Seksuele gezondheid bij LGBTQI+ en bespreekbaarheid in de huisartsenpraktijk

Allegra Nijs, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Johan Vansintejan, VUB

Co-promotoren: Dr. Madieke Maseman, VUB

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2024 – 2025]

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten en programma's voor commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden

Abstract

Context
LGBTQI+ personen verschijnen steeds vaker in de media, maar blijven op individueel niveau geconfronteerd met stigma, discriminatie en verhoogde gezondheidsrisico's. Onderzoek naar seksuele gezondheid richt zich vooral op de algemene bevolking, waardoor representatieve gegevens over LGBTQI+ personen in Vlaanderen ontbreken. Huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen in het bevorderen van seksuele gezondheid binnen deze groep, maar negatieve ervaringen in de huisartsenpraktijk blijven vaak voorkomen.

Onderzoeksvragen
Hoe is de seksuele gezondheid van LGBTQI+ personen in Vlaanderen in vergelijking met die van de algemene bevolking?

Kunnen LGBTQI+ personen terecht met vragen rond seksuele gezondheid bij hun huisarts?

Methode
Dit kwantitatieve onderzoek maakt gebruik van een anonieme online enquête om de seksuele gezondheid van LGBTQI+ personen in Vlaanderen en de bespreekbaarheid ervan bij de huisarts te onderzoeken. De enquête bestaat uit 33 meerkeuzevragen, gebaseerd op bestaande studies en eigen aanvullingen. Respondenten worden gerekruteerd via LGBTQI+-organisaties, een huisartsenpraktijk en persoonlijke netwerken. In totaal worden 256 volledig ingevulde enquêtes geanalyseerd met behulp van beschrijvende statistiek in SPSS. De verzamelde data worden gedurende 20 jaar veilig bewaard in de databank van de VUB.

Resultaten en besluit
Dit onderzoek toont aan dat LGBTQI+ personen in Vlaanderen gemiddeld tevreden zijn over hun seksleven, maar tegelijkertijd verhoogde seksuele gezondheidsrisico's ervaren, zoals seksuele moeilijkheden, soa's en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Er zijn moeilijkheden in de bespreekbaarheid van seksuele gezondheid met huisartsen, ondanks de ervaren competentie van zorgverleners. Vergelijkingen met eerdere studies in Vlaanderen en Nederland wijzen op zowel gelijkenissen als verschillen, vooral op het vlak van seksuele ervaring en gezondheidsproblemen. Het onderzoek benadrukt de noodzaak voor meer sensitieve training van huisartsen en pleit voor grotere en diversere steekproeven in toekomstig onderzoek. Geopolitieke ontwikkelingen kunnen in de toekomst bijkomende uitdagingen vormen voor het mentale welzijn en de zorgverlening aan LGBTQI+ personen, wat blijvende aandacht voor inclusieve gezondheidszorg vereist.

Inhoudsopgave

Abstract **3**

Context 3
Onderzoeksvragen 3
Methode 3
Resultaten en besluit 3

Inleiding **6**

Literatuuronderzoek **7**

Bespreekbaarheid van seksualiteit in de huisartsenpraktijk 7
Gezondheid bij LGBTQI+ 8
Seksuele gegevens in België en Nederland 9

Doelstelling en onderzoeksvraag **11**

Doelstelling 11
Onderzoeksvragen 11

Methoden **12**

Onderzoeksdesign 12
Literatuuronderzoek 12
Populatie 12
Steekproefgrootte 13
Onderzoeksmethode 13
Bewaring van data 14

Resultaten **15**

Demografische kenmerken 15
Relaties en seksualiteit 17
Contact met de huisarts 27
Praten over seksualiteit en relaties 29
Vergelijking met bestaande literatuur 30

Discussie **35**

Sterktes en zwaktes van het onderzoek en suggesties voor vervolgonderzoek **37**

Conclusie **39**

Literatuurlijst **40**

Bijlagen **42**

Informatieformulier online vragenlijst 42
Wervingstekst en flyer 43
Enquête 45

Goedkeuring commissie medische ethiek 63
Verklaring van gebruikte afkortingen 64
Goedgekeurd protocol 65

Inleiding

De laatste jaren verschijnen LGBTQI+ (Lesbian, Gay, Transgender, Queer, Intersex, +) personen veel vaker in de media en populaire cultuur dan vroeger. Toch blijft er op individueel niveau een stigma rond seksualiteit en verhoogde gezondheidsrisico's voor deze groep. Deze gezondheidsproblemen kunnen onder meer worden toegewezen aan taboe en discriminatie, maar ook aan het feit dat zorgverleners onvoldoende competent of comfortabel zijn om LGBTQI+ patiënten te behandelen. Seksuele gezondheid kan in het gedrang komen bij deze bevolkingsgroep. (1) Volgens de definitie van seksuele gezondheid van WHO omvat het niet alleen het fysieke, maar ook het emotionele, mentale en sociale aspect van seksualiteit. (2) Om seksuele gezondheid te kunnen bevorderen is het dus belangrijk dat zorgverleners er met een brede blik naar kijken en rekening houden met culturele en contextuele factoren.

De beschikbare wetenschappelijke gegevens met betrekking tot seksuele gezondheid in Vlaanderen zijn beperkt, en de data die er zijn, zijn vooral gericht op de algemene bevolking. Doordat er steeds maar een klein percentage van de geïncludeerde personen in dergelijke studies LGBTQI+ zijn, schetsen ze vaak geen representatief beeld van de seksuele gezondheid binnen deze groep van mensen. Het betreft een grote groep mensen; volgens het Sexpert-onderzoek 10 jaar geleden is 3 à 7 % van de Vlaamse bevolking holebi (homoseksueel, lesbisch of biseksueel). (3) Dit komt neer op 200 000 à 500 000 mensen. (4) Er is dus een gebrek aan gegevens die de seksuele gezondheid van deze grote, maar gestigmatiseerde en gediscrimineerde groep, in kaart brengen.

Huisartsen spelen een cruciale rol als laagdrempelige zorgverleners voor LGBTQI+ personen en kunnen bijdragen aan het verkleinen van de gezondheidskloof binnen deze groep. Onderzoek naar doelgroepen toont aan dat LGBTQI+ personen vaak een negatieve ervaring hebben met hun huisarts. (5) Er is een gebrek aan kennis over de ervaringen van Vlaamse LGBTQI+ personen in de huisartsenpraktijk, terwijl deze informatie wel een belangrijke sensibilisering kan bevorderen bij zorgverleners over dit probleem.

Literatuuronderzoek

Bespreekbaarheid van seksualiteit in de huisartsenpraktijk

Omwille van het stigma rond LGBTQI+ personen in de maatschappij, is het belangrijk dat de huisarts als eerstelijnszorgverlener thema's als gender, sekse en seksualiteit bespreekbaar maakt. Deze gemeenschap ervaart drempels binnen de gezondheidszorg. Het is aangewezen dat de huisartsenpraktijk die drempel verlaagt door diversiteitsensitief te handelen en het principe van zelfidentificatie te respecteren. Uit doelgroeponderzoek blijkt dat LGBTQI+ personen vaak het contact met de huisarts als negatief ervaren. De hulpverlening zou onvoldoende toegankelijk en inclusief zijn, hulpverleners zouden onvoldoende kennis hebben en het aanbod van gerichte hulpverlening zou te beperkt zijn. (5)

De European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) publiceerde in 2020 een studie waarin de uitdagingen van LGBTQI+ personen in Europa onderzocht worden. Dit onderzoek is gebaseerd op data van bevragingen bij 140000 LGBTQI+ personen. Op het vlak van seksuele gezondheid geeft het rapport aan dat veel LGBTQI+ personen zich niet op hun gemak voelen om hun seksuele gezondheid te bespreken met zorgverleners vanwege vooroordelen of gebrek aan kennis bij deze professionals. Seksuele gezondheidskwesties worden vaak niet adequaat aangepakt, wat invloed heeft op preventie en behandeling van seksueel overdraagbare aandoeningen, evenals op de geestelijke gezondheid van LGBTQI+ individuen. (6)

Zorgverleners zouden vaak niet de juiste terminologie gebruiken in relatie tot LGBTQI+ patiënten. Dit zorgt ervoor dat patiënten hen als onvoldoende cultureel bewust ervaren, en dat er onvoldoende tegemoet wordt gekomen aan de noden van deze gemeenschap. Er wordt vanuit gegaan door zorgverleners dat LGBTQI+ patiënten geen kinderwens hebben, hoewel velen net wél kinderen willen. Daarnaast wordt er niet altijd rekening gehouden met het feit dat de meeste kinderen met homoseksuele ouders biologische kroost zijn. Zorgverleners blijken bij WSW (women who have sex with women) minder geneigd te zijn om anticonceptiegebruik te bevragen, omdat ze, vaak verkeerdelijk, denken dat zij geen mannelijke sekspartners hebben of hebben gehad. Deze assumpties kunnen een invloed hebben op de kwaliteit van de reproductieve zorg die wordt aangeboden. (1)

Transgender personen in het bijzonder vinden soms moeilijk de weg naar de reguliere gezondheidszorg of ervaren er moeilijkheden mee: huisartsen weigeren soms te helpen, of de personen worden op de foute afdeling gelegd in het ziekenhuis. (7) Iets meer dan de helft van de huisartsen wordt in een Belgische enquête door transgender personen informatief of behulpzaam ervaren. Vaak bestaat er bij deze personen angst om hulp te vragen of angst voor vooroordelen bij hulpverleners (8).

Niet alle zorgverleners hebben evenveel motivatie om cultureel competent te zijn wanneer het gaat over zorg voor LGBTQI+ personen. Sommigen denken bijvoorbeeld weinig in contact te komen met deze patiënten door heteronormatieve assumpties, of bevragen simpelweg niet hun seksuele oriëntatie of genderidentiteit. Die motivatie is nochtans belangrijk, want de culturele competenties die zorgverleners hebben, zijn waarschijnlijk grotendeels op eigen initiatief verworven. Een

onderzoek in medische scholen in de VS en Canada toont aan dat de tijd die in lessen wordt besteed aan gender- en seksualiteitsminderheden erg klein is. (9) Indien zorgverleners het irrelevant achten zich bij te scholen, verkleint het aanbod van competente zorg voor deze groep dus nog meer. (1)

Een studie uit Ierland benadrukt de rol van huisartsen als cruciale hulpbron met zorgen over seksuele gezondheid, maar laat ook zien dat veel huisartsen zich niet goed voorbereid voelen om met seksuele gezondheidskwesties om te gaan, vooral niet met LGBTQI+ patiënten. Veel huisartsen hebben weinig ervaring met LGBTQI+-patiënten en weten vaak niet wat de unieke gezondheidsbehoeften van deze groep zijn. Artsen ondervinden verschillende barrières bij het bespreken van seksuele gezondheid. Deze omvatten angst om patiënten te beledigen, onzekerheid over hoe om te gaan met gevoelige onderwerpen, en een gebrek aan training in LGBTQI+-specifieke gezondheidskwesties. Dit leidt vaak tot een "don't ask, don't tell"-houding, waardoor deze patiënten zich niet op hun gemak voelen om hun seksualiteit te onthullen. Minder dan 45% van de huisartsen vraagt actief naar de seksuele oriëntatie van hun patiënten, wat bijdraagt aan het gevoel dat LGBTQI+-patiënten "onzichtbaar" zijn in de zorg. (10)

De World Professional Association for Transgender Health (WPATH) heeft de SOC-8 (Standards of Care) ontwikkeld om gezondheidszorgprofessionals te voorzien van richtlijnen voor transgender en genderdiverse (TGD) personen. De SOC-8 is gebaseerd op recente wetenschappelijke inzichten en biedt aanbevelingen over diverse onderwerpen zoals hormoontherapie, chirurgie, geestelijke gezondheid en seksuele gezondheid. Het doel is om veilige en effectieve zorg te waarborgen, terwijl de richtlijnen flexibel zijn om aan de uiteenlopende behoeften van TGD-individuen wereldwijd te voldoen. (11)

In België heeft Sensoa samen met verschillende Vlaamse gezondheidsorganisaties de Onder 4 Ogen-methode ontwikkeld. Dit is een gespreksmethodiek die zorgverleners helpt om seksuele gezondheid proactief te bespreken met patiënten. Deze methode bestaat uit vier stappen die gericht zijn op het bevorderen van open communicatie over seksuele gezondheid in de artsenpraktijk. Het doel van deze methode is om seksuele gezondheid een integraal onderdeel te maken van de medische zorg, waarbij patiënten zich op hun gemak voelen om deze gevoelige onderwerpen te bespreken. Deze methode reikt echter geen tools aan die specifieker gericht zijn op de behoeften van LGBTQI+-personen. (12)

Gezondheid bij LGBTQI+

LGBTQI+ personen ervaren vaak mentale gezondheidsproblemen. Deze zijn geen rechtstreeks gevolg van hun gender- of seksuele identiteit, maar van de reacties op diversiteit in de maatschappij. Deze reacties zorgen voor stressoren als discriminatie en geweld; die op hun beurt het risico verhogen op mentale gezondheidsproblemen. Ondanks de toegenomen algemene aanvaarding van LGBTQI+ personen en de uitbreiding van hun kansen en rechten in de maatschappij de afgelopen jaren, lijkt hun mentaal welzijn niet te verbeteren. Dit weerspiegelt zich in verhoogde suïcidecijfers binnen de LGBTQI+ gemeenschap. Er bestaat een wisselwerking tussen mentale en fysieke gezondheid: mentaal onwelzijn kan tot risicogedrag leiden met fysieke klachten tot gevolg, en fysieke klachten kunnen dan weer leiden tot mentale moeilijkheden. (5)

Er bestaan verschillende gender- en seksualiteitspecifieke gezondheidsrisico's binnen de LGBTQI+ groep. Deze zullen per letter overlopen worden.

