	(1,2)			
Lastig omdat ik bang ben voor de testuitslag ²	1,8	1,7	(1,0)	2,1	(1,0)		1,8	(0,9)	1,9	(1,1)			
Lastig omdat ik bang ben voor de procedure van de soa-test ²	1,8	1,5	(0,8)	2,3	(1,1)		1,8	(1,0)	1,7	(1,0)			
Lastig omdat ik er voor uit moet komen dat ik swing ²	1,9	1,6	(1,0)	2,5	(1,3)		1,9	(1,2)	1,9	(1,2)			
Lastig omdat er kosten aan verbonden zijn ²	1,9	1,7	(1,1)	2,4	(1,2)		1,9	(1,1)	2,0	(1,2)			
Lastig omdat ik bekenden tegen kan komen ²	1,9	1,7	(1,0)	2,3	(1,1)		1,9	(1,0)	2,0	(1,1)			
Lastig omdat de openingstijden van testlocaties beperkt zijn ²	2,4	2,2	(1,3)	2,7	(1,1)		2,4	(1,3)	2,4	(1,3)			
Lastig omdat mijn vaste partner dit niet mag weten ²	1,5	1,3	(0,6)	1,9	(1,1)		1,5	(0,9)	1,4	(0,8)			
Lastig omdat ik vergeet een afspraak te maken voor een soa-test ²	2,0	1,7	(1,0)	2,6	(1,2)		2,0	(1,1)	2,0	(1,2)			
Schaalscore (1-5)	4,1	4,3	(0,7)	3,6	(0,7)	0,000**	4,1	(0,8)	4,0	(0,8)	0,626		
Intentie													
Bent u van plan om binnen nu en 6 maanden een soa-test te doen	4,1	4,5	(0,8)	3,2	(1,2)	0,000**	4,1	(1,2)	4,1	(1,2)	0,319		
Bent u van plan zich minimaal 2 keer per jaar te laten testen op soa zolang u swingt	4,0	4,5	(0,9)	3,0	(1,1)	0,000**	3,9	(1,2)	4,1	(1,2)	0,044		
Schaalscore (1-5)	4,0	4,5	(0,7)	3,1	(1,1)	0,000**	4,0	(1,1)	4,1	(1,1)	0,168		

NB 1= helemaal oneens; 2= oneens; 3= neutraal; 4=mee eens; 5= helemaal eens

1 Verschillen tussen groepen werden getoetst met Mann-Whitney U-test

2 Alvorens de schaalscores te berekenen, werden de antwoorden op deze items gespiegeld: 1=5; 2=4; 3=3; enz.

* p < ,01; ** p < ,001

4.4.3. Verschillen tussen 'type testers'

Tot nu toe zijn 2 groepen testers onderscheiden: 'testers' en 'niet-testers'. Maar binnen deze 2 groepen zijn nog 2 groepen te onderscheiden: niet getest, niet getest wel overwogen, eenmalige testers en frequente testers. Bij de 4 groepen is gekeken bij welke opvattingen zij van elkaar verschillen (zie tabel 4.9.).

De opvattingen van de vier opgestelde groepen verschilden significant van elkaar bij de determinanten attitude, sociale norm en intentie. Er was een stijgend verband te zien: hoe meer ervaring met testen, hoe positiever de attitude, hoe groter de positieve invloed van de sociale omgeving en hoe groter de intentie om zich in de aankomende 12 maanden (frequent) te laten testen op soa. Opvallend was dat de stijgende tendens minder lineair verliep bij determinant zelfeffectiviteit, zoals ook te zien in figuur 4.1. De respondenten in de groep 'niet getest, wel overwogen' scoorden lager op deze determinant dan de andere 3 respondentengroepen. Een verklaring hiervoor zouden kunnen zijn dat respondenten overwogen zich te laten testen maar dit uiteindelijk niet deden doordat men mogelijk te grote barrières ervoer, wat zich vertaalt in een lagere zelfeffectiviteit.

Tabel 4.9. Gedragsdeterminanten naar 'type tester' (N=1135)

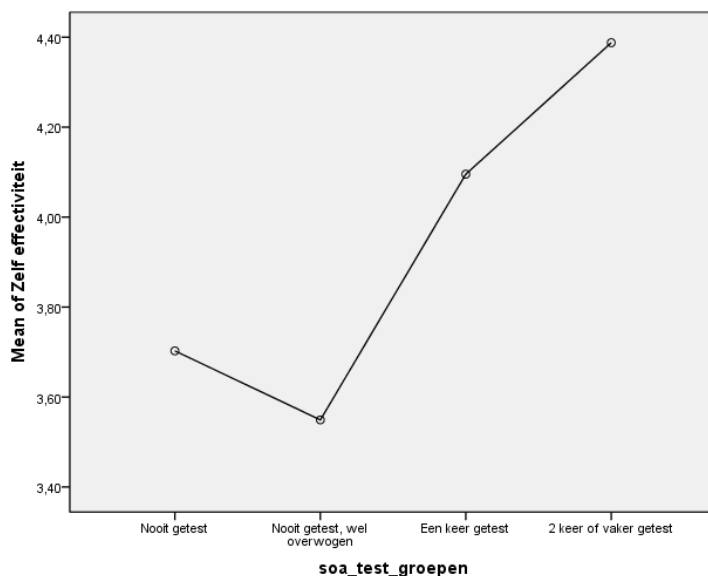
	Test status afgelopen 12 maanden										p ¹
	Niet getest		Niet getest, wel overwogen		Eenmaal getest		Frequent getest				
	(N=153)		(N=222)		(N=285)		(N=475)				
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD			
Attitude (1-5)	3,2	(0,6)	3,7	(0,7)	4,2	(0,7)	4,5	(0,5)	0,000**		
Sociale norm (1-5)	2,8	(0,8)	3,4	(0,8)	4,0	(0,7)	4,3	(0,7)	0,000**		
Zelfeffectiviteit (1-5)	3,7	(0,8)	3,5	(0,6)	4,1	(0,7)	4,4	(0,6)	0,000**		
Intentie (1-5)	2,3	(0,9)	3,7	(0,9)	4,0	(0,8)	4,8	(0,4)	0,000**		
Beschermingsgedrag (1-5)	3,1	(0,7)	3,0	(0,6)	3,1	(0,5)	3,1	(0,5)	0,007*		

* p < ,01; ** p < ,001

1 Verschillen tussen groepen werden getoetst met een one-way unrelated anova

NB: Post-hoc test: Tamphane's T-test

Figuur 4.1. Afzonderlijke groepen afgezet tegen zelfeffectiviteit



4.4.4. Voorspellers van intentie om te testen op soa en testgedrag

Voorafgaand aan de regressieanalyses zijn de correlaties gegeven (tabel 4.10.). Intentie was, zoals verwacht, positief gerelateerd aan de TPB variabelen attitude, sociale norm en zelfeffectiviteit.

Kijkend naar risicoperceptie kan gesteld worden dat de 'kans op soa' een relatief sterke samenhang vertoonde met intentie, daarentegen had 'inschatting van ernst van soa' een significant, maar zwakkere positieve samenhang. De controlevariabelen tonen dat 'swingfrequentie' en 'hoeveelheid seksuele contacten' een sterk positief significant verband hadden met de intentie om te testen op soa. 'Swingduur' had daarentegen een zwakker, negatief verband met de intentie om frequent te testen op soa. Demografische kenmerken hadden bijna geen invloed op de intentie om te testen op soa. Alleen leeftijd vertoonde een significant, doch zwak verband bij de intentie om frequent te testen op soa en opleiding vertoonde een zwak verband bij de intentie om binnen 6 maanden te testen op soa. Dit betekent hoe positiever de attitude, hoe groter de sociale norm, hoe hoger de zelfeffectiviteit, hoe groter de waargenomen vatbaarheid, hoe hoger de swingfrequentie, hoe meer seksuele contacten, hoe korter men swingde, en hoe jonger men was des te hoger was de intentie om in de komende 12 maanden (frequent) te testen op soa.

Kijkend naar testgedragingen van de afgelopen 12 maanden, hadden attitude, sociale norm, zelfeffectiviteit en intentie een positief gerelateerd verband met gedrag. De variabele van risicoperceptie, 'kans op soa', had een relatief sterke correlatie, daarentegen had 'inschatting van ernst van soa', geen significante samenhang. Kijkend naar swinggedragingen hadden 'swingfrequentie' en 'hoeveelheid seksuele contacten' opnieuw een sterk significant positief verband met testgedrag.

Tabel 4.10. Pearsons correlatie coëfficiënten tussen TPB-variabelen, risicoperceptie swingkenmerken en demografische gegevens enerzijds en intentie tot (frequent) testen en gedrag anderzijds (N=1135)

	Intentie binnen 6 maanden soa-test	N	Intentie binnen 6 maanden frequent soa-testen	N	Gedrag: frequentie testgedrag afgelopen 12 maanden	N
	R		r		r	
TPB						
Attitude	,59**	1135	,60**	1135	,50**	1135
Sociale norm	,60**	1135	,62**	1135	,52**	1135
Zelfeffectiviteit	,32**	1135	,34**	1135	,41**	1135
Risicoperceptie						
Kans op soa	,30**	1135	,25**	1135	,20**	1135
Inschatting ernst van soa	,10	1135	,08*	1135	0,03	1135
Swingkenmerken						
Swingfrequentie	,29**	1135	,30**	1135	,38**	1135
Swingduur	-,04	1135	-,07*	1135	,000	1135
Hoeveelheid seksuele contacten	,13**	1135	,13**	1135	,15**	1135
Demografische gegevens						
Geslacht	,03	1135	0,06	1135	0,04	1135
Leeftijd	-,06	1135	-,08*	1135	-,07	1135
Opleiding	,08*	1135	0,02	1135	,02	1135

* $p < ,01$; ** $p < ,001$

Tabel 4.11. toont de stapsgewijze regressievergelijking met intentie en gedrag als afhankelijke variabelen. In de eerste stap is gekeken of de TPB variabelen goede voorspellers zijn voor intentie en testgedrag. Vervolgens is risicoperceptie toegevoegd omdat dit vanuit de literatuur een belangrijke voorspeller bleek te zijn en in de derde stap zijn enkele controlevariabelen toegevoegd.

De intentie om de komende 6 maanden (frequent) te testen op soa werd voor 44% en 46% verklaard door de variabelen van de TPB. Bij het toevoegen van risicoperceptie, bleek alleen 'kans op soa' (waargenomen vatbaarheid), een significante positief gerelateerde rol te spelen. 'Inschatting van de ernst van de soa' speelde geen significante rol, overeenkomstig met de literatuur. In de laatste stap werden controlevariabelen toegevoegd zoals swinggedragingen en demografische variabelen. Hiermee werd in totaal 49% - 50% van de variantie verklaard. Leeftijd een negatief verband, hoe ouder men werd, hoe minder men zich liet testen op soa. Opvallend was dat swingduur geen rol speelde, terwijl logischerwijs een langere swingduur zou bijdragen aan een grotere test-intentie.

Tot slot is gekeken naar determinanten die het daadwerkelijke testgedrag voorspellen. De TPB variabelen verklaarden 45% van de variantie. Vervolgens zijn variabelen aan het model toegevoegd, waardoor uiteindelijk 49% van de variantie verklaard werd door de TPB variabelen, kans op soa en swingfrequentie. Ook hier was leeftijd wederom negatief gerelateerd aan testgedrag.

Tabel 4.11. Lineaire regressievergelijkingen testen op soa

	Intentie om de	Intentie om de komende	Gedrag
	komende 6 maanden te testen	12 maanden frequent (min 2x) te testen	testgedrag afgelopen 12 maanden
	(N=1135)	(N=1135)	(N=1135)
	β	β	β
Blok 1 TPB			
Attitude	,332**	,312**	,041
Sociale norm	,378**	,403**	,149**
Zelfeffectiviteit	,052	,077*	,185**
Intentie			,442**
	$F (DF)= 296,1 (3, 1131) \quad R^2=,440**$	$F (DF)= 325,9 (3, 1131) \quad R^2=,464**$	$F (DF)= 232,4 (4, 1130) \quad R^2=,451**$
Blok 2 TPB			
Attitude	,310**	,301**	,046
Sociale norm	,352**	,387**	,146**
Zelfeffectiviteit	,064*	,085**	,189**
Intentie			,438**
Risicoperceptie			
Kans op soa	,148**	,093**	,021
Inschatting ernst van soa	,005	-,012	-,049
	$F (DF)= 192,6 (5, 1129) \quad R^2=,460**$	$F (DF)= 201,4 (5, 1129) \quad R^2=,471**$	$F (DF)= 156,2 (6, 1128) \quad R^2=,454**$
Blok 3 TPB			
Attitude	,301**	,294**	,057
Sociale norm	,319**	,348**	,132**
Zelfeffectiviteit	,066*	,087**	,193**
Intentie			,371**
Risicoperceptie			
Kans op soa	,135**	,079**	,012
Inschatting ernst van soa	,007	-,005	-,035
Swingkenmerken			
Swingfrequentie	,134**	,145**	,182**
Swingduur	-,027	-,048	,023
Hoeveelheid seksuele contacten	,048	,036	,043
Demografische gegevens			
Geslacht	-,024	-,009	-,010
Leeftijd	-,069*	-,077**	-,084**
Opleiding	,081**	,022	,015
	$F (DF)= 97,4 (11, 1123) \quad R^2=,488**$	$F (DF)= 101,9 (11, 1123) \quad R^2=,500**$	$F (DF)= 90,0 (12, 1122) \quad R^2=,490**$

Noot: waarden zijn gestandaardiseerd (β 's)** = $p \leq .001$, * = $p \leq .01$

4.5. Partnerwaarschuwing

4.5.1. Waarschuwingsgedrag

Tabel 4.12 geeft het waarschuwingsgedrag van de respondenten weer. Een kleine meerderheid van de respondenten had ervaring met een vorm van partnerwaarschuwing (gewaarschuwd worden of zelf waarschuwen). De respondenten die wel eens waren gewaarschuwd voor een soa, hadden veelal face-to-face en telefonisch contact hierover gehad.

Nog geen derde deel van de respondenten had ervaring te met het *zelf waarschuwen* voor een soa, waarbij de meeste respondenten dit maar één keer hadden gedaan. Van de respondenten die hier ervaring mee hadden, gaf een derde aan alle seksuele contacten te hebben gewaarschuwd en een derde gaf aan een paar seksuele contacten te hebben gewaarschuwd. Echter een kwart van de respondenten gaf aan geen enkel seksueel contact te hebben gewaarschuwd.

De periode waaruit respondenten contacten waarschuwd varieerde sterk. Wenselijk is om contacten, sinds de laatste keer testen of van de afgelopen 6 maanden (en soms langer), te waarschuwen, dit deed een ruime meerderheid van de respondenten. Een kwart van de respondenten waarschuwde enkel seksuele contacten uit de voorgaande 3 maanden, wat te kort is. Er waren geen vrijwel geen verschillen tussen mannen en vrouwen betreffende ervaring met partnerwaarschuwing.

Tabel 4.12. Waarschuwingsgedrag respondentent

	Totaal		Geslacht				
	N	%²	Mannen		Vrouwen		P¹
	N	%²	N	%²	N	%²	
Type ervaring met Partnerwaarschuwing (N=1135)							
Geen enkele ervaring	561	49,4	372	49,9	189	48,6	
Alleen ervaring met gewaarschuwd worden	224	19,7	148	19,8	76	19,5	0,637
Alleen ervaring met zelf waarschuwen	78	6,9	46	6,2	32	8,2	
Ervaring met beide	272	24,0	180	24,1	92	23,7	
Ervaring gewaarschuwd worden voor soa (N=1135)							
Geen ervaring	639	56,3	418	56	221	56,8	
1 keer gewaarschuwd	246	21,7	155	20,8	91	23,4	0,496
2 keer gewaarschuwd	134	11,8	91	12,2	43	11,1	
3 keer of vaker gewaarschuwd	116	10,2	82	11	34	8,7	
Methode (N=496)							
Face-to-face	252	22,2	180	24,1	72	18,5	0,031
Telefonisch	217	19,1	137	18,4	81	20,8	0,318
Per email	130	11,5	88	11,8	43	11,1	0,710
Sms	59	5,2	39	5,2	20	5,1	0,950
Anders	26	2,4	16	2,1	10	2,6	0,399
Ervaring met zelf waarschuwen voor soa (N=1135)							
Geen ervaring	617	54,4	405	54,3	212	54,5	
Geen ervaring, partner wel	168	14,8	115	15,4	53	13,6	
1 keer gewaarschuwd	197	17,4	119	16	78	20,1	0,292
2 keer gewaarschuwd	88	7,8	64	8,6	24	6,2	
3 keer of vaker gewaarschuwd	65	5,7	43	5,8	22	5,7	
Wie waarschuwt men (N=350)							
Alle seksuele contacten	193	36,1	125	35,5	68	37,2	
Bijna alle seksuele contacten	71	13,3	48	13,6	23	12,6	0,930
Een paar seksuele contacten	150	28	101	28,7	49	26,8	
Geen enkel seksueel contact	121	22,6	78	22,2	43	23,5	
Tijdsperiode waarschuwen (N=350)							
Contacten van de afgelopen 3 maanden	151	28,9	93	27,1	58	32,4	
Contacten van de afgelopen 3 tot 6 maanden	94	18	61	17,8	33	18,4	0,579
Contacten van de afgelopen 6 tot 12 maanden	143	27,4	97	28,3	46	25,7	
Contacten sinds de laatste keer testen	134	25,7	92	26,8	42	23,5	

1 Verschillen tussen groepen werden getoetst met een Chi kwadraat

2 De gegeven percentages zijn rijpercentages. Dit betekent dat totaal, mannen en vrouwen ieder 100% zijn

* p < ,01; ** p < ,001

4.5.2. Opvattingen ten aanzien van partnerwaarschuwing o.b.v. Theory of Planned Behavior

Tabel 4.13 toont de opvattingen van respondenten ten aanzien van attitude, zelfeffectiviteit en intentie. Respondenten hadden een gematigd positieve attitude, zij vonden het belangrijk om gewaarschuwd te worden en zelf te waarschuwen bij een soa. Daarnaast hadden de respondenten een relatief hoge zelfeffectiviteit ten aanzien van het waarschuwen van partners en ervoeren zij relatief weinig barrières. De belangrijkste barrières die zij ervoeren waren het missen van contactgegevens van swingpartners, respondenten waren bang voor de reactie van medeswingers en het waarschuwen werd bemoeilijkt als zij swingpartners lang niet hadden gezien. Tot slot hadden respondenten een hoge intentie voor het waarschuwen van voorgaande swingpartners als zij een soa hebben.

Zoals verwacht, hadden respondenten die ervaring hadden met *gewaarschuwd worden* en *zelf waarschuwen*, een positievere attitude, een hogere zelfeffectiviteit en een grotere intentie dan respondenten die hier geen ervaring mee hadden. Zij vonden het belangrijk zelf te waarschuwen en gewaarschuwd te worden en ervoeren minder barrières. De grootste verschillen in barrières tussen respondenten die wel/ niet *zelf gewaarschuwd* hadden waren dat respondenten zonder ervaring veel meer schaamte ervoeren en minder vaak contactgegevens van swingpartners hadden. Tot slot waren er geen grote verschillen in opvattingen tussen mannen en vrouwen.

Tabel 4.13. Verschillen in opvattingen tussen geslacht en ervaring met partnerwaarschuwing ob.v. Theory of Planned Behavior (N=1135)