L(esbian), **B**(isexual): Personen die zich identificeren als lesbisch of biseksueel stellen vaker cardiovasculair risicogedrag: obesitas en roken komen meer voor in deze groep. Ook worden bij hen vaker soa's vastgesteld, omdat er minder gebruik wordt gemaakt van voorbehoedsmiddelen. Eetstoornissen komen vaker voor, en kanker wordt minder snel gedetecteerd doordat er minder wordt deelgenomen aan bevolkingsonderzoek. Op vlak van mentale gezondheid zien we meer interpersoonlijk geweld, meer middelenmisbruik en meer gevallen van zelfdoding. (5)

G(ay): Bij mannelijke gay personen komen eveneens vaker soa's voor. Zij zijn voor HIV de grootste risicogroep, maar ook chlamydia en gonorroe worden vaker vastgesteld. In deze groep zien we meer eetstoornissen en kankers, onder andere anale carcinomen. Het mentale welzijn in deze groep is verlaagd. Zo zien we ook bij hen een hogere prevalentie van interpersoonlijk geweld en meer suïcide. Er is een verhoogd gebruik van alcohol, drugs en er wordt meer gerookt. (5)

T(ransgender): Stigma, heteronormativiteit en cisnormativiteit kunnen de seksuele gezondheid en ervaringen van transgender personen ernstig beïnvloeden. (11) Deze personen vermijden vaak hulpverlening. Dit komt doordat ze angst ervaren om fysiek onderzocht te worden. Transitie kan zorgen voor emotionele, sociale, juridische en fysieke moeilijkheden. Er is in deze groep een verhoogd risico op interpersoonlijk geweld, middelengebruik en suïcide. (5) In vergelijking met mannen die seks hebben met mannen ervaart deze groep een hoger risico op mentale gezondheidsproblemen. (7) Maar liefst 77% van transgender personen in België heeft ooit ernstig gedacht aan suïcide. Ook de gezondheid in het algemeen wordt door transgender personen subjectief minder vaak omschreven als 'goed' of 'zeer goed' in vergelijking met de algemene Belgische bevolking. (8)

Q(ueer): De term 'queer' wordt vaak gebruikt als een brede, inclusieve benaming voor mensen die zich niet thuisvoelen binnen de gangbare categorieën van gender en seksualiteit. Het kan gaan om personen die nog zoekende zijn naar hun identiteit, of om mensen die zich bewust willen afzetten tegen de heersende norm. Omdat deze groep zo divers is, kunnen alle eerder genoemde gezondheidsrisico's – zowel op mentaal als fysiek vlak – ook bij queer personen voorkomen, afhankelijk van hun specifieke ervaringen en omstandigheden. (13)

I(ntersex): Ook intersekse personen, dwz personen met een variatie in seksekenmerken, ervaren fysieke en mentale moeilijkheden. We zien in deze groep meer interpersoonlijk geweld en een verhoogde prevalentie van suïcide. (5)

Seksuele gegevens in België en Nederland

Een belangrijk onderzoek met betrekking tot de seksuele gezondheid in de algemene Vlaamse bevolking is het Sexpert onderzoek uit 2013. Hierin worden 1825 Vlamingen tussen 14 en 80 jaar oud bevraagd over alles in relatie tot hun seksuele gezondheid. Vanuit dit onderzoek is geweten dat 3,3% van de respondenten zichzelf als holebi identificeert (homo, lesbisch of biseksueel). Meer vrouwen dan mannen geven aan zich aangetrokken te voelen tot het eigen geslacht, maar meer mannen dan vrouwen hebben al seks gehad met partners van hetzelfde geslacht. Op basis van dit onderzoek

wordt 3,9% van de respondenten geïdentificeerd als homo- en biseksuele mannen en 9,8% als lesbische en biseksuele vrouwen. Mannen en vrouwen zijn even seksueel ervaren in deze studie. De meerderheid van deze personen is seksueel actief, behalve bij de oudere respondenten. Meer dan drie vierde van de respondenten heeft op het moment van de bevraging een vaste relatie. Respondenten met een relatie rapporteren een hogere seksuele tevredenheid. 3,6% van de respondenten is ooit al gediagnosticeerd met een soa. Bij de seksueel actieve vrouwen is de pil de meest gebruikte anticonceptiemethode. (3)

De GAMESSS studie is een onderzoek uit 2013 waarin door middel van een online enquête het seksuele gedrag en seksuele disfuncties van 1830 MSM (men who have sex with men) in België wordt bevraagd. Dit onderzoek leert dat Belgische MSM in 2013 een actief seksleven hebben, met frequente masturbatie tot 33 jaar, waarna de frequentie geleidelijk afneemt. Meer dan de helft van de MSM ouder dan 40 jaar heeft seks buiten hun relatie. Ze genieten van orale seks en actief/passief anale seks, maar slechts 28% gebruikt een condoom bij anale seks, wat het risico op soa's vergroot. (14)

In 2023 is Seks onder je 25e gepubliceerd door Hanneke De Graaf. Dit is een onderzoek waarin wordt gepeild naar seksuele gezondheid bij meer dan 10 000 jongeren tussen 13 en 25 jaar in Nederland. De seksuele start bij jongeren in Nederland vindt later plaats dan enkele jaren voordien. De helft van de respondenten heeft reeds manuele seks ervaren op de leeftijd van 18 jaar en vaginale seks op de leeftijd van 18,7 jaar. Jongeren beoordelen hun seksleven over het algemeen als positief, maar meisjes ervaren minder plezier tijdens seks dan jongens. Meer meisjes dan jongens hebben een seksueel probleem. 1/9 van de jongens 1/4 van de meisjes geven aan niet exclusief aangetrokken te zijn tot het andere geslacht. 3% van de groep zijn transgender of genderdivers. In vergelijking met 2017 hebben meer jongeren seks met iemand die geen vaste partner is, en worden er minder orale contraceptiva en condooms gebruikt. Daarentegen is er geen toename in aantal soa’s. Twee op drie meisjes en één op drie tot vier jongens heeft reeds seksueel overschrijdend gedrag ervaren. Tegenover 2017 is er een toename in het aantal meisjes dat naar porno keek. (15)(16)

Doelstelling en onderzoeksvraag

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is de seksuele gezondheid van LGBTQI+ personen in Vlaanderen te inventariseren. De gegevens die bekomen worden, zullen worden vergeleken met de seksuele gezondheid in Vlaanderen in 2013, zoals deze in kaart is gebracht in de Sexpert studie (3). Op deze manier wordt gedocumenteerd welke veranderingen er in de afgelopen 12 jaar hebben plaatsgevonden in de seksuele gezondheid in Vlaanderen, en hoe de seksuele gezondheid van LGBTQI+ personen verschilt van die van de algemene bevolking. De resultaten worden vergeleken met die van de GAMESSS-studie, (14) en met de seksuele gezondheid bij Nederlandse jongeren zoals beschreven in Seks onder je 25e. (15)

Er wordt onderzocht of deze groep mensen bij hun huisarts terecht kan met problemen en vragen over hun seksuele gezondheid, en of ze hun huisarts er bekwaam voor vinden.

Zo wordt er een notie verkregen van de hiaten die de LGBTQI+ gemeenschap ervaart in de seksuele gezondheidszorg, en wordt er geprobeerd om huisartsen en andere zorgverleners te sensibiliseren en motiveren om zich bij te scholen.

Onderzoeksvragen

- Hoe is de seksuele gezondheid van LGBTQI+ personen in Vlaanderen in vergelijking met die van de algemene bevolking?
- Kunnen LGBTQI+ personen terecht met vragen rond seksuele gezondheid bij hun huisarts?

Methoden

Onderzoeksdesign

Dit onderzoek betreft een kwantitatief onderzoek dat gebruikmaakt van enquêtes om de seksuele gezondheid van de LGBTQI+-gemeenschap in Vlaanderen en de bespreekbaarheid ervan bij de huisarts in kaart te brengen.

Literatuuronderzoek

Voorafgaand aan het veldonderzoek werd een literatuurstudie uitgevoerd, met focus op

1. seksuele gezondheid in de algemene bevolking in Vlaanderen
2. seksuele gezondheid van LGBTQI+-personen in Vlaanderen en Nederland
3. de bespreekbaarheid van seksuele gezondheid bij de huisarts.

Voor de literatuurzoektocht werd PubMed geraadpleegd met de MeSH-zoektermen (“Sexual and Gender Minorities”[Mesh]) AND “Sexual Health”[Mesh] en (“Sexual and Gender Minorities”[Mesh]) AND “General Practitioners”[Mesh]. Dit leverde in totaal 323 artikelen op. De selectie gebeurde op basis van relevantie en beschikbaarheid in het Engels of Nederlands, waarna uiteindelijk twee artikelen werden weerhouden. De referentielijsten van deze artikelen werden eveneens gescreend, wat resulteerde in de inclusie van een extra artikel.

Daarnaast werd gericht gezocht op websites van Vlaamse organisaties. Op de website van Domus Medica leverde de zoekterm “LGBTQ” één geïncludeerd artikel op. Bij Transgender Infopunt werd met de zoekterm “Gezondheidszorg” nog een relevant artikel gevonden en geïncludeerd, waarvan de referenties nog vier extra relevante artikelen opleverden. Op de website van Sensoa werd de Onder 4 Ogen-methode geïdentificeerd. De referenties hiervan leidden tot de inclusie van één bijkomend artikel. Op de website van çavaria werd één relevant artikel weerhouden.

Twee van de geïncludeerde artikelen werden door promotor prof. Johan Vansintejan aangedragen als relevante referenties voor dit onderzoek, waaronder zijn GAMESSS-studie (14). Uit de referenties van deze studie werden nog twee aanvullende artikelen geselecteerd.

Populatie

Dit onderzoek werd uitgevoerd onder personen die zich identificeren als LGBTQI+ en 18 jaar of ouder zijn. De rekrutering vond plaats via verschillende kanalen. In eerste instantie werd de enquête verspreid via websites, mailinglijsten en sociale mediaplatformen van LGBTQI+-organisaties in Vlaanderen. De organisaties die werden benaderd om de enquête te verspreiden, zijn çavaria, Het

Roze Huis, Regenbooghuis Limburg, Transgender Infopunt, Antwerp Pride, Wel Jong en Homo- en Lesbiennewerking Mechelen.

Daarnaast werd de enquête verspreid onder patiënten van huisartsenpraktijk De Heuvel in Boechout via e-mail en een poster in de wachtzaal. Ook in het RITCS te Brussel werd een poster opgehangen om deelname aan het onderzoek te bevorderen.

De enquête werd ten slotte gedeeld binnen het persoonlijke netwerk van de onderzoeker, waaronder kennissen, familieleden en volgers op sociale media.

Inclusiecriteria

Elke persoon die ouder is dan 18 jaar en die zich identificeert als deel van de LGBTQI+ gemeenschap.

Exclusiecriteria

Personen die jonger zijn dan 18 jaar of personen die zich niet identificeren als deel van de LGBTQI+ gemeenschap.

Steekproefgrootte

In totaal vulden 400 personen de enquête in, waarvan 256 respondenten alle vragen volledig beantwoordden. Enkel deze respondenten werden geïncludeerd in de analyse.

Onderzoeksmethode

Datacollectie gebeurde door het laten invullen van een enquête met betrekking tot de volgende topics:

- Beschrijving en beoordeling van de eigen seksuele gezondheid door LGBTQI+ personen
- Bespreekbaarheid van de seksuele gezondheid door LGBTQI+ personen bij de huisarts

De enquête bestaat uit 33 meerkeuzevragen. Hiervan zijn 21 vragen overgenomen uit de Sexpert-studie (3) en 3 vragen uit de GAMESSS-studie (14). Acht vragen werden specifiek voor dit onderzoek opgesteld door de onderzoeker. Er werd één vraag overgenomen uit Seks onder je 25e (15). De volledige vragenlijst van deze enquête is opgenomen in de bijlagen van deze studie.

De verspreiding van de enquête vond plaats volgens de eerder beschreven methode. Respondenten konden de enquête online invullen, volledig anoniem en met een geschatte invulduur van ongeveer 10 minuten. Voor de dataverzameling werd gebruikgemaakt van LimeSurvey, een online enquêteplatform. De anonimiteit van de respondenten werd gewaarborgd doordat een anonieme link werd gebruikt, antwoorden anoniem werden opgeslagen en IP-adressen niet werden geregistreerd. Het tijdstip van inzending werd uitgeschakeld, zodat deelnemers op geen enkele manier aan hun antwoorden gekoppeld konden worden.

De verzamelde resultaten werden gebundeld in Excel en vervolgens geanalyseerd met behulp van beschrijvende en beperkte statistische methoden in SPSS. De verkregen resultaten werden

vergeleken met die van de Sexpert-studie (3), waardoor een vergelijking mogelijk werd tussen de seksuele gezondheid van de algemene bevolking en die van LGBTQI+-personen. Dit bood inzicht in de verschillen tussen deze specifieke gemeenschap en de gehele Vlaamse bevolking 12 jaar geleden.

Daarnaast werd een vergelijking gemaakt met de GAMESSS-studie (14) en het Nederlandse onderzoek Seks onder je 25e (15). Ten slotte werd een overzicht opgesteld van hoe deze gemeenschap de bespreekbaarheid van seksuele gezondheid binnen de huisartsenpraktijk ervaart.

Bewaring van data

De data zullen gedurende 20 jaar veilig bewaard worden in de databank van de VUB.

Resultaten

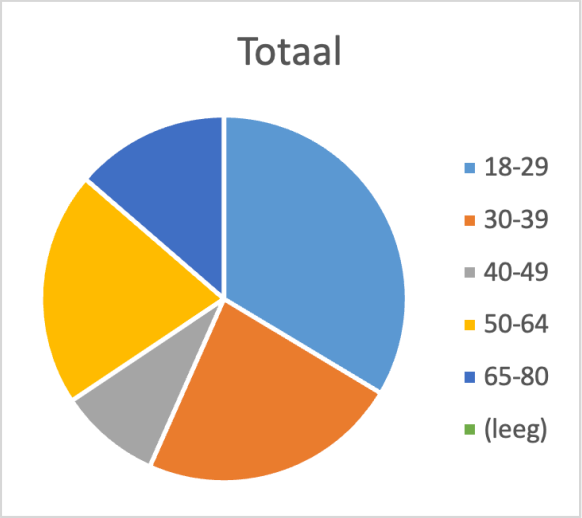
In totaal hebben 400 respondenten de enquête ingevuld, waarvan 256 personen alle vragen volledig hebben beantwoord. Enkel deze respondenten werden geïncludeerd in de analyse.

Demografische kenmerken

Leeftijd

De respondenten zijn verdeeld over verschillende leeftijdscategorieën. De grootste groep (34%) bevindt zich in de leeftijdscategorie van 18 tot 29 jaar, gevolgd door 23% die aangeeft in de dertig te zijn.

Leeftijd	Aantal
18-29	86
30-39	59
40-49	23
50-64	53
65-80	35
(leeg)	
Eindtotaal	**256**



Figuur 1: Leeftijdsverdeling van de respondenten (N = 256)

Geslacht en genderidentiteit

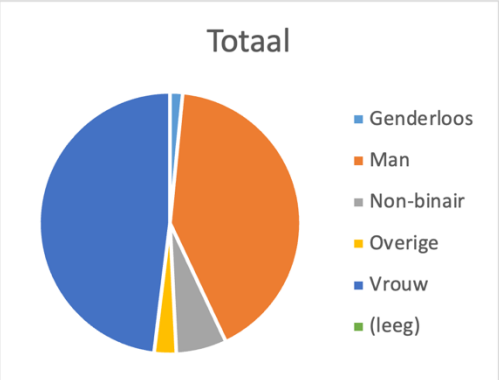
Met betrekking tot geslacht geeft 55% van de respondenten aan vrouw te zijn, terwijl 43% aangeeft man te zijn. Daarnaast benoemt 3% hun geslacht als “anders”.

Geslacht	Aantal
Anders	7
Man	109
Vrouw	140
(leeg)	
Eindtotaal	**256**

Figuur 2: Verdeling van de respondenten naar geslacht (N = 256)

Wanneer gekeken wordt naar genderidentiteit, verschilt de verdeling. 3% van de respondenten beschouwt zichzelf als behorend tot een andere gendercategorie en specificeert dit zelf verder met termen zoals “agender”, “bi-gender of tomboy”, “epupillan (two-spirit)”, “lesbisch”, “transgender vrouw”, “transman” en “zoekend, misschien man”.

Gender	Aantal
Genderloos	4
Man	106
Non-binair	16
Overige	7
Vrouw	123
(leeg)	
Eindtotaal	**256**

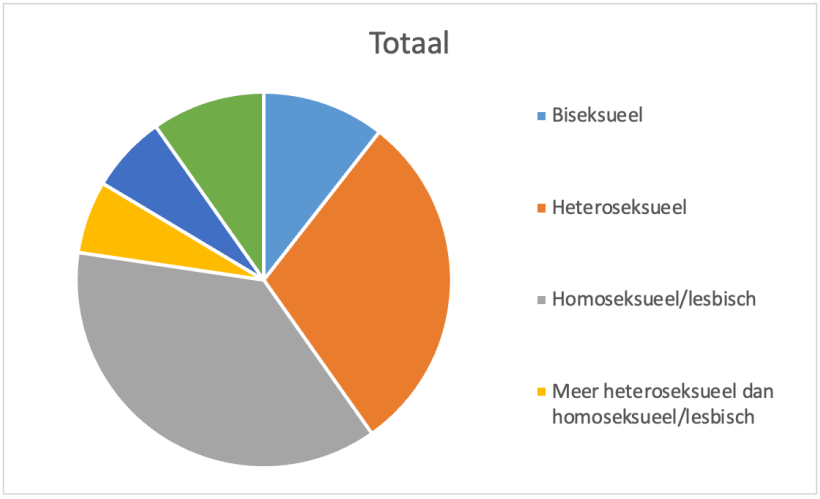


Figuur 3: Verdeling van de respondenten naar genderidentiteit (N = 256)

Seksuele oriëntatie

Respondenten wordt gevraagd hoe ze zichzelf als persoon op het vlak van seksuele oriëntatie benoemen. Negen procent benoemt zichzelf als behorend tot een andere categorie en specificeert dit verder als “aseksueel” (6 personen), “aseksueel en homo”, “biseksueel en queer”, “panseksueel” (13 personen), “queer” en “val op vrouwen”.

Rijlabels	Aantal van Hoe zou je jezelf als persoon benoemen?
Biseksueel	27
Heteroseksueel	76
Homoseksueel/lesbisch	95
Meer heteroseksueel dan homoseksueel/lesbisch	16
Meer homoseksueel/lesbisch dan heteroseksueel	17
Overige	25
(leeg)	
Eindtotaal	**256**

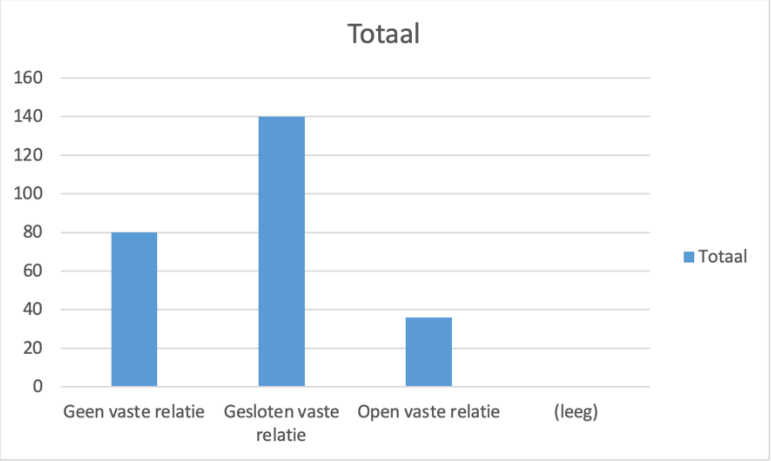


Figuur 4: Verdeling van de respondenten naar seksuele oriëntatie (N = 256)

Relaties en seksualiteit

Relatiestatus

Meer dan de helft van de respondenten (55%) geeft aan in een gesloten vaste relatie te zijn. Heteroseksuele respondenten bevinden zich significant vaker in een monogame vaste relatie dan biseksuele, homoseksuele/lesbische en transgender personen. Tevens rapporteren zij minder frequent het hebben van een open relatie of het ontbreken van een relatie dan de andere groepen ($p < 0{,}001$). Leeftijd heeft een significante invloed heeft op de relatiestatus. Respondenten van 18-29 jaar hebben vaker geen vaste relatie, terwijl de 30-39-jarigen vaker in een open vaste relatie zitten. De 50-64-jarigen hebben significant vaker een gesloten vaste relatie ($p = 0{,}003$).



Figuur 5: Huidige relatiestatus van de respondenten (N = 256)

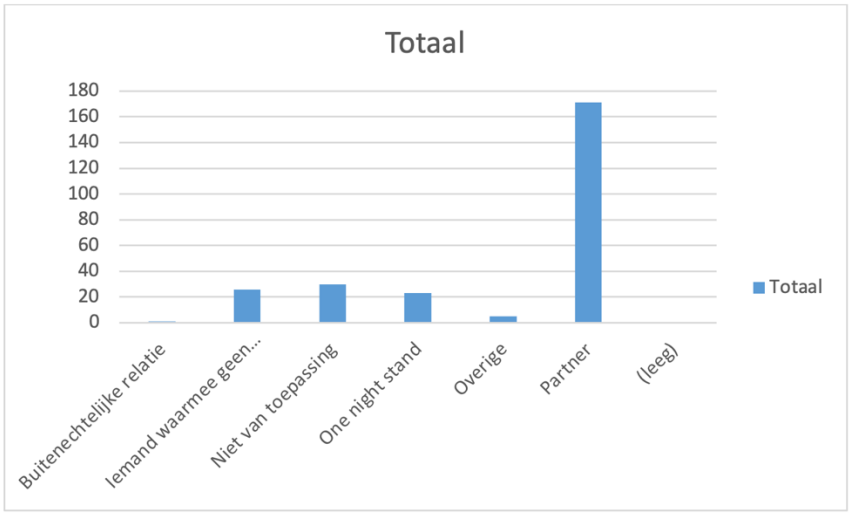
In de vragenlijst wordt de term “seks” gedefinieerd als “allerlei vormen van intiem contact waarbij genitaal contact plaatsvindt, waaronder het aanraken van de geslachtsdelen van een ander persoon”. De term “geslachtsgemeenschap” wordt specifiek omschreven als “penetratie van de penis in de vagina of anus”.

Op basis van deze definities geeft 94% van de respondenten aan ooit seks te hebben gehad, terwijl 83% aangeeft ooit geslachtsgemeenschap te hebben ervaren.

Van de respondenten geeft 79% aan seksueel actief te zijn, waarbij seksuele activiteit wordt gedefinieerd als het hebben van seks of geslachtsgemeenschap in de afgelopen zes maanden. Er worden geen significante verschillen gevonden in seksuele activiteit tussen homoseksuele/lesbische, biseksuele en transgender respondenten (p = 0,119); noch tussen de verschillende leeftijdscategorieën (p = 0,140) of geslachten (p = 0,215).