	Totaal	Ervaring met					Ervaring met zelf partners					Geslacht					P ²
		gewaarschuwd worden					waarschuwen										
		Wel		Niet			Wel		Niet			Mannen		Vrouwen			
		(N=1135)		(N= 496)	(N= 639)		(N=350)		(N=785)		(N=746)	(N=389)					
Mean	Mean	SD	Mean	SD	P ²	Mean	SD	Mean	SD	P ²	Mean	SD	Mean	SD			
Attitude³ (1: heel belangrijk - 5: heel onbelangrijk)																	
Hoe belangrijk vindt u het om gewaarschuwd te worden voor geslachtsziekten? ¹	1,4		1,3	(0,6)	1,5	(0,8)		1,2	(0,5)	1,5	(0,8)		1,4	(0,8)	1,3	(0,7)	
Hoe belangrijk vindt u het om zelf recente swingpartners te waarschuwen voor geslachtsziekten? ¹	1,5		1,3	(0,7)	1,6	(0,9)		1,2	(0,5)	1,6	(0,9)		1,5	(0,9)	1,4	(0,8)	
Schaalscore	4,5		4,7	(0,6)	4,4	(0,8)	0,000**	4,8	(0,5)	4,4	(0,8)	0,000**	4,5	(0,8)	4,6	(0,7)	0,020
Zelfeffectiviteit⁴ (1: helemaal oneens - 5: helemaal eens)																	
Lastig omdat ik bang ben voor de reactie van swingpartners ¹	2,3		2,0	(1,1)	2,4	(1,2)		2,0	(1,1)	2,4	(1,2)		2,2	(1,1)	2,3	(1,2)	
Lastig omdat ik bang ben buitengesloten te worden ¹	2,1		1,9	(1,0)	2,3	(1,1)		1,8	(1,0)	2,2	(1,1)		2,1	(1,0)	2,1	(1,1)	
Lastig omdat ik bang ben dat er over mij geroddeld wordt ¹	2,1		2,0	(1,1)	2,3	(1,1)		1,9	(1,1)	2,3	(1,1)		2,1	(1,1)	2,2	(1,1)	
Lastig omdat ik me zou schamen ¹	2,2		2,0	(1,1)	2,4	(1,2)		1,9	(1,1)	2,4	(1,2)		2,2	(1,1)	2,4	(1,3)	
Lastig omdat mijn vaste partner niet mag weten dat ik swing ¹	1,5		1,4	(0,8)	1,6	(1,0)		1,4	(0,8)	1,6	(0,9)		1,5	(0,9)	1,5	(0,9)	
Lastig omdat ik niet altijd contactgegevens van swingpartners heb ¹	2,5		2,3	(1,3)	2,7	(1,3)		2,2	(1,3)	2,7	(1,3)		2,5	(1,3)	2,6	(1,4)	
Lastig als ik swingpartners lang niet heb gezien ¹	2,3		2,1	(1,2)	2,4	(1,1)		2,1	(1,2)	2,4	(1,1)		2,3	(1,2)	2,3	(1,2)	
Lastig als swingpartners intieme vrienden zijn ¹	1,9		1,7	(1,0)	2,1	(1,1)		1,7	(1,0)	2,0	(1,1)		1,9	(1,0)	2,0	(1,1)	
Schaalscore	3,9		4,1	(0,8)	3,7	(0,9)	0,000**	4,1	(0,8)	3,8	(0,9)	0,000**	3,9	(0,8)	3,8	(0,9)	0,215
Intentie⁵ (1: zeker niet - 5: zeker wel)																	
Als ik een soa zou hebben, zou ik alle voorgaande partners waarschuwen	4,4		4,5	(0,8)	4,3	(0,9)		4,6	(0,8)	4,3	(0,9)		4,4	(0,9)	4,4	(0,9)	
Als ik gewaarschuwd ben voor een soa, zou ik alle voorgaande partners waarschuwen	4		4,0	(1,1)	4,0	(1,1)		4,2	(1,0)	3,9	(1,1)		4,0	(1,1)	4,0	(1,1)	
Schaalscore	4,2		4,3	(0,9)	4,1	(0,9)	0,006*	4,4	(0,8)	4,1	(0,9)	0,000**	4,2	(0,9)	4,2	(0,9)	0,192

1 Alvorens de schaalscores te berekenen, werden de antwoorden op deze items gespiegeld: 1=5; 2=4; 3=3; enz.

2 Verschillen tussen groepen werden getoetst met Mann-Whitney U-test

* p < ,01; ** p < ,001

Tot nu toe zijn 4 groepen onderscheiden: geen enkele ervaring met partnerwaarschuwing, ervaring met gewaarschuwd worden, ervaring met zelf waarschuwen en ervaring met beide. Gekeken is of er significante verschillen bestonden tussen de groepen onderling (zie tabel 4.14.). Bij zowel attitude, zelfeffectiviteit en intentie bleken de 4 groepen onderling significant van elkaar te verschillen.

Zoals verwacht hadden respondenten uit de groep 'geen ervaring' een negatievere attitude, dan de andere respondenten en hadden respondenten uit de groep 'ervaring met beide' een positievere attitude dan respondenten uit de groepen 'geen enkele ervaring' en 'ervaring met gewaarschuwd worden'. Tevens hadden respondenten uit de groep 'ervaring met beide' een hogere zelfeffectiviteit en een grotere intentie om voorgaande seksuele partners te waarschuwen (verschil in intentie was alleen te zien bij de groepen 'geen ervaring' en 'ervaring met gewaarschuwd worden').

Tabel 4.14. Variantie analyse Anova (N=1135)

	<u>Type ervaring met Partnerwaarschuwing</u>								
	Geen enkele		Ervaring met		Ervaring met		Ervaring met beide		
	ervaring met PW		gewaarschuwd worden		zelf waarschuwen				
	(N=561)		(N=224)		(N=78)		(N=272)		
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	P
Attitude	4,4	(0,8)	4,6	(0,8)	4,7	(0,5)	4,8	(0,5)	0,000**
Zelfeffectiviteit	3,7	(0,8)	3,9	(0,9)	3,9	(0,9)	4,2	(0,8)	0,000**
Intentie	4,1	(0,9)	4,1	(0,9)	4,2	(1,0)	4,4	(0,8)	0,000**

NB: Gebruikte post-hoc test is Tamphane's T-test voor ongelijke varianties

* p < ,01; ** p < ,001

Verschillen tussen respondenten met soa en ervaring met waarschuwen

257 respondenten hadden wel eens een soa gehad in de periode dat zij swingden, maar slechts 181 respondenten gaven aan ervaring te hebben met het zelf waarschuwen van partners. Dit betekent dat 76 respondenten, 29,5%, niet hadden gewaarschuwd in de periode dat zij een soa hadden.

Gekeken is op welke punten respondenten die een soa hebben gehad maar niet hebben gewaarschuwd, significant verschilden van respondenten die een soa hebben gehad en wel hadden gewaarschuwd (zie tabel 4.15 en zie tabel 4.19, achterin dit document). Respondenten met ervaring met zelf waarschuwen, hadden een positievere attitude, een hogere zelfeffectiviteit en een hogere intentie om in de toekomst opnieuw mensen te waarschuwen voor een soa. Kijkend naar swingkenmerken kon gesteld worden dat, respondenten met ervaring met waarschuwen een significant hogere swingfrequentie hadden dan respondenten die geen ervaring hadden. Tot slot swingden respondenten die wel waarschuwd significant vaker thuis, daarentegen swingden respondenten die niet waarschuwd significant vaker in parenclubs.

Tabel 4.15. Soa gehad en ervaring met partnerwaarschuwing (N=257)

	Geslachtsziekte gehad				
	Geen ervaring met zelf waarschuwen (N=76)		Wel ervaring met zelf waarschuwen (N=181)		
	Gem	SD	Gem	SD	p¹
Determinanten					
Attitude	4,4	(0,8)	4,9	(0,4)	0,000**
Zelfeffectiviteit	3,5	(0,9)	4,1	(0,9)	0,000**
Intentie	3,7	(1,0)	4,4	(0,8)	0,000**

1 Verschillen tussen groepen werden getoetst met een Mann Whitney U-toets

* p < ,01; ** p < ,001

4.5.3. Voorspellers van intentie om partners te waarschuwen en waarschuwingsgedrag

In tabel 4.16. worden de correlatie coëfficiënten getoond. Zoals verwacht heeft intentie om voorgaande seksuele partners te waarschuwen een sterke positieve samenhang met attitude, waargenomen zelfeffectiviteit, swingfrequentie, leeftijd en ervaring met waarschuwen. Dit betekent hoe positiever de attitude, hoe meer men zichzelf in staat acht voorgaande seksuele partners te waarschuwen, hoe vaker men swingt, hoe ouder men is en hoe meer ervaring men heeft met waarschuwen, hoe hoger de intentie is om voorgaande seksuele partners te waarschuwen bij een soa.

Daarnaast is gekeken naar de samenhang van waarschuwingsgedrag van respondenten die al eens een soa hadden gehad. Zoals verwacht waren de TPB variabelen attitude, zelfeffectiviteit en intentie sterk, positief gerelateerd aan daadwerkelijk waarschuwingsgedrag van respondenten met een soa. Slechts één controlevariabele, 'swingfrequentie' was sterk positief gerelateerd aan waarschuwingsgedrag.

Tabel 4.16. Pearsons correlatie coëfficiënten tussen TPB-variabelen, risicoperceptie swingkenmerken en demografische gegevens enerzijds en intentie tot partnerwaarschuwing en gedrag anderzijds (N=1135)

	Intentie om te waarschuwen bij soa		Gedrag waarschuwingservaring van respondenten met soa	
	r	N	r	N
TPB				
Attitude	,311**	1135	,395**	257
Zelfeffectiviteit	,371**	1135	,304**	257
Intentie			,346**	257
Risicoperceptie				
Kans op soa	-,033	1135	-,094	257
Inschatting ernst van soa	-,110**	1135	,011	257
Swingkenmerken				
Swingfrequentie	,096**	1135	,286**	257
Swingduur	,026	1135	,074	257
Hoeveelheid seksuele contacten	-,001	1135	-,037	257
Demografische gegevens				
Geslacht	,027	1135	,065	257
Leeftijd	,124**	1135	,035	257
Opleiding	-,043	1135	,028	257
Hoeveelheid ervaring met PW	,141**	1135		

* p < ,01; ** p < ,001

Hoeveelheid ervaring met PW: Hoeveelheid ervaring met partnerwaarschuwing; 0= Geen ervaring met PW;

1= Alleen ervaring met gewaarschuwd worden; 2= Alleen ervaring met zelf waarschuwen;

3= Ervaring met waarschuwen en gewaarschuwd worden

In Tabel 4.17. zijn de resultaten weergegeven van de regressieanalyse met intentie en gedrag als afhankelijke variabelen. Hier is een stapsgewijze regressieanalyse gebruikt, waarbij in de eerste stap de TPB variabelen zijn toegevoegd, in de tweede stap risicoperceptie en in de laatste stap controlevariabelen. Op die manier is de verklarende waarde van TPB duidelijk te zien en de toegevoegde waarde van risicoperceptie en de controlevariabelen (swingkenmerken, demografische gegevens en ervaring).

Het TPB model, bestaande uit attitude en zelfeffectiviteit, verklaarde slechts 19,9% van de variantie bij de *intentie* om voorgaande partners te waarschuwen voor soa. Vervolgens zijn risicoperceptie en de controlevariabelen toegevoegd, wat uiteindelijk een voorspellende waarde van 21,8% gaf, wat niet hoog is. 'Ernst van de soa' en 'leeftijd' bleken, naast attitude en zelfeffectiviteit, een significante positieve rol te spelen bij de intentie om swingpartners te waarschuwen. Opvallend was dat ervaring met partnerwaarschuwing geen invloed had op de intentievorming. Uit deze resultaten blijkt dat er meer factoren, die binnen die onderzoek niet zijn gemeten, een belangrijke rol spelen bij de intentievorming rondom het waarschuwen van voorgaande seksuele partners.