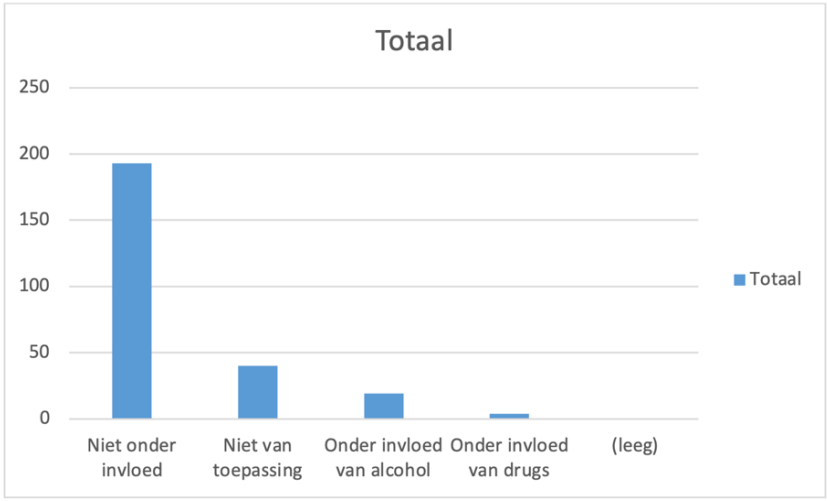
Laatste seksueel contact

Er wordt gevraagd met wie respondenten voor het laatst seks hadden. De meerderheid (76%) geeft aan dat de laatste sekspartner de vaste partner is. Respondenten benoemen naast de gegeven opties hun laatste sekspartner ook als iemand uit een buitenechtelijke relatie, een date, een Tinder-match, een “ex-situationship” of omschrijven de situatie als “was nog niet lang en bleef niet duren”. Er worden geen significante verschillen vastgesteld tussen de verschillende seksuele oriëntaties (p = 0,475), geslachten (p = 0,066) of leeftijdsgroepen (p = 0,113) in de aard van de laatstgenoemde sekspartner.



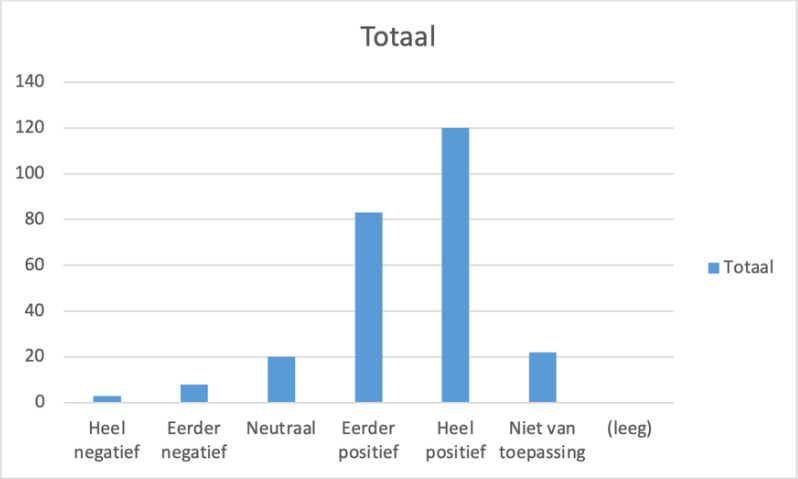
Figuur 6: Persoon met wie respondenten het laatst seks hadden (N = 256)

Respondenten wordt gevraagd of zij tijdens hun laatste seksuele contact onder invloed waren van alcohol of drugs. De meerderheid geeft aan nuchter te zijn geweest. Er worden geen significante verschillen vastgesteld tussen heteroseksuele, homoseksuele/lesbische, biseksuele en transgender respondenten met betrekking tot middelengebruik tijdens seksueel contact (p = 0,382); noch tussen de verschillende leeftijdscategorieën (p = 0,231) of geslachten (p = 0,177).



Figuur 7: Gebruik van alcohol of drugs bij het laatste seksuele contact (N = 256)

De meerderheid van de respondenten ervaarde hun laatste seksuele contact als overwegend positief tot zeer positief. Mannen rapporteren significant minder vaak een negatieve beleving van hun laatste seksueel contact (p = 0,021).

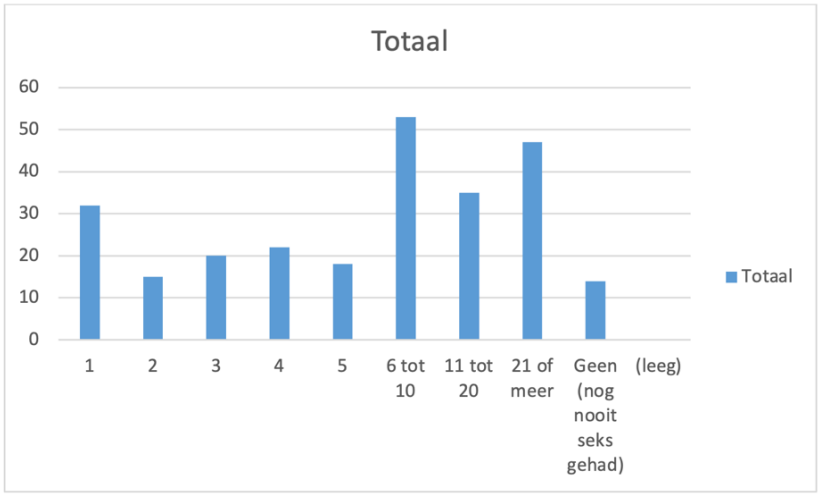


Figuur 8: Beleving van het laatste seksuele contact (N = 256)

Bij hun laatste seksuele contact geeft 65% van de respondenten aan geen condoom te hebben gebruikt. 24% geeft aan dat condoomgebruik niet van toepassing was. Er worden geen significante verschillen in condoomgebruik vastgesteld tussen de verschillende groepen op basis van seksuele oriëntatie (p = 0,305) of leeftijd (p = 0,275).

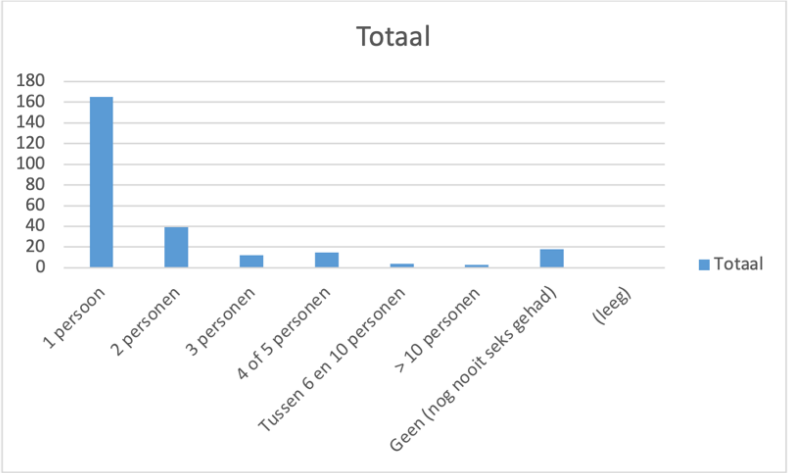
Seksuele ervaring

Het aantal sekspartners gedurende het leven varieert tussen de respondenten. Binnen de groep homoseksuele/lesbische respondenten komt het hebben van 21 of meer sekspartners significant vaker voor dan in andere groepen. Heteroseksuele respondenten daarentegen rapporteren significant minder vaak een dergelijk aantal sekspartners in vergelijking met de overige groepen. Mannen hebben significant vaker 21 of meer sekspartners (p < 0,001).



Figuur 9: Aantal sekspartners gedurende het leven (N = 256)

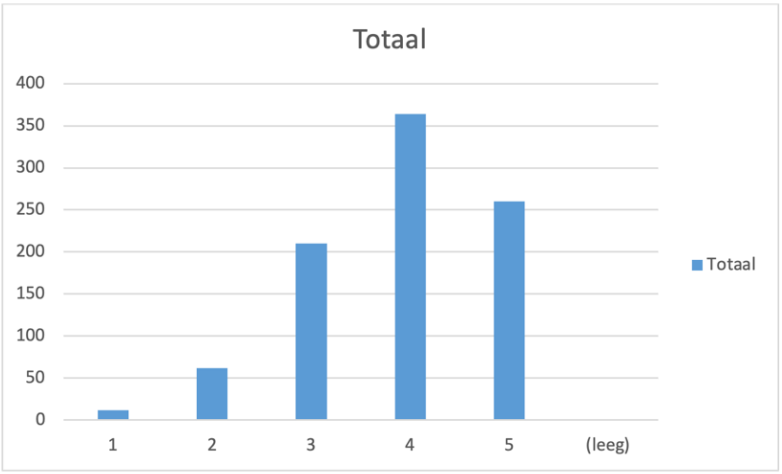
Twee derde van de respondenten geeft aan nooit seks te hebben gehad met meer dan één persoon tegelijk. Er worden geen significante verschillen vastgesteld tussen de verschillende seksuele oriëntaties met betrekking tot het aantal gelijktijdige sekspartners (p = 0,065). Mannen geven significant minder vaak aan dat ze nooit met meer dan één persoon tegelijk seks hebben gehad (p < 0,001).



Figuur 10: Aantal gelijktijdige sekspartners tijdens seksuele contacten (N = 256)

Seksuele tevredenheid en grensoverschrijdend gedrag

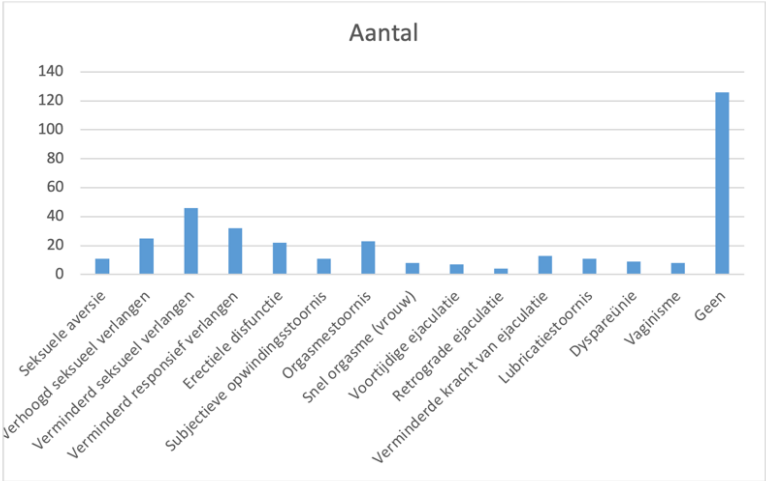
Respondenten wordt gevraagd naar hun tevredenheid over hun seksleven, waarbij zij hun antwoord kunnen geven op een vijfpuntenschaal (1 = zeer ontevreden, 5 = zeer tevreden). Ongeveer de helft van de respondenten beoordeelt hun seksleven als een 4 of 5. De respondenten scoren gemiddeld 3,55 op 5. Er worden geen significante verschillen in seksuele tevredenheid vastgesteld tussen de verschillende groepen op basis van seksuele oriëntatie (p = 0,156), geslacht (p = 0,328) of leeftijd (p = 0,061).



Figuur 11: Seksuele tevredenheid van respondenten op een vijfpuntenschaal (N = 256)

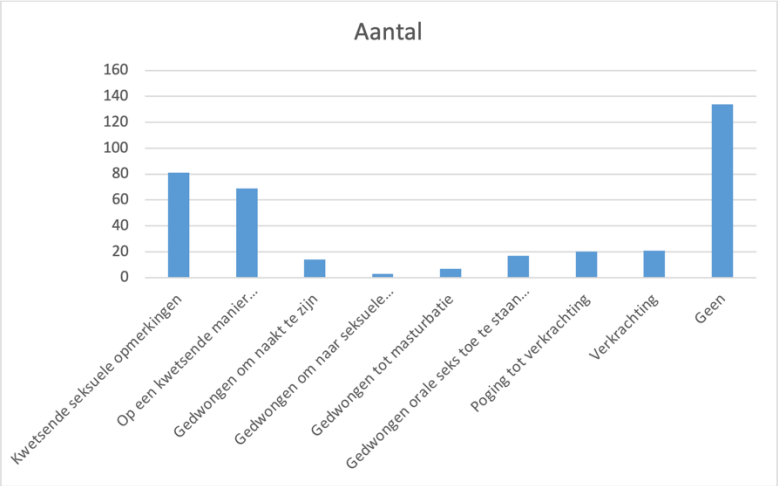
De 256 respondenten wordt gevraagd of zij seksuele moeilijkheden ervaren. Voor deze vraag worden definities gehanteerd die afkomstig zijn uit het Sexpert-onderzoek (3). Deze staan gedefinieerd in de vragenlijst.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal respondenten dat aangeeft seksuele moeilijkheden te ervaren. De meest voorkomende moeilijkheden zijn verminderd seksueel verlangen, verhoogd seksueel verlangen, orgasmestoornis, erectiele disfunctie en verminderd responsief verlangen. Ongeveer de helft van de respondenten rapporteert geen seksuele moeilijkheden.



Figuur 12: Ervaren seksuele moeilijkheden onder respondenten (meerkeuzevraag, N = 256)

De helft van de respondenten geeft aan ooit te maken te hebben gehad met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Heteroseksuele respondenten geven significant vaker aan dergelijke ervaringen niet te hebben meegemaakt, terwijl biseksuele respondenten hier significant vaker mee te maken krijgen dan andere groepen ($p < 0{,}001$). Veelvoorkomende vormen hiervan zijn kwetsende seksuele opmerkingen (32%) en op een kwetsende manier aangeraakt of vastgepakt worden (27%).

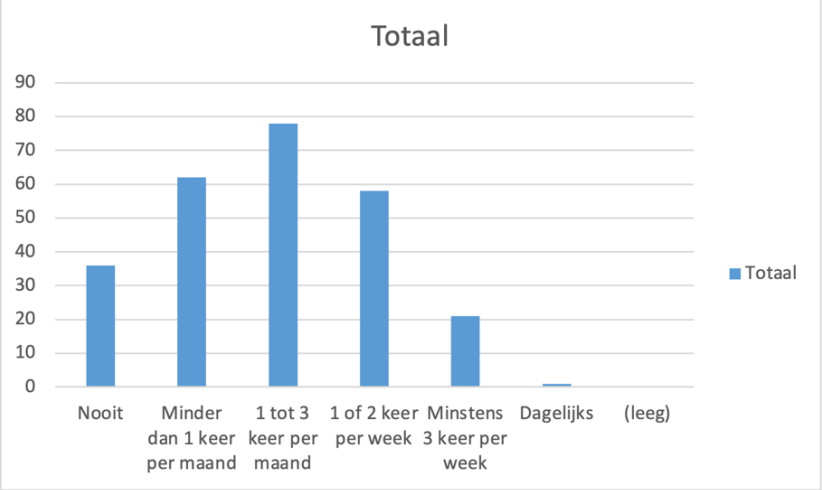


Figuur 13: Ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag (meerkeuzevraag, N = 256)

Respondenten krijgen ook de mogelijkheid om andere vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag te benoemen. Enkele personen melden ervaringen zoals begluurd worden, als kind gedwongen worden te kijken naar masturbatie, onbewust seksueel misbruik in de kindertijd, en pijnlijke seks waarbij de partner weigerde te stoppen.

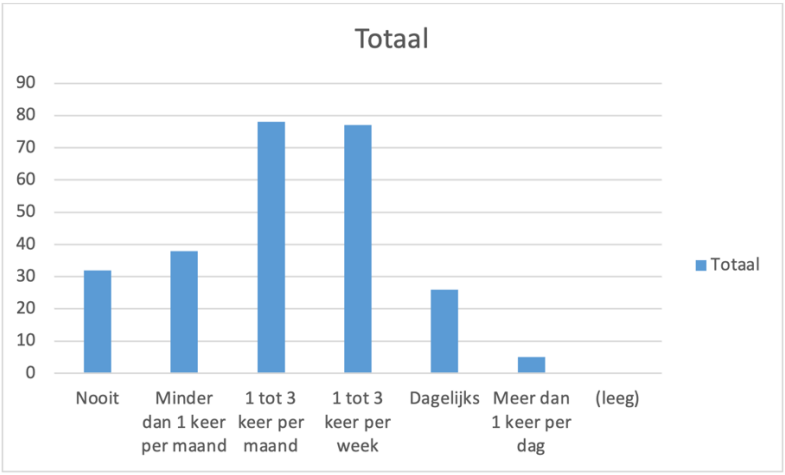
Frequentie van seksueel contact, masturbatie en kijken naar porno

Respondenten wordt gevraagd hoe vaak zij seks of geslachtsgemeenschap hebben. De antwoorden variëren, waarbij de meerderheid aangeeft 1 tot 3 keer per maand seks te hebben. Er worden geen significante verschillen in seksuele frequentie vastgesteld tussen homoseksuele/lesbische, biseksuele, heteroseksuele en transgender respondenten (p = 0,606). Ook tussen de verschillende leeftijdscategorieën (p = 0,547) en geslachten (p = 0,395) verschilt de seksuele frequentie niet significant.



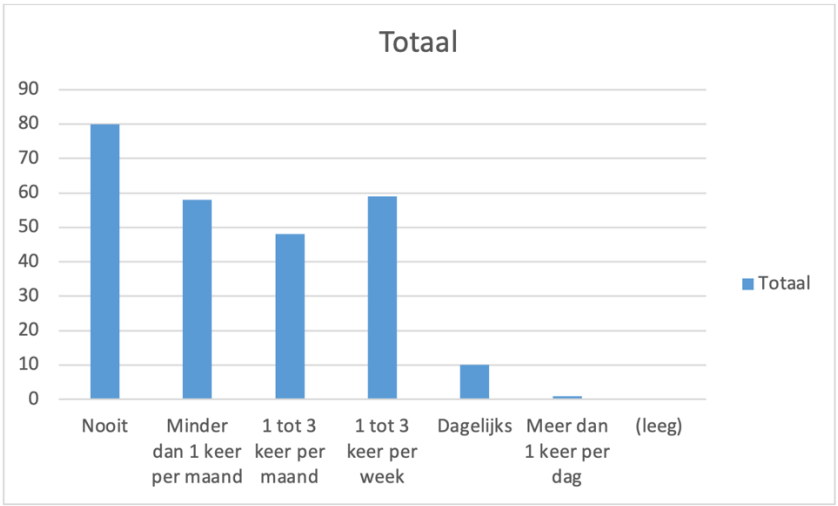
Figuur 14: Frequentie van seks of geslachtsgemeenschap bij respondenten (N = 256)

Respondenten wordt gevraagd hoe vaak zij masturberen. Homoseksuele/lesbische respondenten rapporteren significant vaker dagelijks of meermaals per dag te masturberen, en binnen deze groep komt ook significant minder vaak voor dat men nooit masturbeert. Binnen de groep heteroseksuele respondenten daarentegen bevinden zich significant meer personen die nooit masturberen, en minder respondenten die meer dan één keer per week masturberen (p = 0,002). De frequentie van masturbatie verschilt tussen de leeftijdsgroepen. Mensen van 18-29 jaar masturberen significant vaker 1 tot 3 keer per week. In de groep van 30-39 jaar komt dagelijks masturberen significant vaker voor. De 50-64-jarigen masturberen significant vaker 1 tot 3 keer per maand. Bij de 65-80-jarigen komt masturbatie vooral minder dan 1 keer per maand of helemaal niet voor (p < 0,001). Mannen masturberen significant vaker 1 tot 3 keer per week, dagelijks, en meer dan 1 keer per dag. Vrouwen daarentegen masturberen significant vaker minder dan 1 keer per maand of nooit (p < 0,001).



Figuur 15: Frequentie van masturbatie bij respondenten (N = 256)

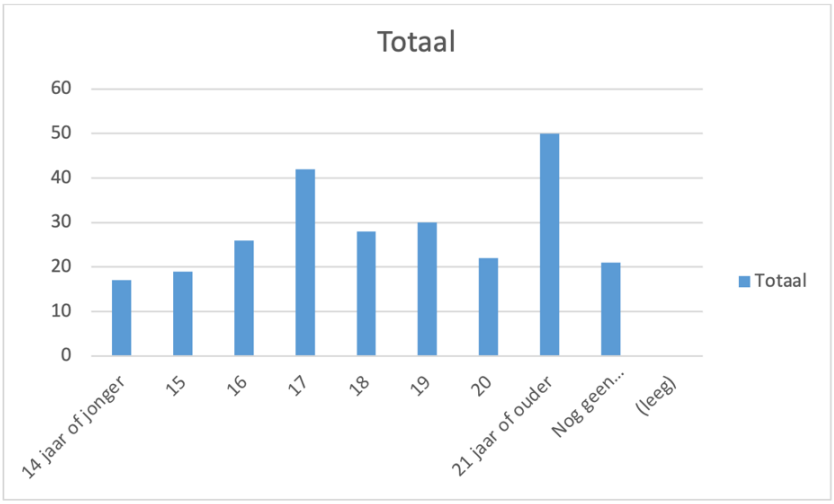
Respondenten wordt gevraagd hoe vaak zij pornografie bekijken. De meest voorkomende frequenties zijn 1 tot 3 keer per week (23%) en 1 tot 3 keer per maand (19%). Er worden significante verschillen vastgesteld in de frequentie van pornoconsumptie tussen de verschillende groepen op basis van seksuele oriëntatie. Homoseksuele/lesbische respondenten rapporteren significant vaker pornografie te bekijken in de categorie één tot drie keer per week, terwijl deze frequentie significant minder vaak voorkomt binnen de heteroseksuele groep. Binnen de groep biseksuele respondenten wordt bovendien een significant lager aantal waargenomen in dezelfde frequentiecategorie (één tot drie keer per week) ($p = 0,001$). De frequentie van het kijken naar porno varieert tussen de leeftijdsgroepen. Respondenten van 30-39 jaar kijken significant vaker dagelijks naar porno, terwijl 50-64-jarigen significant vaker nooit naar porno kijken. De 65-80-jarigen kijken significant vaker meer dan 1 keer per dag naar porno, en de 18-29-jarigen kijken significant minder vaak nooit naar porno. De 40-49-jarigen kijken vaker 1 tot 3 keer per maand naar porno ($p < 0,001$). Mannen kijken significant vaker 1 tot 3 keer per week en dagelijks naar porno. Vrouwen kijken significant vaker minder dan 1 keer per maand of nooit naar porno ($p < 0,001$).



Figuur 16: Frequentie van pornoconsumptie bij respondenten (N = 256)

De seksuele start

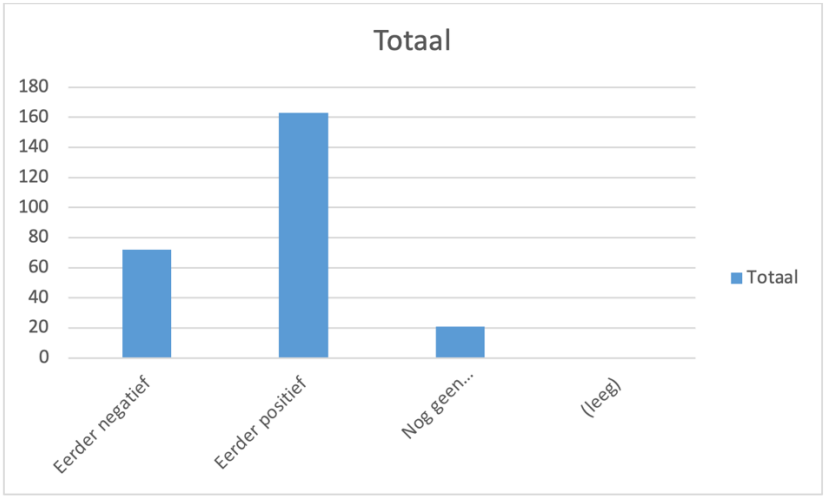
Respondenten wordt gevraagd op welke leeftijd zij voor het eerst geslachtsgemeenschap hadden. De meerderheid (161 respondenten, 63%) geeft aan hun eerste seksuele ervaring te hebben gehad tussen de 15 en 20 jaar.



Figuur 17: Leeftijd bij eerste ervaring met geslachtsgemeenschap (N = 256)

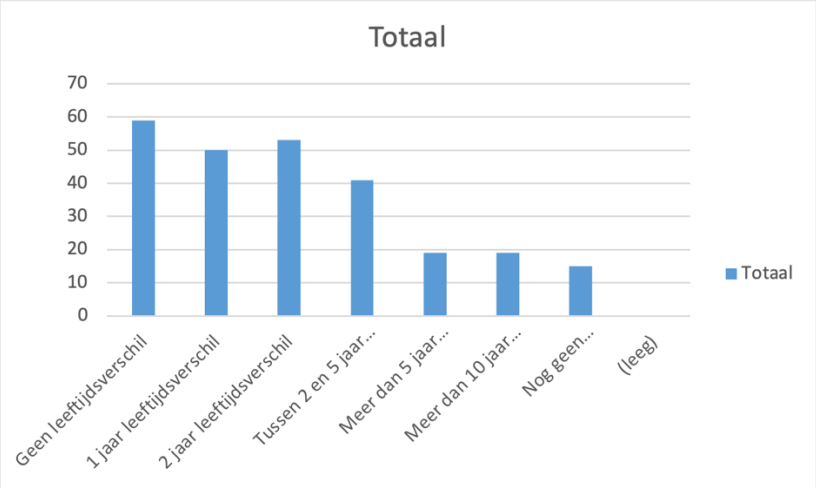
Deze cijfers tonen een grote spreiding in de leeftijd van de eerste seksuele ervaring, met de meeste respondenten die dit in hun late tienerjaren hebben meegemaakt. Mannen hebben significant vaker hun eerste geslachtsgemeenschap op 14 jaar of jonger en geven significant minder vaak aan dat ze nog nooit seks hebben gehad. Vrouwen hebben significant minder vaak seks op 14 jaar of jonger en minder vaak op 21 jaar of ouder (p = 0,024). Er worden geen significante verschillen vastgesteld in de leeftijd van seksuele initiatie tussen de verschillende seksuele oriëntaties (p = 0,186).