Eveneens was de verklarende kracht van het model laag bij het *waarschuwingsgedrag*. De variabelen van TPB, attitude, zelfeffectiviteit en intentie verklaarden slechts 21,1% van de variantie. Bij het toevoegen van risicoperceptie en controlevariabelen, verhoogde de verklaarde variantie naar 29%. Alleen attitude, intentie en swingfrequentie bleken een significante positieve rol te spelen bij waarschuwingsgedrag. Dit betekende, hoe positiever de attitude, hoe groter de

intentie en hoe vaker men swingde, des te sneller men voorgaande seksuele partners waarschuwde. Opvallend was dat zelfeffectiviteit geen significante rol meer speelde bij waarschuwingsgedrag evenals kans op soa en swingduur. Dit is opmerkelijk omdat zelfeffectiviteit vanuit de literatuur wel een belangrijke rol bleek te spelen. Daarnaast zou een langere swingduur logischerwijs een relatie kunnen hebben met 'meer waarschuwingsgedrag', dit is echter niet het geval. Ook hier moet de kanttekening worden gegeven dat de voorspellende waarde laag is en dat dus meer factoren een rol spelen bij het wel of niet waarschuwen van voorgaande seksuele partners.

Tabel 4.17. Lineaire regressievergelijkingen Partnerwaarschuwing

		Intentie tot partnerwaarschuwing (N=1135)		Waarschuwigsgedrag van respondenten met soa (N=257)	
		β		β	
Blok 1	TPB				
	Attitude		,252**		,279**
	Zelfeffectiviteit		,326**		0,134
	Intentie				,174*
		<i>F (DF)= 141,0 (2 ,1132)</i>	<i>R²= ,199**</i>	<i>F (DF)= 22,6 (3 , 253)</i>	<i>R²= ,211**</i>
Blok 2	TPB				
	Attitude		,247**		,275**
	Zelfeffectiviteit		,325**		,141
	Intentie				,169*
	Risicoperceptie				
	Kans op soa		-,027		,086
	Inschatting ernst van soa		,069*		-,026
		<i>F (DF)= 72,5 (4 , 1130)</i>	<i>R²= ,204**</i>	<i>F (DF)= 14,0 (5 , 251)</i>	<i>R²= ,218**</i>
Blok 3	TPB				
	Attitude		,239**		,258**
	Zelfeffectiviteit		,310**		,127
	Intentie				,173*
	Risicoperceptie				
	Kans op soa		-,031		,039
	Inschatting ernst van soa		,084*		-,030
	Swingkenmerken				
	Swingfrequentie		,026		,245**
	Swingduur		-,010		,099
	Hoeveelheid seksuele contacten		-,026		-,107
	Demografische gegevens				
	Geslacht		,028		,039
	Leeftijd		,098**		-,078
	Opleiding		-,054		,095
	Hoeveelheid ervaring met PW		,015		
		<i>F (DF)= 28,4 (11 , 1123)</i>	<i>R²= ,218**</i>	<i>F (DF)= 9,0 (11 , 245)</i>	<i>R²= ,288**</i>

Noot: waarden zijn gestandaardiseerd (β 's)

** = $p \leq .001$, * = $p \leq .01$

Hoofdstuk 5

Discussie

5.1. Vertonen swingers risicovolle seksuele gedragingen

De resultaten van het onderzoek tonen dat swingers veel onveilige seksuele contacten hebben. Een ruime meerderheid van de respondenten swingde tussen de 4 tot 12 keer per jaar, waarbij driekwart seksueel contact had met 1-2 personen. In het bijzonder werden manuele en orale seksuele handelingen onveilig gedaan, door 80% respectievelijk 90% van de respondenten. Daarentegen werden vaginale en anale seksuele handelingen door 75% respectievelijk 85% van de respondenten met condoom gedaan. De helft van de respondenten was niet gevaccineerd tegen Hepatitis A en B, wat eveneens bijdraagt aan een verhoogd risico op soa. Deze bevindingen komen overeen met onderzoek onder swingers van Van der Poel & Boon (2007), waarbij ongeveer 80% van de respondenten seksuele contacten had met 1-2 personen, 90% orale seks onveilig bedreef en ruim 80% een condoom gebruikte bij vaginale seks met swingpartners. Een opvallende bevinding was dat testers meer seksueel risicogedrag vertonen doordat zij veelal een hogere swingfrequentie en meerdere seksuele contacten hadden mede door activiteiten als groepsseks en orgies. De risicovolle seksuele gedragingen van swingers vormen een bedreiging voor de seksuele gezondheid, door de grote kans op het ontwikkelen en overdragen van soa's.

Verondersteld werd dat swingers een groep zijn met een groeiende prevalentie soa's (Dukers-Muijers, Niekamp, Brouwers & Hoebe, 2010). Dit onderzoek bevestigde dit beeld, doordat bleek dat 22,6% van de respondenten van de online vragenlijst een soa hadden gehad. Chlamydia, genitale wratten en gonorrroe waren de meest voorkomende soa's. Soortgelijke percentages werden gevonden in onderzoek van Van der Poel en Boon (2007) waaruit bleek dat ongeveer een kwart van de swingende respondenten een soa had gehad. Een opvallende bevinding was dat testers niet meer soa's hadden dan niet-testers. Deze bevinding was tegen de verwachting in omdat soa's bij testers immers gediagnosticeerd kunnen worden. Bovendien zou een negatieve ervaring met 'gevaar', zoals een soa, een positieve invloed kunnen uitoefenen op risicobeeldvorming en hiermee een toename van het testgedrag kunnen bewerkstelligen (Jaeger et al., 2002). Een verklaring voor de bevinding dat testers niet meer soa's hadden dan niet-testers, zou kunnen zijn dat een soa uit het verleden naar verwachting nauwelijks impact heeft op het dagelijkse leven, waardoor er geen zichtbare verandering optreedt in testgedrag. In de diepte-interviews werd deze verklaring bekrachtigd doordat respondenten aangaven een soa niet ernstig te vinden, omdat deze een minimale impact heeft op hun leven. Daarnaast was de 'tijdsbepaling' van beide vragen verschillend; zo is gevraagd of respondenten een soa hebben gehad in de periode dat zij swingen, terwijl het testgedrag is gemeten van de afgelopen 12 maanden. Hierdoor kunnen swingers, die een aantal jaren geleden bij een soa-test een soa hadden, in de groep 'niet-testers' vallen als zij zich de afgelopen 12 maanden niet hebben laten testen op soa.

Gezien de beperkte kennis over seksueel risicogedrag onder deze groep respondenten, vormen deze bevindingen een toevoeging aan de huidige literatuur. Vervolgonderzoek zou zich kunnen focussen op de verschillen in soa prevalentie van swingers en diverse hoog risicogroepen, waardoor vergelijkingen kunnen worden gemaakt. Daarnaast zou vervolgonderzoek zich moeten richten op, in populariteit toenemende, risicogedragingen als pay-dates en groepsseks. De omvang en impact van deze gedragingen op de seksuele gezondheid van swingers is tot nu toe onbekend en vormen een essentiële aanvulling op de huidige kennis rondom seksueel risicogedrag.

5.2. Omvang en frequentie van het testgedrag van swingers

Dit eerste onderzoek naar testgedrag op soa bij swingers, toonde dat bijna 70% van de respondenten van de online vragenlijst zich in de afgelopen 12 maanden had laten testen op soa bij de GGD en huisarts. Echter slechts 45% liet zich

frequent (minimaal 2 keer per jaar) testen, wat betekent dat 55% van de respondenten zijn actuele soa/hiv status niet kende. Deze bevinding geeft reden tot alertheid omdat kennis van de soa/hiv status mensen de mogelijkheid geeft tijdig behandeld te kunnen worden. Daarnaast biedt het mensen de kans hun seksuele gedrag aan te passen, extra beschermingsmaatregelen te treffen en partners te waarschuwen als zij een soa hebben, waardoor verdere verspreiding kan worden voorkomen (Soa Aids Nederland, 2011). Het testpercentage lag relatief hoog in vergelijking met onderzoek van Van der Poel en Boon (2007) naar testgedrag op hepatitis B onder swingers. Dit verschil is echter te verklaren doordat onderzoek van Van der Poel en Boon (2007) zich richtte op slechts één soa, namelijk Hepatitis B. Een 'standaard' soa-test die huisartsen en GGD 'en doorgaans afnemen bij hoog risicogroepen, test echter niet op hepatitis B, hiervoor moet gericht onderzoek worden gedaan (Soa Aids Nederland, 2010). Het aantal mensen dat zich gericht op Hepatitis B laat testen zal naar verwachting veel lager zijn. Daarnaast is het testpercentage van swingers relatief hoog, gezien preventie tegen soa's zich tot nu toe nooit op deze kwetsbare groep heeft gericht (Vriend, et al., 2010).

Swingers bleken diverse aanleidingen te hebben om zich te laten testen op soa. Routinematig testen bleek voor 80% van de respondenten van de online vragenlijst de belangrijkste reden voor een soa-test. Een opvallende bevinding gezien het feit dat slechts 45% van de respondenten zich daadwerkelijk frequent liet testen op soa. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat swingers een andere betekenis geven aan 'frequent testen' dan personen werkzaam in de soa/hiv bestrijding. Daarnaast trok de groep 'eenmalige testers' de aandacht, doordat zij vaker een waarschuwing voor een soa, klachten en onveilige seksuele activiteiten als aanleiding gaven om te testen op soa. Testen leek voor deze respondenten een minder beredeneerde en weloverwogen keuze. De bewegingsredenen om te testen op soa waren overeenkomstig met Amerikaans onderzoek naar hoog risicogroepen (Kellerman et al., 2002) en Nederlands onderzoek naar swingers en hepatitis B (van der Poel & Boon, 2007). Hiermee kan voorzichtig gesteld worden dat aanleidingen om te testen mogelijk redelijk universeel zijn onder hoog risicogroepen.

5.3. Psychosociale gedragsdeterminanten van testen op soa

De Theory of Planned Behavior heeft, in dit eerste onderzoek naar determinanten van testgedrag onder swingers, heldere inzichten kunnen bieden in psychosociale gedragsdeterminanten die hierbij een rol spelen. De onderzoeksresultaten van de diepte-interviews en online vragenlijst toonden grote verschillen in opvattingen ten aanzien van attitude, sociale norm, zelfeffectiviteit en intentie om te testen op soa tussen testers en niet-testers. Zo hadden testers een significant positievere attitude, trokken ze zich meer aan van hun sociale omgeving, schatten ze hun zelfeffectiviteit ten aanzien van testen hoger in en hadden zij een grotere intentie om in de komende 6 maanden (frequent) te testen op soa.

Testers hadden een positieve attitude ten aanzien van soa-testen, zij betitelden een soa-test als belangrijk. Daarentegen vonden niet-testers een soa-test significant minder belangrijk, bovendien vonden zij het ook minder belangrijk of swingpartners dit deden. Bovendien vonden niet-testers een soa-test significant vervelender en onaangener dan testers. Mogelijke oorzaken hiervoor zijn dat niet-testers weinig kennis hebben van de procedure van een soa-test, waardoor zij een onjuiste beeldvorming hebben van een soa-test. De meest genoemde voordelen van een soa-test waren dat het een gerust gevoel geeft en dat het goed is voor de eigen gezondheid en die van een ander.

Testers ervoeren testen op soa als een norm binnen de swingerswereld, in tegenstelling tot niet-testers. Niet-testers ervoeren minder druk van de eigen partner en medeswingers om zich regelmatig te laten testen op soa. Bovendien hadden niet-testers de perceptie dat hun sociale omgeving, bestaande uit medeswingers en de eigen partner, zich ook niet regelmatig lieten testen op soa, wat een contrast vormde met testers die het testgedrag van hun sociale omgeving juist hoog inschatten.

Daarnaast toonden de onderzoeksresultaten eveneens grote verschillen in waargenomen barrières tussen testers en niet-testers. Niet-testers vergaten vaker een afspraak te maken, waren banger voor de procedure van de soa-test en

vonden het moeilijker tegenover hulpverleners ervoor uit te moeten komen dat zij swingden door een gevoel van schaamte. Daarnaast ervoeren testers en niet-testers ook gezamenlijk barrières. De belangrijkste barrières die het (frequent) testen in de weg stonden waren de beperkte openingstijden en er tijd voor vrij moeten maken. De barrière angst werd in diverse literatuur onder hoog risicogroepen aangewezen als één van de invloedrijkste barrières om niet op soa's en hiv te testen (Deblonde et al, 2010; Poel en Boon, 2007; Kellerman, 2002; Mikolajczak et al., 2006; De Wit & Adam, 2008; Wolfers, de Zwart & Kok, 2011). Dit onderzoek toonde echter aan dat swingers hierop een uitzondering zijn. Respondenten van de online vragenlijst en de diepte-interviews gaven aan angst niet als een barrière te ervaren, zij verklaarden in de diepte-interviews dat zij soa's en HIV als goed te behandelen ziektes zien.

Dit onderzoek toonde dat de intentie van swingers om (frequent) te testen op soa afhankelijk was van een positieve attitude, hogere sociale norm en een hogere inschatting van de zelfeffectiviteit. Daarnaast bleken de controlevariabelen: swingfrequentie, leeftijd en opleiding ook een mediërende rol te spelen in de intentievorming bij swingers. Zo droeg een hogere swingfrequentie bij aan een hogere intentie om te testen op soa. Daarentegen droeg een hogere leeftijd bij aan een verminderde intentie om te testen op soa. Een hoger opleidingsniveau speelde bij de intentie om de komende 6 maanden te testen op soa een beperkte rol en bij de intentie om de komende 12 maanden frequent te testen op soa niet. TPB bleek een goede voorspeller te zijn voor intentie van testgedrag, het model verklaarde 49% van de variantie om de komende 6 maanden te testen en 50% van de variantie om de komende 12 maanden frequent te testen op soa.

Testgedrag werd voorspeld door een hogere sociale norm, hogere zelfeffectiviteit en een grotere intentie om te testen. Opvallend was dat testgedrag niet afhankelijk bleek te zijn van attitude. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat attitude een directe mediërende rol speelt bij intentie, maar mogelijk een indirecte rol, via intentie, op het testgedrag. Verder had de controlevariabele swingfrequentie een positief mediërend effect op testgedrag en een hogere leeftijd een negatief effect op testgedrag. Een mogelijke verklaring voor de negatieve invloed van leeftijd zou kunnen zijn dat hogere leeftijdsgroepen een geslotenere vorm van relationele en seksuele vorming hebben gehad, wat mogelijkerwijs invloed heeft op testgedrag. TPB en de mediërende variabelen verklaarden 49% van de variantie voor testgedrag.

Uitkomsten van dit onderzoek suggereren dat emoties ook een belangrijke rol spelen bij de keuze van swingers om te testen op soa. De voordelen die respondenten toewezen aan een soa-test waren gebaseerd op emotie, zo gaf een soa-test een gerust gevoel en hadden zij het gevoel dat het goed was voor de eigen gezondheid en die van een ander. Daarnaast bleken de belangrijkste verschillen in barrières tussen testers en niet-testers zich ook op het emotionele vlak te bevinden; de emoties angst en schaamte. Een aanbeveling zou zijn om vervolgonderzoek te doen waarbij emotionele en sociale processen op de voorgrond treden.

De bevindingen over deze onbelichte hoog risicogroep vormen een belangrijke toevoeging aan de huidige literatuur en bieden aanknopingspunten voor vervolgonderzoek en preventieactiviteiten. Preventieactiviteiten zouden zich moeten richten op niet-testers, eenmalige testers en oudere leeftijdsgroepen. Deze groepen maken minder bewust en weloverwogen de keuze om een soa-test af te laten nemen en laten zich niet frequent testen op soa. Het vergroten van de attitude, sociale norm en zelfeffectiviteit kunnen de testintentie en het testgedrag mogelijk positief beïnvloeden. Vervolgonderzoek zou gericht moeten zijn op het inzichtelijk maken van het relatieve belang en de onderlinge samenhang van de verschillende gevonden determinanten.

Risicoperceptie en kennis

De onderzoeksresultaten van zowel de diepte-interviews als de online vragenlijst tonen dat het subjectieve risicoperceptie, bestaande uit waargenomen ernst en vatbaarheid, onder respondenten laag was.

Niet-testers schatten hun vatbaarheid significant lager in dan testers, waardoor zij het minder noodzakelijk vinden om frequent een soa-test af te laten nemen. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat testers, die een hogere

swingfrequentie en meer seksuele contacten hebben, beseffen dat zij een groter risico lopen op soa en zich daarom laten testen op soa. Een tegenstrijdige bevinding was dat respondenten in de diepte-interviews en in de online vragenlijst swingers wel als een hoog risicogroep betitelden, ondanks een lage inschatting van hun eigen vatbaarheid. Overeenkomstige resultaten werden gevonden in diverse onderzoeken onder hoog risicogroepen (Bakker et al, 2009; Kellerman et al., 2002; Mikolajczak et al., 2006; Van der Poel & Boon, 2007; Wolfers et al., 2011). Deze discrepantie kan verklaard worden doordat respondenten in de diepte-interviews op grote schaal cognitieve dissonantie toepasten. Respondenten calculeren het risico wat zij lopen in en proberen dit gevoelsmatig te reduceren met argumenten. Respondenten verklaarden in de diepte-interviews dat zij hun eigen vatbaarheid laag inschatten doordat zij beschermingsmaatregelen nemen, vaste swingpartners hebben en een lage swingfrequentie. Hierdoor zouden zij een minder groot risico lopen in vergelijking tot andere swingers (Kellerman et al., 2002). De waargenomen vatbaarheid speelde een kleine, maar significante rol bij de intentie- en gedragsvorming van swingers om te testen op soa.

Daarentegen toonde dit onderzoek niet aan dat de 'inschatting van de ernst van een soa' een significante rol speelt bij swingers in de keuze om te testen op soa. Er was echter een discrepantie te zien tussen de resultaten van de diepte-interviews en de online vragenlijst bij de inschatting van de ernst van soa's. In de diepte-interviews leken respondenten de ernst van soa's zeer laag in te schatten in het bijzonder door de gemakkelijke behandeling van soa's en doordat HIV geen doodsoorzaak meer hoeft te zijn. Daarentegen suggereren de resultaten van de online vragenlijst dat respondenten de gevolgen van soa's ernstig vonden. Onderzoek van Van der Poel en Boon (2007) bevestigde het beeld van de online vragenlijst; swingers bleken de ernst van Hepatitis B hoog in te schatten. Dit kan verklaard worden door mogelijk verschillende interpretaties van 'ernst' in de 2 deelonderzoeken. Zo is bij de diepte-interviews doorgevraagd op de ernst van soa's voor zowel lichaam, als sociale omgeving. Terwijl de online vragenlijst 'ernst' slechts mat met één vraag, waarin het woord 'ernst' niet uitgebreid was gespecificeerd. Vervolgonderzoek naar de ernst van soa's zou meer inzicht kunnen bieden in de rol van ernst op testgedrag.

Een laag kennisniveau werd in diverse literatuur over hoog risicogroepen aangewezen als een determinant die een negatieve invloed had op testgedrag (Kellerman et al., 2002). Overeenkomstig met deze bevinding hadden testers significant meer kennis dan niet-testers. Desondanks suggereren de data van het onderzoek dat het kennisniveau van swingers gemiddeld tot goed was. Dit kan verklaard worden doordat respondenten van de diepte-interviews en de online vragenlijst beschikten over een gemiddeld tot hoog opleidingsniveau, wat een hoger kennisniveau mede zou kunnen verklaren. Een laag kennisniveau over soa's werd in de literatuur in verband gebracht met een lage waargenomen vatbaarheid voor soa's (Wolfers, de Zwart & Kok, 2011). Ook in dit onderzoek hadden testers een hoger kennisniveau en een hogere waargenomen vatbaarheid voor soa's dan niet-testers. Vervolgonderzoek zou zich kunnen focussen op de invloed van het concept 'kennis' op testen op soa. Bovendien zou gekeken kunnen worden naar de mediërende rol van kennis op risicoperceptie en het relatieve belang wat 'kennis' mogelijk zou kunnen hebben.

De onderzoeksresultaten toonden aan dat een correcte inschatting van de vatbaarheid een cruciale rol speelt in de overweging van swingers om zich te laten testen op soa. Deze resultaten vormen een nieuwe aanvulling op eerdere uitgevoerde onderzoeken onder diverse hoog risicogroepen (Deblonde et al., 2010; Mikolajczak et al., 2006; De Wit & Adam, 2008). Hiermee lijkt de waargenomen vatbaarheid, een belangrijk speerpunt te zijn voor interventies die testen op soa bevorderen. Vervolgonderzoek zou zich verder kunnen verdiepen in de rol van risicoperceptie als motivator voor testgedrag. Zo kan een hoge risicoperceptie leiden tot angst voor soa's (Pidgeon, Hood, Jones, Turner & Gibson, 1992). Interessant is of deze angst motiveert om te testen op soa of juist afschrikt. Daarnaast is het interessant te onderzoeken welke invloed 'angst voor soa's' en 'waargenomen ernst' hebben op de motivatie om te testen op soa (Rogers, 1983). Tot slot zou vervolgonderzoek zich kunnen focussen op de rol en inhoud van cognitieve dissonantiereductie die swingers toepassen om een lage risicoperceptie te bewerkstelligen.