Respondenten wordt gevraagd hoe zij hun eerste ervaring met geslachtsgemeenschap hebben beleefd. 64% geeft aan hun eerste keer als eerder positief te ervaren. Er is geen significant verschil in de beleving van de eerste keer tussen mannen en vrouwen (p = 0,337).



Figuur 18: Beleving van de eerste keer geslachtsgemeenschap (N = 256)

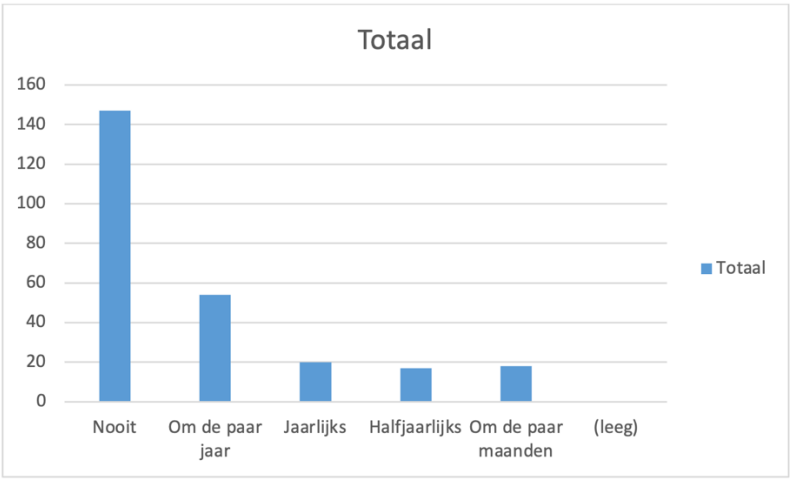
Voor de meeste respondenten is het leeftijdsverschil met hun eerste seksuele partner beperkt. Bijna een kwart had seks met iemand van exact dezelfde leeftijd, terwijl een grote groep een leeftijdsverschil van één of twee jaar rapporteert. Er worden geen significante verschillen vastgesteld in het leeftijdsverschil met de eerste seksuele partner tussen homoseksuele/lesbische, biseksuele, transgender en heteroseksuele respondenten (p = 0,079).



Figuur 19: Leeftijdsverschil met de eerste seksuele partner (N = 256)

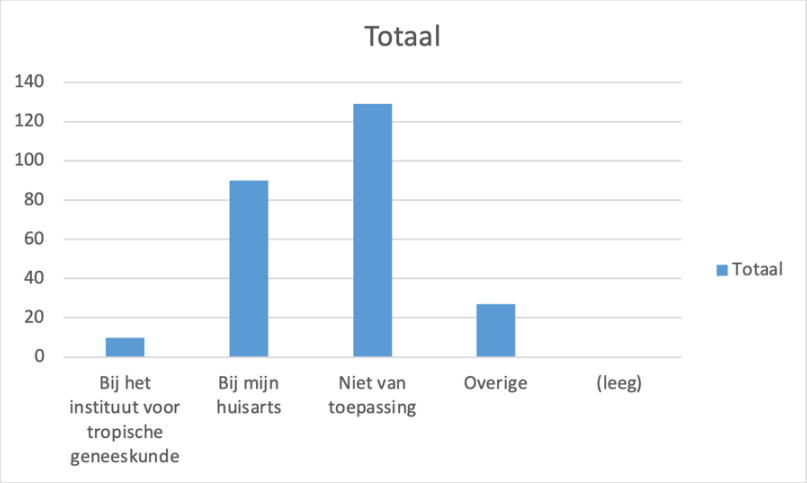
Seksuele gezondheid

Ongeveer de helft van de respondenten (51%) geeft aan zich ooit te hebben laten testen op soa's. Binnen de groep homoseksuele/lesbische respondenten liet een significant groter aantal personen zich al testen op soa's in vergelijking met andere groepen. In de groep heteroseksuele respondenten rapporteren significant meer personen zich nog nooit te hebben laten testen (p < 0,001). Mannen laten zich significant vaker testen op soa's (p < 0,001). Onder degenen die zich wél laten testen, varieert de testfrequentie.



Figuur 20: Soa-testfrequentie onder respondenten (N = 256)

Onder de respondenten die zich ooit hebben laten testen op soa's, is de huisarts veruit de meest voorkomende (35%) testlocatie. Ongeveer de helft van de respondenten geeft aan dat deze vraag niet op hen van toepassing was.



Figuur 21: Locaties waar respondenten een soa-test lieten afnemen (N = 256)

Verder worden verschillende andere testlocaties genoemd, waaronder gynaecologen, ziekenhuizen, gespecialiseerde centra en studentengezondheidscentra. Slechts een zeer klein aantal respondenten noemt alternatieve locaties, zoals een PrEP-opvolging in een ziekenhuis of een laboratorium in een niet-seksuele context.

Ongeveer één op de vijf respondenten geeft aan ooit de diagnose van een soa te hebben gekregen. Binnen de groep homoseksuele/lesbische respondenten komt een soa-diagnose significant vaker voor dan in de andere groepen, terwijl binnen de groep heteroseksuele respondenten significant minder personen ooit een dergelijke diagnose hebben gekregen ($p < 0{,}001$). Mannen kregen al significant vaker een soa-diagnose ($p < 0{,}001$).

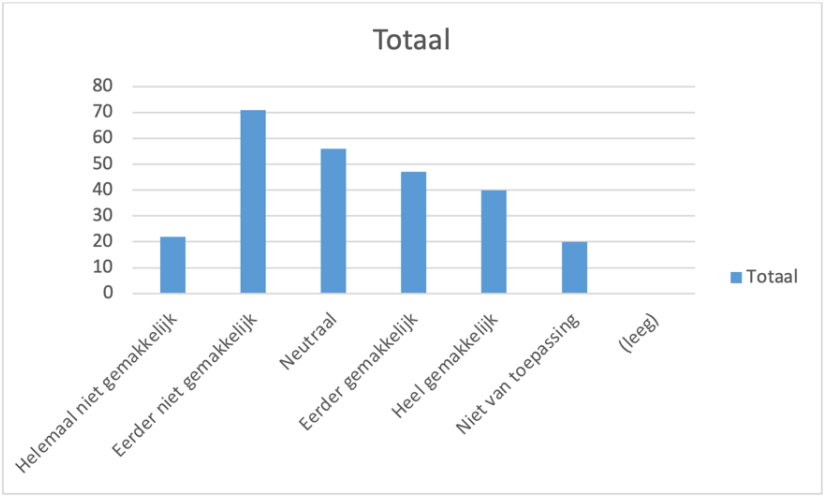
Rijlabels	Aantal van Heeft u ooit de diagnose van een soa gekregen?
Ja	52
Nee	204
(leeg)	
Eindtotaal	**256**

Tabel 1: Aantal respondenten dat ooit een soa-diagnose kreeg (N = 256)

Contact met de huisarts

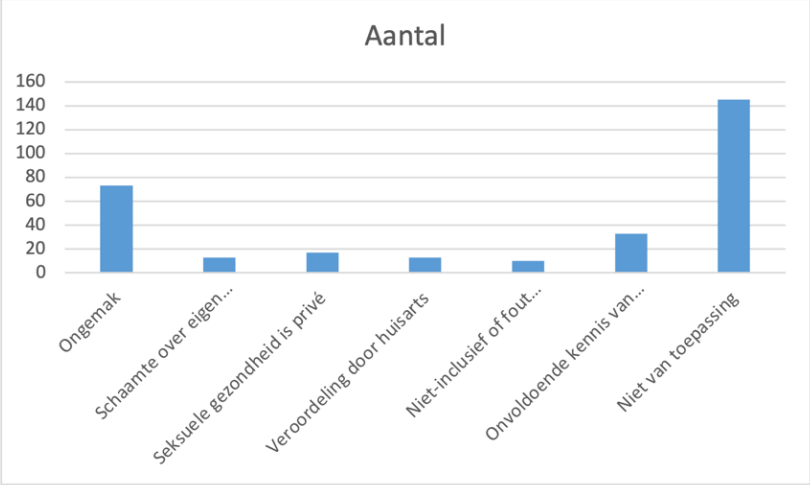
Bijna alle respondenten geven aan een vaste huisarts te hebben. Slechts vijf personen, wat neerkomt op minder dan 2%, hebben geen huisarts.

De mate waarin respondenten het gemakkelijk vinden om over seksuele gezondheid met hun huisarts te praten, verschilt. Op een vijf-puntenschaal geven respondenten het gemak om seksuele gezondheid te bespreken met hun huisarts gemiddeld een 3,05. Mannen vinden dit significant gemakkelijker dan vrouwen (p = 0,002). Respondenten van de leeftijdscategorie 18-29 jaar en 30-39 jaar spreken significant makkelijker met hun huisarts dan de respondenten van de leeftijdscategorie 65-80 jaar (p = 0,022). Er worden geen significante verschillen vastgesteld tussen de verschillende seksuele oriëntaties met betrekking tot het gemak waarmee men seksuele gezondheid met de huisarts bespreekt (p = 0,553).



Figuur 22: Gemak waarmee respondenten over seksuele gezondheid praten met de huisarts (N = 256)

Verschillende factoren spelen een rol in waarom sommige respondenten het moeilijk vinden om seksuele gezondheid met hun huisarts te bespreken. De meest voorkomende reden is het gevoel van ongemak bij het praten over seksuele gezondheid in het algemeen, wat door 73 respondenten wordt aangegeven.



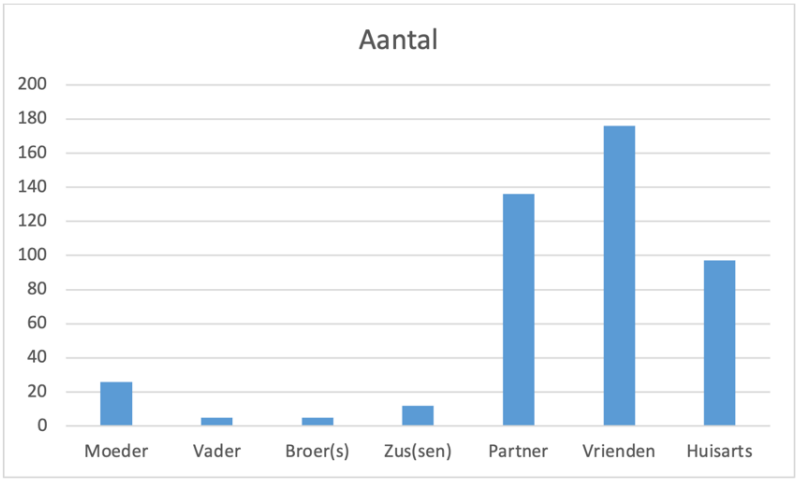
Figuur 23: Redenen waarom respondenten het moeilijk vinden om seksuele gezondheid met de huisarts te bespreken (N = 256)

Enkele respondenten noemen een combinatie van andere redenen, waaronder een gebrek aan een vertrouwensband met de huisarts, slechte eerdere ervaringen of een gebrek aan interesse van de huisarts in het onderwerp.

De meerderheid van de respondenten (154 personen, ongeveer 60%) geeft aan dat zij vinden dat hun huisarts over voldoende kennis en expertise beschikt om hen te helpen met vragen over seksuele gezondheid. Toch geeft een groep (43 respondenten, ongeveer 17%) aan dat zij hun huisarts niet als voldoende deskundig op dit gebied beschouwen.

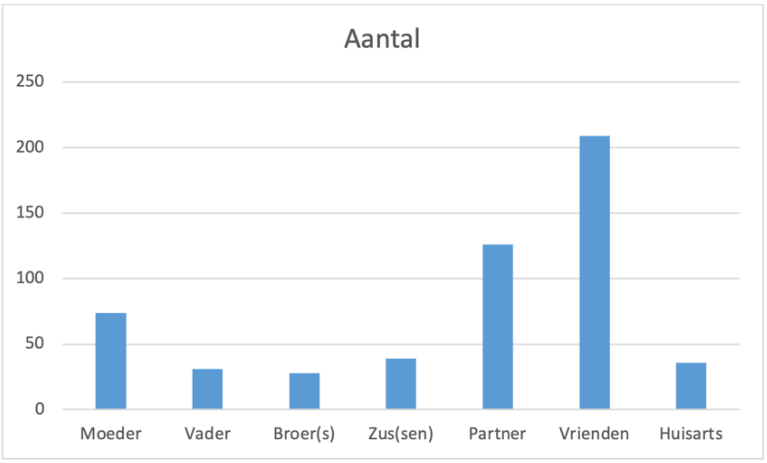
Praten over seksualiteit en relaties

Respondenten geven aan bij wie ze terechtkunnen voor vragen over seks. Vrienden blijken de meest voorkomende bron van ondersteuning. Partners zijn ook een belangrijke informatiebron. Naast persoonlijke contacten geven 97 respondenten aan dat ze hun huisarts als een betrouwbare bron voor seksuele vragen beschouwen. Daarnaast noemen sommige respondenten andere bronnen, zoals gynaecologen, therapeuten, LGBTQ+-verenigingen, het internet of sociale media.