Soa-test versus condoomgebruik

Een nieuwe bevinding in de literatuur, was een kleine groep swingers die op basis van een negatieve soa/hiv test vrijwel alle seksuele activiteiten onveilig deden, waardoor zij een groter risico op soa/hiv lopen. Zij gingen veelal onveilige seksuele contacten aan met intieme swingvrienden en op orgies zonder condoomgebruik, georganiseerd door parenclubs.

Voorwaarde voor het aangaan van deze onveilige seksuele contacten was het bewijs van een recente negatieve soa/hiv³ test. Swingers en parenclubs lijken een onjuiste betekenis te hechten aan de uitkomst van een soa-test. Zij gebruiken dit als primair preventiemiddel tegen soa's, terwijl een soa-test geen bescherming biedt en enkel iets zegt over de maanden voorafgaande aan de test (RIVM, 2011). Opmerkelijk is dat ook parenclubs hieraan meewerken en zij hun bezoekers niet beschermen tegen soa's en hiv. Deze ontwikkeling heeft mogelijk een grote negatieve invloed op de seksuele gezondheid van swingers. Interventies zouden zich moeten focussen op de betekenis van een soa-test en het beperken van orgies zonder condoom, gericht op de doelgroepen swingers en parenclubs. Vervolgonderzoek zou zich kunnen focussen op de motivaties en determinanten voor het aangaan van dergelijke onveilige seksuele activiteiten door swingers.

Soa-testen als reclamemiddel

Een nieuwe signalering in dit onderzoek was het gebruik van de soa/hiv status op swingprofielen als reclamemiddel. Veel swingers bleken een profiel te hebben bij swingwebsites, waarop zij hun soa/hiv status vermelden, door swingers zelf ook wel 'apk-keuring' genoemd. Swingers geven op die manier aan dat zij een 'schoon en gezond' swingstel zijn, wat als reclamemiddel fungeert om andere swingpartners aan te trekken voor een swingafspraak. In eerdere literatuur over swingers en hoog risicogroepen is deze ontwikkeling nooit eerder naar voren gekomen. Wel was bekend dat swingers veel gebruik maakten van profielen op swingwebsites (Van der Poel & Boon, 2007) en dat hoog risicogroepen zoals MSMers en prostituees en escortdames vaak profielen hebben bij homo- of sekswebsites waar zij reclame voor zichzelf maken. Zij doen dit door hun seksuele wensen en grenzen aan te geven (bv: anale seks zonder condoom) en door een naaktfoto (meestal van de vrouw) te plaatsen (Bell, 1971; Blackwell, 2011).

Door deze nieuwe methode van persoonlijke reclame kan voorzichtig gesteld worden dat swingers weten van het bestaan van soa-testen en hier onderling reclame voor maken, wat mogelijk een positief effect heeft. Dit kan gezien worden als een kans want het stimuleert mogelijk het testen op soa. Daarnaast tonen deze resultaten dat internet, in het bijzonder swingwebsites, een uitermate goed communicatiemiddel zijn om een grote groep swingers te benaderen voor interventies. Vervolgonderzoek zou zich echter moeten focussen op de eerlijkheid van swingers over hun soa/hiv status op profielen op swingwebsites en het vertrouwen van medeswingers hierin.

5.4. Omvang en frequentie van partnerwaarschuwing

Dit eerste onderzoek naar partnerwaarschuwing onder swingers bevestigt het vermoeden dat partnerwaarschuwing nog onvoldoende en correct wordt toegepast. 64% van de respondenten van de online vragenlijst, die ooit gewaarschuwd hadden, hadden niet alle seksuele contacten gewaarschuwd voor een soa. 23% had zelfs geen enkel seksueel contact gewaarschuwd. Ongeveer 30% van de respondenten waarschuwde voorgaande partners uit een te korte periode (max. 3 maanden), waardoor niet alle mogelijk besmette partners werden gewaarschuwd. Waarschuwen vond veelal telefonisch of face-to-face plaats, zodat een uitleg gegeven kon worden. Het waarschuwingsgedrag van swingers is onvoldoende en geeft reden voor alertheid. Mogelijk zouden preventieactiviteiten het waarschuwingsgedrag kunnen bevorderen wat de seksuele gezondheid van swingers ten goede kan komen.

³ Met een 'negatieve uitslag van een soa/ hiv test' wordt een uitslag bedoeld waaruit blijkt dat de persoon geen soa's of hiv heeft.

5.5. Psychosociale gedragsdeterminanten van partnerwaarschuwing

Eerder onderzoek onder diverse hoog risicogroepen toonde dat attitude, zelfeffectiviteit en intentie een belangrijke rol speelden in het waarschuwingsgedrag (Schwartz et al., 2006). Dit onderzoek bevestigde doormiddel van TPB dat deze factoren ook een belangrijke rol spelen onder de doelgroep swingers, wat suggereert dat deze bevindingen redelijk universeel zijn onder diverse hoog risico populaties. De onderzoeksresultaten toonden grote verschillen in opvattingen ten aanzien van attitude, zelfeffectiviteit en intentie om te waarschuwen voor een soa, tussen respondenten die wel en geen ervaring hadden met partnerwaarschuwing. Zo hadden waarschuwende swingers een significant positievere attitude, schatten ze hun zelfeffectiviteit ten aanzien van partnerwaarschuwing hoger in en hadden zij een grotere intentie om te waarschuwen in geval van een soa

Swingers ervoeren als belangrijkste voordeel dat partnerwaarschuwing verdere verspreiding van een soa kon voorkomen, doordat zij zich tijdig konden laten testen en eventueel kunnen laten behandelen. Opvallend was dat respondenten over het algemeen een positieve attitude hadden ten aanzien van gewaarschuwd worden. Daarentegen was de attitude ten aanzien van het zelf waarschuwen minder positief. Dit kan verklaard worden door de barrières die respondenten mogelijk ervoeren bij het waarschuwen van partners, zo noemden respondenten in de diepte-interviews het beschamend, moeilijk en lastig. Respondenten met ervaring met het zelf waarschuwen van partners hadden een significant positievere attitude, zij vonden het belangrijker om gewaarschuwd te worden en om zelf te waarschuwen, dan respondenten zonder deze ervaring.

De belangrijkste nadelen die respondenten ervoeren aan het zelf waarschuwen waren dat zij niet altijd contactgegevens van medeswingers hadden, voornamelijk als zij in parenclubs of op feesten swingden. Daarnaast ervoeren respondenten schaamte en waren zij bang voor negatieve reacties van medeswingers, zoals boosheid en geroddel. Deze bevinding vertoonde overeenkomsten met onderzoek van Mimiaga et al., (2008) en Nuwaha et al., (2001) die stelden dat angst een fundamentele barrière kan vormen bij het waarschuwen van partners voor een soa onder hoog risicogroepen. Daarnaast vonden respondenten het moeilijker swingpartners te waarschuwen als zij deze een tijd niet hadden gezien, wat overeenkomsten vertoont met onderzoek van Gursahaney et al (2011). Zij stellen dat een sterkere interpersoonlijke en emotionele relatie met mogelijk besmette partners een positieve rol speelt bij het waarschuwen voor een soa. De grootste verschillen tussen swingers die ervaring hadden met waarschuwen en die dit niet hadden waren dat niet-waarschuwers zich meer schaamden en dat zij vaker geen contactgegevens van medeswingers hadden. Dit wekt de suggestie dat een interventie zich moeten richten op het uitwisselen en bijhouden van contactgegevens van iedere seksuele partner en het verminderen van schaamte en daarmee het verhogen van de zelfeffectiviteit.

Dit onderzoek toonde dat de intentie om partners te waarschuwen afhankelijk is van een positieve attitude en een hogere inschatting van de zelfeffectiviteit. Daarnaast bleken 'inschatting van de ernst van een soa' en 'leeftijd' een kleine mediërende rol te spelen op de intentievorming. Zo droeg een hogere inschatting van de ernst en een hogere leeftijd bij aan een hogere intentie om voorgaande partners te waarschuwen bij een soa. Nuwaha et al., (2001) suggereerden dat eerdere ervaringen met partnerwaarschuwing een positieve invloed hadden op de intentievorming. Dit onderzoek toonde dat 'ervaringen uit het verleden' geen mediërende invloed hadden op de intentievorming van swingers om te waarschuwen bij een soa. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat 'gedrag uit het verleden' wordt gemedieerd door andere variabelen zoals attitude.

De gedraging 'het waarschuwen van partners' wordt voorspeld door een positieve attitude en een hogere intentie. Zelfeffectiviteit is geen voorspeller van waarschuwingsgedrag. Deze bevinding bevestigt het beeld van onderzoek van Nuwaha et al. (2001) waar zelfeffectiviteit ook geen invloed had op het waarschuwingsgedrag van mannen. Een verklaring hiervoor is dat als swingers de intentie hebben om te waarschuwen, zij geen barrières meer ervaren en de waargenomen gedrags controle hebben om partners te waarschuwen. Daarnaast bleek een hogere swingfrequentie ook een geringe

mediërende rol te spelen bij de vorming van het gedrag om te waarschuwen bij soa's. Een opvallende bevinding gezien het feit dat meerdere onderzoeken hebben aangetoond dat een toename van het aantal wisselende seksuele contacten veelal een negatief effect heeft op waarschuwingsgedrag (Gursahaney et al., 2011; Schwartz et al., 2006; Van Valkengoed et al., 2002).

De bevindingen over deze onbelichte hoog risicogroep suggereren dat preventieprogramma's voor swingers met een soa voordeel kunnen hebben bij het includeren van de sociaal cognitieve factoren: attitude, zelfeffectiviteit en intentie. Daarnaast blijken er meer factoren een rol te spelen bij de intentie en gedragsvorming, want de variabelen van TPB en de controle variabelen risicoperceptie, demografische gegevens en swingvariabelen verklaarden 29% van de variantie van waarschuwingsgedrag. Vervolgonderzoek zou zich moeten focussen op de rol van de subjectieve norm bij partnerwaarschuwing.