Figuur 24: Personen bij wie respondenten terechtkunnen met vragen over seks (N = 256)

Wanneer het gaat om vragen over relaties, geven de meeste respondenten aan dat ze bij vrienden terechtkunnen. Daarnaast kan ongeveer de helft van de respondenten praten met hun partner. Daarnaast geeft slechts 36 respondenten aan dat zij met hun huisarts over relaties kunnen praten. Een klein aantal respondenten noemt andere bronnen zoals psychologen, therapeuten of boeken over psychologie en relaties.



Figuur 25: Personen bij wie respondenten terechtkunnen met vragen over relaties (N = 256)

Vergelijking met bestaande literatuur

In wat volgt wordt een vergelijking gemaakt tussen de resultaten van deze studie en respectievelijk Sexpert (3), GAMESSS (14) en Seks onder je 25e (15).

Sexpert

De populatie van de Sexpert studie (3) betreft personen tussen de 14 en 80 jaar. Er worden dus ook minderjarige personen geïncludeerd, in tegenstelling tot wat in deze studie werd gedaan. Een ander belangrijk verschil in populatie is de variatie in seksuele oriëntatie. 93% van de respondenten in de Sexpert studie benoemt zichzelf als exclusief heteroseksueel, in vergelijking met 30% in de huidige studie. Dit heeft te maken met de werving van respondenten; in de wervingstekst wordt specifiek gevraagd naar personen die deel uitmaken van de LGBTQI+ gemeenschap. 1% van de Sexpert-populatie benoemt zichzelf als homoseksueel of lesbisch, versus 37% in deze studie. 2% van de Sexpert-respondenten beschouwt zichzelf als biseksueel in vergelijking met 11% in de huidige studie.

Onderstaande tabel vergelijkt percentages met betrekking tot het hebben van een vaste partner, seksuele activiteit en het laatste seksueel contact tussen Sexpert en huidig onderzoek.

	Sexpert	Huidig onderzoek
Heeft een vaste partner	77%	55%
Ooit seks gehad	92,7%	94%
Ooit geslachtsgemeenschap gehad	89,4%	83%
Seksueel actief	73%	79%
Laatste sekspartner is vaste partner	89,8%	76%
Laatste sekspartner is iemand waarmee geen relatie, maar af en toe seks	4,8%	11%
Niet onder invloed van alcohol tijdens laatste seksueel contact	83,7%	91%
Niet onder invloed van drugs tijdens laatste seksueel contact	97,8%	98%
Condoomgebruik tijdens laatste seksueel contact	8,6%	11%

Tabel 2: Vergelijking van seksuele gezondheidskenmerken tussen de Sexpert-studie en het huidige onderzoek

Deze cijfers suggereren dat personen die zichzelf beschouwen als deel van LGBTQI+ populatie minder vaak een vaste partner hebben. Ook lijkt de laatste sekspartner minder vaak de vaste partner te zijn en vaker iemand waarmee men geen relatie heeft maar wel af en toe seks. De algemene bevolking lijkt iets vaker onder invloed van alcohol te zijn tijdens het laatste seksueel contact dan de LGBTQI+ populatie.

Gemiddeld is de algemene beleving van het laatste seksueel contact 4,4 op een 5-puntenschaal in de Sexpert studie, in vergelijking met 4,32 in de huidige enquête. De respondenten van Sexpert geven seksuele tevredenheid gemiddeld een score van 3,6 op een vijfpuntenschaal, in vergelijking met 3,55 in de huidige LGBTQI+ populatie. De seksuele tevredenheid lijkt dus vergelijkbaar te zijn tussen deze twee groepen.

In Sexpert hebben respondenten gemiddeld 7,2 sekspartners (bij de ervaren groep). Het gewogen gemiddelde van de huidige onderzoekspopulatie is 9,47 sekspartners, wat wijst op een gemiddeld hoger aantal sekspartners in het leven.

In onze studiepopulatie geeft 49,2% van de respondenten aan geen seksuele moeilijkheden te ervaren. Dit is iets minder in de Sexpert-populatie: 65,2% voor mannen en 56,8% voor vrouwen. LGBTQI+ personen lijken dus iets vaker last te hebben van een verstoorde seksuele functie. De meest voorkomende moeilijkheden zijn in het Sexpert onderzoek ‘te veel zin in seks’, ‘premature ejaculatie’, ‘erectiestoornissen’, ‘geen of traag orgasme’, ‘te weinig spontane zin in seks’, ‘te weinig lubricatie’ en ‘te weinig responsief verlangen’. Te veel en te weinig zin in seks zijn in onze studie ook veel voorkomende moeilijkheden. Ook orgasmestoornissen en erectiestoornissen komen in onze populatie veel voor. Premature ejaculatie en te weinig lubricatie worden dan weer minder genoemd.

In de Sexpert populatie masturberen mannen meestal één tot meerdere keren per week, terwijl dit bij vrouwen één tot meerdere keren per maand is. We vinden hetzelfde geslachtsverschil terug in onze populatie.

Bij de Sexpert-respondenten zijn mannen gemiddeld 18,7 jaar oud bij hun eerste geslachtsgemeenschap, terwijl vrouwen gemiddeld 18,2 jaar oud zijn. In onze populatie is het gewogen gemiddelde 19,74 jaar. Mensen in de LGBTQI+ gemeenschap lijken dus iets ouder te zijn bij hun seksuele start. Mannelijke respondenten van de Sexpert studie ervoeren hun eerste keer gemiddeld positiever dan vrouwen. In onze populatie wordt een dergelijk verschil niet gevonden. Gemiddeld is het leeftijdsverschil met de eerste partner in de Sexpert-populatie voor mannen een half jaar ouder tot een half jaar jonger dan zijzelf. Vrouwen zijn gemiddeld tussen 1.9 en 2.5 jaar jonger dan hun eerste partner. De cijfers in de huidige populatie volgen deze tendens.

Onze LGBTQI+ populatie liet zich duidelijk al vaker testen op soa's dan de Sexpert-populatie: 51% van de respondenten in vergelijking met 13,1%. Van degenen die zich al lieten testen, kreeg 3,6% van de Sexpert-respondenten ooit een soa-diagnose. Met 39% is er een tienvoud aan soa-diagnoses in de huidige populatie.

GAMESSS

De populatie van de GAMESSS studie (14) betreft enkel homoseksuele mannen boven de 18 jaar.

In de GAMESSS studie hebben de ondervraagde mannen gemiddeld voor het eerst seks met iemand van hetzelfde geslacht op 19 jaar. In de huidige onderzoekspopulatie is dit 19,74 jaar. De eerste sekspartner bij de ondervraagde MSM is meestal 4 jaar ouder, in vergelijking met meestal geen of 1 à 2 jaar verschil in de LGBTQI+ populatie. Bijna 57% heeft een vaste relatie, waarvan 27% een open vaste relatie. In de huidige studie is dit respectievelijk 68,7% en 20%. 65% van de GAMESSS-mannen heeft meer dan 50 sekspartners in het leven gehad, en één op vier heeft al met meer dan 100 personen seks gehad. In de huidige populatie heeft slechts 18% van de respondenten meer dan 21 sekspartners in het leven gehad. 48% van de respondenten in de GAMESSS-studie heeft soms seks met meer dan twee mannen tegelijk; en 10% heeft seks met meer dan tien mannen tegelijk. In onze populatie heeft 28% ooit al met meer dan één persoon tegelijk seks gehad; en 1% al met meer dan tien. Onderstaande tabellen tonen een vergelijking van de masturbatiefrequentie en frequentie van geslachtsgemeenschap.

	GAMESSS	Huidig onderzoek
Minstens 1 keer per week	90%	42%
Dagelijks	37,3%	10,1%
Meer dan één keer per dag	10,3%	1,9%

Tabel 3: Vergelijking van masturbatiefrequentie tussen de GAMESSS-studie en het huidige onderzoek

	GAMESSS	Huidig onderzoek
Nooit	2,9%	14%
Minder dan 1 keer per maand	10,7%	24,2%
1 tot 3 keer per maand	20,5%	30,4%
1 of 2 keer per week	35,6%	22,6%
Minstens 3 keer per week	22,2%	8,2%
Dagelijks	8,1%	0,3%

Tabel 4: Vergelijking van de frequentie van geslachtsgemeenschap tussen de GAMESSS-studie en het huidige onderzoek

We zien dat de homoseksuele mannen in de GAMESSS studie frequenter masturberen en ook frequenter geslachtsgemeenschap hebben dan de bevraagde LGBTQI+ populatie.

Seks onder je 25e

In Seks onder je 25e (15) wordt de seksuele gezondheid bevraagd van Nederlandse jongeren van 13 tot 25 jaar oud. Het betreft dus een veel jongere populatie dan die van de huidige studie. Alle geslachten, genders en seksuele oriëntaties worden geïncludeerd. 3% van de bevraagde jongeren identificeert zich als genderdivers, en respectievelijk 11% van de jongens en 23% van de meisjes voelt zich niet uitsluitend aangetrokken tot het tegenovergestelde gender.

Op 18 jaar heeft de helft van de jongeren in de Seks onder je 25e-populatie ervaring met vingeren of aftrekken; op 18,7 jaar heeft de helft ervaring met vaginale seks. De eerste keer geslachtsgemeenschap vindt in onze populatie gemiddeld plaats op 19,74-jarige leeftijd. In de Seks onder je 25e-studie vindt 64% van de jongens de eerste keer vaginale seks fijn, in vergelijking met 28% van de meisjes. In onze studiepopulatie ervoer 64% zijn eerste keer geslachtsgemeenschap als eerder positief, en is er geen significant verschil in beleving tussen mannen en vrouwen.

Onderstaande tabel toont een vergelijking tussen enkele cijfers van de huidige studie en Seks onder je 25e betreffende seksuele gezondheid en tevredenheid.

	Seks onder je 25e	Huidig onderzoek
Condoomgebruik bij laatste keer seks	34%	11%
Ooit getest op soa	28%	51%
Ooit positief getest op soa	9%	20%
Minstens één seksueel probleem	16%	51%
Rapportcijfer seksleven	6,9/10	7,1/10

Tabel 5: Vergelijking van seksuele gezondheidskenmerken tussen de Seks onder je 25e-studie en het huidige onderzoek

De huidige studiepopulatie gebruikt minder vaak een condoom bij hun laatste seksueel contact, maar laat zich vaker testen op soa's en kreeg ook al vaker een soa-diagnose dan de Seks onder je 25e-respondenten. Onze LGBTQI+ populatie heeft vaker minstens één seksueel probleem. De twee respondentengroepen geven hun seksleven een gelijkaardige score.

Binnen de populatie van de Nederlandse studie zijn er geen verschillen in condoomgebruik tussen hetero en LGBTQI+ jongeren. LGBTQI+ jongeren in deze studie hebben zich wel vaker laten testen op soa's en zijn ook vaker positief getest op een soa dan de hetero jongeren. Van alle Seks onder je 25e-respondenten zijn LGBTQI+ jongeren minder tevreden met hun seksleven dan de heteroseksuele jongeren. Ook geven LGBTQI+ jongeren vaker aan minstens 1 seksueel probleem te hebben gehad in het afgelopen jaar dan hetero jongeren binnen deze studie.

Wanneer aan de jongeren uit Seks onder je 25e wordt gevraagd met wie zij zouden praten bij problemen op het gebied van seks, worden vooral de moeder, vrienden en de partner genoemd. Een dokter of hulpverlener staat op de 4e plaats. Ook in de huidige populatie zijn vrienden en partner de meest gekozen opties, maar spreekt men gemakkelijker over seks met de huisarts dan met de moeder.

Onderstaande tabel toont het percentage van personen wiens laatste sekspartner de vaste partner is, en personen die minstens één keer per week masturberen, seks hebben en naar porno kijken, respectievelijk voor Seks onder je 25e en de huidige studie.

	Seks onder je 25e	Huidige studie
Laatste sekspartner is vaste partner	66%	76%
Minstens één keer per week masturbatie	64%	42%
Minstens één keer per week seks	42%	31%
Minsters één keer per week naar porno kijken	31%	27%

Tabel 6: Vergelijking van seksuele gedragingen tussen de Seks onder je 25e-studie en het huidige onderzoek

In de huidige populatie is de laatste sekspartner iets vaker de vaste partner dan bij de Nederlandse jongeren. De Seks onder je 25e-populatie masturbeert frequenter en heeft ook vaker seks. Men kijkt ongeveer even frequent naar porno in de twee populaties.