5.6. Sterke en zwakke punten

De diepte-interviews bleken een geschikt meetinstrument te zijn om meer te weten te komen over het fenomeen 'swingen', evenals over de motivaties van swingers om bepaalde gedragingen te vertonen. De representativiteit van de resultaten van de diepte-interviews wordt echter beperkt omdat het een kleine en selecte onderzoeksgroep betrof met overeenkomstige eigenschappen (selectiebias). Respondenten kwamen uit een klein geografisch gebied en namen op vrijwillige basis deel aan het onderzoek. Tevens bevonden zich onder de geïnterviewde respondenten 8 koppels, wat een zekere overlap gaf in antwoorden. Opvallend was dat antwoorden die stellen onafhankelijk van elkaar gaven, op één lijn lagen, waardoor voorzichtig geconcludeerd kan worden dat respondenten vrij eerlijke antwoorden gaven in de diepte-interviews. Bij de interpretatie van de diepte-interviews moet rekening worden gehouden met de mogelijkheid van bias door de verwachting van de onderzoekers. Door de semi-gestructureerde interviews te laten peer reviewen is getracht de bias te voorkomen. Bovendien is bij het verwerken van de gegevens wederom steekproefsgewijs gepeerreviewed of de antwoorden op juist werden geïnterpreteerd.

De online vragenlijst bood heldere inzichten in frequenties en psychosociale gedragsdeterminanten die een rol spelen bij het testen op soa en partnerwaarschuwing. De online vragenlijst bleek een geschikte methode te zijn om een grote swingende respondentengroep te bereiken. Desondanks deden respondenten mee op vrijwillige basis en was er sprake van zelf-report, waardoor rekening moet worden gehouden met (respons/non-respons) bias. Verder waren uitkomstvariabelen gebaseerd op de interpretatie van respondenten van de vraag. Mogelijk hebben respondenten de vraag anders geïnterpreteerd dan bedoeld. Antwoorden die respondenten gaven waren gebaseerd op hun eigen perceptie, zo kan een respondent mogelijk de perceptie hebben dat hij alle partners heeft gewaarschuwd terwijl dit niet het geval was. Daarnaast nodigt een onderwerp als seksualiteit uit om sociaal wenselijke antwoorden te geven, wat kan leiden tot onderrapportage.

Swingers maken deel uit van een 'verborgen' doelgroep, waardoor representatieve gegevens, in zowel de diepte-interviews als de online vragenlijst, over de omvang en karakteristieken van de populatie ontbreken. Hierdoor kunnen geen onderbouwde uitspraken gedaan worden over de representativiteit (onder- of oververtegenwoordiging) van de respondentengroep. Aanbevolen wordt om met behulp van prospectief vervolgonderzoek inzicht te verkrijgen in de omvang van de swingerspopulatie om gefundeerde uitspraken over omvang, incidentie en prevalentie te kunnen doen. Tot slot moet opgemerkt worden dat het aantal respondenten van de online vragenlijst boven verwachting hoog was, wat zou kunnen betekenen dat de swingersgroep groter is dan tot nu toe verwacht.

5.7. Conclusie

Dit eerste nationale onderzoek naar de omvang, frequenties, motieven en psychosociale gedragsdeterminanten van swingers die een rol spelen bij de onderwerpen testen op soa en partnerwaarschuwing, vormt een belangrijke aanvulling op de bestaande literatuur in het domein van soa/hiv preventie. De triangulatie van onderzoeksmethoden in combinatie met beschrijvend-, diagnostisch en verklarend onderzoek maakt dat het onderzoek heldere inzichten geeft in gedragingen en motieven van swingers op het gebied van testen op soa en partnerwaarschuwing. De resultaten, verkregen uit dit onderzoek, bieden aanknopingspunten voor de invulling van mogelijke preventieactiviteiten en vervolgonderzoek. Interventies zouden zich moeten focussen op het bevorderen van frequent testen op soa. De gedragsdeterminanten risicoperceptie, attitude, sociale norm en zelfeffectiviteit spelen hierbij een cruciale rol. Interventies op het gebied van partnerwaarschuwing zouden het 'correct' waarschuwen van voorgaande partners mogelijk kunnen stimuleren. Evenals het verkrijgen en bijhouden van contactgegevens van swingpartners en het verkleinen van barrières zoals schaamte. Hierbij zijn het vergroten van de ernst van soa's en de TPB-variabelen (attitude en zelfeffectiviteit) fundamenteel.

Referenties

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Aletta, (2011). Seksuele voorlichting. Verkregen van website Aletta, Instituut voor vrouwengeschiedenis, verkregen op 18 januari, 2012: http://www.aletta.nu/aletta/nl/vitrine/seksuele_voorlichting.
- Bakker, F., de Graaf, H., de Haas, S., Kedde, H., Kruijer, H. & Wijsen, C. (2009). Seksuele gezondheid in Nederland 2009. Utrecht, Rutgers Nisso Groep.
- Bell, R.R. (1971). "Swinging": the sexual exchange of marriage partners. *Sexual Behavior*, 1(2), 70-79.
- Blackwell, C.W. (2011). Internet Advertisements for Public Sexual Encounters Among Men Who Have Sex With Men: Are Safe Behaviors Communicated? *Am J Mens Health*, 5, 386-394.
- Bolan, G., Ehrhardt, A.A. & Wasserheit, J.N. (1999). Gender perspectives and STDs. In Holmes, K.K., Sparling, P.F., Stamm, W., Piot, P., Wasserheit, J., Corey, L. & Cohen, M. (eds), *Sexually Transmitted diseases*, 117-127. New York: McGraw-Hill.
- Brouwers, E., Niekamp, A.M., Morré, S.A., Bruggemans, C.A., Hoebe, C.J.P.A. (2007). Swingers an emerging riskgroup for Chlamydia trachomatis and Neisseria Gonorrhoeae. *GGD Zuid Limburg*, 2007. Verkregen van website Soa Aids Nederland: gedownload op 4 maart 2011 van: http://www.soaids.nl/veilig_vrijen/swingsoavrij/swingers_literatuur.
- Brug, J., Assema, P., van., Lechner, L. (2008). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- Buunk, B. (1980). Partnerruil: een vergelijking tussen Amerikaanse en Nederlandse gegevens. *Actualiteiten: relatie & seksualiteit*, 6(1), 18-21.
- Chesson, H.W., Collins, D. & Koski, K. (2008). Formulas for estimating the costs averted by sexually transmitted infection prevention programs in the United States. *Cost eff Resour alloc*. 6, 10.
- Deblonde, J., de Koker, P., Hamers, F.F., Fontaine, J., Luchters, S. & Temmerman, M. (2010). Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 20(4), 422-432.
- Dukers-Muijters, N.H.T.M., Niekamp, A., Brouwers, E.E.H.G. & Hoebe, C.J.A. (2010). Older and swinging; need to identify hidden and emerging risk groups at STI clinics. *Sexually Transmitted Infections*, 86, 315-317.
- Eromatch, (2006). Wat is swingen? Verkregen van Eromatch website: <http://www.eromatch.nl/swingers/WATISSW/WATISSW.HTM#1>.
- De Feijter, N. & Nuradini, B. (2009). Draaiboek partnerwaarschuwing bij soa; herziening juli 2009. Bilthoven: Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding.
- Goldenberg, S., Shoveller, J., Koehoorn, M. & Ostry, A. (2008). Barriers to STI testing among youth in a Canadian oil and gas community. *Health & Place*, 14, 718-729.
- Gommer, A.M., Poos, M.J.J.C. & Hoeymans, N. (2007). Verloren levensjaren, ziekte en ziektelast voor 56 geselecteerde aandoeningen. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM. Verkregen van website RIVM op 22 maart,

2011, van <http://www.nationaalkompas.nl>>Nationaal Kompas Volksgezondheid\gezondheid en ziekte\ sterfte, levensverwachting en DALY's\ziektelast in DALY's. Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 4.2, 9 december 2010.

Gu, J., Lau, J.T.F. & Tsui, H. (2011). Psychological factors in association with uptake of voluntary counselling and testing for HIV among men who have sex with men in Hong Kong. *Public Health*, 25(5), 275-282.

Gursahaney, P.R., Jeong, K., Dixon, B.W. & Wiesenfeld, H.C. (2011). Partner notification of sexually transmitted diseases: practices and preferences. *Sexually Transmitted Diseases*, 38(9), 821-827.

Jaeger, C., Renn, O., Rosa, E., Webler, Th. (2002). *Risk and Rational Action*. London: Earthscan.

Jenks, R. (1986). 'Swinging: A Review of the Literature', *Archives of Sexual Behavior*, 27(5), 507-22.

Kellerman, S.E., Lehman, J.S., Lansky, A., Stevens, M.R., Hecht, F.M., Bindman, A.B. & Wortley, P.M. (2002). HIV testing within at-risk populations in the United States and reasons for seeking or avoiding HIV testing. *JAIDS Journal of acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31(2), 202-210.

De Leeuw, E.D. (2010). Passen en meten online: De kwaliteit van internet enquêtes. In A.E. Bronner et al (red). *Ontwikkelingen in Marktonderzoek: Jaarboek MarktonderzoekAssociatie*, dl. 35, 2010. Haarlem: Spaar en Hout.

Lensvelt-Mulders, G. & Leeuw, de E. (2002). Beschermd door een dobbelsteen. In: Groenewoud, M. (2011). Onderzoek naar de mate waarin het keuzeprocess van werkgevers, tussen kandidaten voor vacatures kan worden beïnvloed door instrumenten zoals loonkostensubsidie. Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek. http://www.regioplan.nl/publicaties/artikelen/hoe_kiezen_werkgevers

Low, N., Welch, J. & Radcliffe, K. (2004). Developing national outcome standards for the management of gonorrhoea and genital chlamydia in genitourinary medicine clinics. *Sexually Transmitted Infections*, 80, 223-229.

Migchelbrink, F. (2009). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.

Mikolajczak, J., Hospers, H.J. & Kok, G. (2006). Reasons for not taking an HIV-test among untested men who have seks with men: an internet study. *AIDS and Behavior*, 10(4), 431-435.

Mimiaga, M.J., Reisner, S.L., Tetu, A.M., Cranston, K., Bertrand, T., Novak, D.S. & Mayer, K.H. (2008). Psychosocial and behavioral predictors of partner notification after HIV and STI exposure and infection among msm. *Aids and Behavior*, 13(4), 738-745.

NASCA (2010). www.nasca.com (North American Swing Club Association). Verkregen van website NASCA: geraadpleegd op 8 november 2010. <http://www.nasca.com/>.

Nuwaha, F., Faxelid, E., Wabwire-Mangen, F., Eriksson, C. & Höjer, B. (2001). Psycho-social determinants for sexual partner referral in Uganda: Quantitative results. *Social Science & Medicine*, 53(10), 1287-1301.

O'Byrne, P., & Watts, J.A. (2011). Exploring sexual networks: a pilot study of swingers' sexual behaviour and health-care-seeking practices. *The Canadian journal of nursing research*, 43(1), 80-97.

Pidgeon, N.F., Hood, C., Jones, D., Turner, B. and Gibson, R. (1992). Risk perception. Ch 5 of *Risk Analysis, Perception and Management: Report of a Royal Society Study Group*. London: The Royal Society, 89-134.

Poel, A. van der, Boon, B. (2006). *Swingers en hepatitis B; onderzoek naar seksueel risicogedrag van swingers en kansen voor hepatitis B preventie*. Rotterdam: IVO.

Psychologisch Laboratorium (1971). *Wie doen er aan partnerruil en waarom: een exploratief onderzoek*. Amsterdam: Psychologisch Laboratorium.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2005). Kosten van ziekten in Nederland 2005: Start tabellen & grafieken volgens zorgrekeningen. Bilthoven: RIVM. Verkregen op 17 januari, 2011, van http://www.kostenvanziekten.nl/kvz2005/cijfers/start-tabellen-grafieken-volgens-zorgrekeningen/Default.aspx?ref=kvz_v2l1b1p4r1c3i0t1j0o1y2a-1g0d6s54z0f0w2.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2011). *Nationaal soa/hiv-plan 2012-2016: Bestendigen en versterken*. Bilthoven: RIVM Rapport 2151.

Rogers, R.W. (1983). Cognitive and psychological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. In: Cacioppo, J.T., Petty, R.D.. *Social Psychophysiology: A source Book*. New York: Guilford Press, 153-176.

Van Rooijen, M. (2011, januari 5). *Soa/HIV jaarcijfers 2010*. Amsterdam: Verkregen van website GGD Amsterdam: <http://www.gezond.amsterdam.nl/GetDocument.ashx?DocumentID=11089&name=soa/hiv-jaarcijfers-2010&rnd=634613599467505309>.

Rotteveel, M., & Does, R. (2005). *Marktonderzoek voor de communicatiemedewerker*. Deventer, NJ: Kluwer.

Rutgers Nisso Groep (2009). *Sexual and reproductive health: the Netherlands in international perspective*. Bijgevoerd door RNG. Amsterdam: Vernout, E..

Schmid, G.P. (1996). Serologic screening for syphilis: rationale, cost, and realpolitik. *Sexual Transmitted Diseases*, 23, 46–50.

Swingers Fun Club (2006). Swingen een levensstijl. Verkregen van website Swingers Fun Club, Geraadpleegd op 11 juli 2011: <http://www.swingersfunclub.com/Info/Swinging/Swinging--it-s-a-lifestyle/tabid/100/Lang/nl->.

Soa Aids Nederland (2011, november 11). Klachten en gevolgen van soa's. Verkregen van website Soa Aids Nederland van: http://www.soaids.nl/soa/soa_klachten_en_gevolgen.

Soa Aids Nederland (2007). *Een kwetsbaar evenwicht: Stand van zaken HIV en andere soa in Nederland*. Amsterdam: Soa Aids Nederland.

SOA Aids Nederland (2009). Swing soa-vrij; informatie voor swingers. Verkregen van website Soa Aids Nederland, geraadpleegd op 11 juli 2011: http://www.soaids.nl/veilig_vrijen/swingsoavrij.

Soa Aids Nederland (2010). SOA: Behandeling. Verkregen van website Soa Aids Nederland, geraadpleegd op 15 december 2010: <http://www.soaids.nl/soa/behandeling>.

Soa Aids Nederland (2011). Testen op soa's. Verkregen van website Soa Aids Nederland, geraadpleegd op 17 januari, 2012: http://www.soaids.nl/soa/testen_op_soas.

Schwartz, R.M., Malka, E.S., Augenbraun, M., Rubin, S., Hogben, M., Liddon, N., McCormack, W.M. & Wilson, T.E. (2006). Predictors of partner notification for C. Trichomatis and N. Gonorrhoeae: an examination of social Cognitive and Psychological factors. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 83(6), 1095-1104.

Swingers Fun Club (2006). Swingen een levensstijl. Verkregen van website Swingers Fun Club, geraadpleegd op 11 juli 2011:
<http://www.swingersfunclub.com/Info/Swinging/Swinging--it-s-a-lifestyle/tabid/100/Lang/nl->.

TNS NIPO (2006). Nederlander maalt niet om SOA. Amsterdam: TNS NIPO base CASI. Verkregen op 6 januari, 2010, van <http://www.tns-nipo.com/pages/nieuws-pers-vnipo.asp?file=persvannipo\soa06.htm>.

Van Valkengoed, I.G.M., Morré, S.A., van den Brule, A.J.C., Meijker, C.J.L.M., Bouter, L.M. van Eijk, J.T.M. & Boeke, A.J.P. (2002). Partner Notification among asymptomatic Chlamydia trachomatis cases, by means of mailed specimens. *British Journal of General Practice*, 52, 652-654.

Vriend, H.J., Koedijk, F.D.H., van den Broek, I.V.F., van Veen, M.G., Op de Coul, E.L.M., van Sighem, A.I., Verheij, R.A. & van der Sande, M.A.B. (2010). *Sexually transmitted infections including HIV, in the Netherlands in 2009*. Bilthoven: RIVM.

VWS (2003a). Brief aan de Tweede Kamer over preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen van Minister H. Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Verkregen van website nieuwsbank op 9 december 2010:
<http://www.nieuwsbank.nl/inp/2004/12/01/F081.htm>.

Wikipedia (2011). Relationele en seksuele vorming. Verkregen van website Wikipedia op 4 januari 2011:
http://nl.wikipedia.org/wiki/Relationele_en_seksuele_vorming.

De Wit, J.B.F. & Adam, P.C.G. (2008). To test or not to test: psychosocial barriers to HIV testing in high-income countries. *HIV Medicine*, 9, 20-22.

Wolfers, M., de Zwart, O. & Kok, G. (2011). Adolescents in the Netherlands underestimate risk for sexually transmitted infection testing. *AIDS Patient Care and STDs*, 25(5), 311-319.

World Health Organization (2009). Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva Switzerland: Mathers, C., Stevens, G. & Mascarenhas, M.

World Health Organization & UNAIDS (1999). Sexually transmitted diseases: policies and principles for prevention and care. Geneva, Switzerland; UNAIDS Best Practice Collection.

Tabel 4.18 Seksueel beschermingsgedrag

	Nooit	Soms	Meestal	Altijd
	%	%	%	%
Ik gebruik een condoom bij vaginale seks met swingpartners				
Man	2,2	7,5	20,1	70,2
Vrouw	4,7	4,1	13,5	77,7
Testers	2,2	5,0	20,0	72,8
Niet-testers	4,9	9,3	13,3	72,5
Ik gebruik een condoom bij anale seks met swingpartners				
Man	1,6	3,0	10,6	84,7
Vrouw	2,7	3,1	8,8	85,4
Testers	1,5	2,5	11,2	84,8
Niet-testers	3,0	4,6	7,1	85,3
Ik gebruik een condoom/ beflapje bij orale seks met swingpartners				
Man	83,6	8,1	2,1	3,5
Vrouw	82,0	8,2	2,6	7,1
Testers	87,7	6,0	2,0	4,3
Niet-testers	78,7	12,6	2,9	5,7
Ik was mijn handen na iedere seksuele handeling				
Man	15,7	34,6	29,3	20,5
Vrouw	12,1	31,2	27,1	29,6
Testers	13,6	35,9	28,8	21,7
Niet-testers	16,3	28,2	27,9	27,6
Ik wissel het condoom tussen anaal en vaginale seks				
Man	8,4	9,2	9,6	72,9
Vrouw	7,7	6,4	12,4	73,5
Testers	6,5	7,8	10,2	75,6
Niet-testers	13,0	9,7	11,4	65,9
Ik wissel het condoom na iedere sekspartner				
Man	2,2	2,7	4,0	91,0
Vrouw	1,7	0,6	2,6	95,1
Testers	2,1	1,8	3,2	93,0
Niet-testers	1,9	2,6	4,5	91,0
Ik wissel het condoom bij speeltjes na ieder seksueel contact				
Man	12,4	7,5	12,2	68,0
Vrouw	6,6	5,9	10,7	76,8
Testers	9,1	6,8	12,4	71,7
Niet-testers	14,0	7,5	9,8	68,7
Ik reinig speeltjes na ieder seksueel contact				
Man	3,2	8,9	14,4	73,4
Vrouw	1,8	5,8	16,0	76,3
Testers	2,3	8,9	16,4	72,5
Niet-testers	4,0	5,4	11,6	79,0

Tabel 4.19. Soa gehad en ervaring met partnerwaarschuwing o.b.v. swinggedragingen (N=257)

	<u>Geslachtsziekte gehad</u>				
	Geen ervaring met zelf waarschuwen (N=76)		Wel ervaring met zelf waarschuwen (N=181)		
	N	% ¹	N	% ¹	p ²
Swingfrequentie					
1 keer per jaar	5	6,6	0	0	
2 keer per jaar	6	7,9	5	2,8	
1 keer per 3 mnd	25	32,9	30	16,6	
1 keer per mnd	21	27,6	58	32,0	0,000***
1 keer per 2 wk	10	13,2	53	29,3	
1 keer per wk	7	9,2	24	13,3	
> 1 keer per wk	2	2,6	11	6,1	
Swingplaats					
Bij mij of een ander thuis	52	68,4	171	94,5	0,000***
Parenclub	55	72,4	83	45,9	0,000***
Hotel	13	17,1	26	14,4	0,576
Feesten	16	21,1	38	21,0	0,992
Vakanties	7	9,2	33	18,2	0,069
Hoeveelheid contacten					
1- 2 personen	53	69,7	126	69,6	
3- 5 personen	19	25,0	45	24,9	0,681
> 6 personen	4	5,3	7	3,9	
Alleen met eigen partner	0	0,0	3	1,7	
Seksuele voorkeur tijdens swingen					
Meestal met mannen	10	13,2	27	14,9	
Meestal met vrouwen	33	43,4	60	33,1	0,292
Meestal met mannen en vrouwen	33	43,4	94	51,9	

1 De gegeven percentages zijn rij percentages.

Vb: 68,4% van de respondenten die niet gewaarschuwd hebben swingen thuis

2 Verschillen tussen groepen werden getoetst met een Chi kwadraat