Discussie

Een van de doelstellingen van dit onderzoek is het in kaart brengen van de seksuele gezondheid van LGBTQI+ personen in Vlaanderen. Dit wordt bereikt door een enquête af te nemen bij 256 respondenten die zichzelf beschouwden als deel van de LGBTQI+ gemeenschap. Binnen deze groep blijkt de heteroseksuele subgroep vaker monogaam te zijn dan de andere groepen. Homoseksuele of lesbische respondenten, evenals mannen, hebben vaker 21 of meer sekspartners in hun leven gehad. Mannen geven ook aan vaker met meer dan één persoon tegelijk seks te hebben gehad. Gemiddeld geven de respondenten hun seksleven een score van 3,55 op 5. Ongeveer de helft van de respondenten heeft al seksuele moeilijkheden ervaren, waarbij met name verminderd seksueel verlangen, verhoogd seksueel verlangen, orgasmestoornissen, erectiele disfunctie en verminderd responsief verlangen vaak genoemd worden. Daarnaast heeft ongeveer de helft van de respondenten te maken gehad met seksueel grensoverschrijdend gedrag, waarbij heteroseksuele respondenten minder vaak in deze situatie zijn beland dan de andere groepen. Ongeveer de helft van de respondenten heeft zich al laten testen op soa's, en één op de vijf heeft ooit een soa-diagnose gekregen, vooral mannen en homoseksuele of lesbische personen. Hoewel men gemiddeld tevreden is over het seksleven, wijzen de combinatie van een hoog aantal sekspartners, seksuele moeilijkheden, ervaringen met grensoverschrijdend gedrag en de frequente aanwezigheid van soa's op aanzienlijke seksuele gezondheidsrisico's binnen de LGBTQI+-gemeenschap.

Er wordt onderzocht of LGBTQI+ personen bij hun huisarts terechtkunnen voor vragen over seksuele gezondheid. Het gemak waarmee men dit onderwerp met de huisarts bespreekt, wordt beoordeeld op een vijfpuntenschaal, waarbij de gemiddelde score 3 is. Het meest voorkomende antwoord is 'eerder niet gemakkelijk'. Dit heeft vooral te maken met ongemak bij het bespreken van seksuele gezondheid in het algemeen. Desondanks geeft de meerderheid aan dat hun huisarts voldoende kennis en expertise op dit gebied heeft. Al met al vindt een aanzienlijk aantal mensen het moeilijk om seksuele gezondheidskwesties met hun huisarts te bespreken, hoewel de huisarts als competent wordt beschouwd.

Er zijn zowel gelijkenissen als opvallende verschillen wanneer we de Sexpert-studie (3) vergelijken met de huidige studie. De Sexpert-populatie is een representatieve steekproef van de algemene bevolking, waarin de meerderheid heteroseksueel is. Onze populatie bestaat voornamelijk uit LGBTQI+ personen. In onze steekproef hebben respondenten minder vaak een vaste partner en hebben ze vaker seksuele contacten met personen die geen vaste partner zijn. De seksuele tevredenheid komt ongeveer overeen tussen beide populaties. De LGBTQI+ groep heeft meer sekspartners gehad en ervaart vaker seksuele disfuncties, hoewel de aard van deze disfuncties in beide groepen vergelijkbaar is. LGBTQI+ respondenten lijken gemiddeld iets ouder te zijn bij hun eerste seksuele ervaring. Onze respondenten laten zich vaker testen op soa's en krijgen ook vaker een soa-diagnose. De meeste verschillen tussen de twee populaties kunnen waarschijnlijk toegeschreven worden aan het verschil tussen LGBTQI+ en heteroseksualiteit, aangezien andere kenmerken van de groepen vergelijkbaar zijn.

De vergelijking tussen de populatie van uitsluitend homoseksuele mannen in de GAMESSS-studie (14) en de LGBTQI+ steekproef in onze studie toont zowel overeenkomsten als verschillen. De seksuele start vindt bij beide populaties rond dezelfde leeftijd plaats, maar de eerste sekspartner is bij de

homoseksuele mannen in de GAMESSS-studie doorgaans iets ouder. De GAMESSS-populatie heeft minder vaak een vaste relatie dan de respondenten in onze studie, en ze hebben gemiddeld meer sekspartners, zowel in het leven als tegelijkertijd. Zowel masturbatie als geslachtsgemeenschap komt vaker voor bij de GAMESSS-mannen dan in onze steekproef. Aangezien de GAMESSS-populatie een vergelijkbare leeftijdsgroep omvat en net als in onze studie bestaat uit respondenten uit België, kunnen deze verschillen waarschijnlijk worden toegeschreven aan het onderscheid tussen homoseksuele mannen en andere leden van de LGBTQI+ gemeenschap.

De vergelijking tussen de Seks onder je 25^{e} studie (15) en de huidige studie toont aan dat de Nederlandse jongeren iets eerder seksuele handelingen verrichten dan de respondenten in onze populatie. Dit verschil kan te maken hebben met geografische variaties of met het feit dat de Nederlandse populatie voornamelijk uit heteroseksuele personen bestaat. Bij de Nederlandse jongeren beleven jongens hun eerste seksuele ervaring vaker als positief dan meisjes, een verschil dat niet terug te vinden is in onze steekproef. De LGBTQI+ respondenten in onze studie geven aan vaker soa's en seksuele problemen te ervaren dan de Seks onder je 25^{e}-respondenten. Dit verschil is waarschijnlijk te wijten aan het onderscheid tussen LGBTQI+ personen en heteroseksuele personen, aangezien ook binnen de Nederlandse populatie de LGBTQI+ jongeren vaker soa's en seksuele problemen melden dan de hetero respondenten. De seksuele tevredenheid is vergelijkbaar tussen beide studiepopulaties. Verder masturberen de jongeren uit Nederland vaker, hebben ze vaker seks en kijken ze meer naar porno dan onze populatie, wat wellicht te maken heeft met hun jongere leeftijd.

Op basis van de bevindingen van dit onderzoek kunnen verschillende implicaties voor de praktijk worden afgeleid. Zorgverleners, met name huisartsen, zouden getraind moeten worden in het sensitief omgaan met seksuele gezondheid om een veilige en ondersteunende ruimte te creëren voor LGBTQI+ personen. Dit zou de drempel verlagen voor deze groep om openlijk over seksuele gezondheid te praten. Gezondheidszorginstellingen zouden specifieke beleidslijnen en richtlijnen moeten ontwikkelen die gericht zijn op de seksuele gezondheid van LGBTQI+ personen. Hierbij zouden instrumenten zoals de SOC-8 (11) en de Belgische Onder 4 Ogen-methode (12) bijvoorbeeld kunnen worden opgenomen in de richtlijnen. Deze methoden kunnen verder worden uitgebreid met aandacht voor de specifieke zorgbehoeften van alle leden van de LGBTQI+ gemeenschap. Het implementeren van deze richtlijnen kan door bijscholingen of workshops voor zorgverleners, zodat ze goed geïnformeerd zijn over de unieke zorgbehoeften van deze groep. Daarnaast kan het ondersteunen van online platforms waar LGBTQI+ personen anoniem advies kunnen inwinnen een waardevolle aanvulling zijn op de traditionele zorg. Dit kan vooral handig zijn voor mensen die zich ongemakkelijk voelen bij face-to-face gesprekken. Representatie is belangrijk: toegang hebben tot informatie over hun seksuele gezondheid zorgt er niet alleen voor dat patiënten betere gezondheidsvaardigheden hebben, maar ook dat ze de weg naar de gezondheidszorg gemakkelijker vinden. Praktijken kunnen representatie implementeren door bijvoorbeeld op hun websites, in brochures en in de praktijk inclusieve informatie aan te bieden voor LBTQI+ populaties. Tot slot moeten zorgverleners een holistische benadering hanteren die niet alleen aandacht besteedt aan de fysieke gezondheid, maar ook de mentale en emotionele aspecten van seksuele gezondheid meeneemt. Dit zorgt voor een meer compleet zorgaanbod voor LGBTQI+ personen, wat uiteindelijk kan bijdragen aan een betere algehele zorgervaring en verbeterde seksuele gezondheid voor deze gemeenschap. Deze stappen zullen niet alleen bijdragen aan meer inclusieve zorg, maar ook aan het welzijn van LGBTQI+ personen.

Sterktes en zwaktes van het onderzoek en suggesties voor vervolgonderzoek

Een belangrijk sterk punt van dit onderzoek is de focus op een doelgroep die vaak onderbelicht blijft in wetenschappelijk onderzoek: LGBTQI+ personen. Door een breed scala aan thema's te behandelen—waaronder seksuele beleving, seksueel grensoverschrijdend gedrag, soa-testgedrag en de communicatie met zorgverleners—biedt deze studie een genuanceerd en relevant inzicht in de seksuele gezondheid van deze gemeenschap in Vlaanderen. Daarnaast biedt de vergelijking met grootschalige referentiestudies, zoals de Sexpert-studie, GAMESSS en Seks onder je 25e, een waardevol referentiekader dat helpt om de resultaten in perspectief te plaatsen.

Toch zijn er ook een aantal beperkingen die in acht moeten worden genomen. De steekproefgrootte is relatief beperkt, wat de generaliseerbaarheid van de bevindingen naar de bredere LGBTQI+ populatie bemoeilijkt. Een ander belangrijk aandachtspunt betreft de samenstelling van de steekproef. Hoewel de wervingsboodschap specifiek gericht was op mensen die zich identificeren als deel van de LGBTQI+ gemeenschap, hebben ook heteroseksuele respondenten de enquête ingevuld. Het is mogelijk dat sommige van deze respondenten zich om verschillende redenen toch hebben geïdentificeerd als onderdeel van de LGBTQI+ gemeenschap, bijvoorbeeld als transgender of vanwege andere persoonlijke overwegingen. Echter, een aanzienlijk aantal respondenten zou per ongeluk kunnen zijn geïncludeerd, ondanks dat ze cisgender en heteroseksueel zijn. Dit kan de representativiteit van de steekproef beïnvloeden en mogelijk leiden tot een vertekening in de resultaten, vooral wanneer het gaat om aspecten die specifiek relevant zijn voor de LGBTQI+ gemeenschap. Verder is er mogelijk sprake van inclusiebias. Verschillende LGBTQI+ organisaties die werden benaderd om de enquête te verspreiden, hebben hier niet op gereageerd. Dit heeft mogelijk geleid tot een ondervertegenwoordiging van bepaalde subgroepen binnen de LGBTQI+ gemeenschap. Aan de andere kant waren er wel veel patiënten van de huisartsenpraktijk van de onderzoeker die de enquête hebben ingevuld, wat de resultaten mogelijk heeft beïnvloed.

Een bijkomende methodologische beperking betreft de definitie van transgender personen. In dit onderzoek werden deze respondenten geïdentificeerd op basis van discrepantie tussen aangeduid geboortegeslacht en genderidentiteit, wat mogelijk tot verwarring heeft geleid of tot foutieve classificatie. Daarnaast kwamen non-binaire identiteiten slechts beperkt aan bod. Hoewel respondenten hun gender vrij konden aangeven, werden non-binaire personen niet als aparte groep geanalyseerd. Dit sluit aan bij een bredere lacune in seksuologisch en medisch onderzoek, waarin non-binaire ervaringen vaak ondervertegenwoordigd blijven.

Ook de formulering van bepaalde vragen liet ruimte voor interpretatie. Bijvoorbeeld, bij de vraag over condoomgebruik konden respondenten antwoorden met "niet van toepassing". Dit antwoord biedt geen duidelijkheid over de betekenis ervan, aangezien het onduidelijk is of respondenten hiermee bedoelen dat ze nooit seks hebben gehad, of dat ze bijvoorbeeld WSW zijn, voor wie condoomgebruik minder relevant is.

Op basis van deze sterktes en beperkingen kunnen verschillende suggesties worden geformuleerd voor toekomstig onderzoek. In de eerste plaats is het wenselijk om te streven naar grotere en meer diverse steekproeven, waarbij subgroepen binnen de LGBTQI+ gemeenschap gericht worden benaderd. Dit zou een representatiever beeld mogelijk maken en uitspraken per subgroep toelaten.

Daarnaast verdient het aanbeveling om genderdiverse identiteiten, waaronder non-binaire personen, expliciet mee te nemen in zowel de dataverzameling als de data-analyse. Verder zou toekomstig onderzoek kunnen inzetten op het ontwikkelen van inclusievere en meer verfijnde vragenlijsten, die ruimte laten voor nuance zonder onduidelijkheid te creëren. Ook kwalitatief onderzoek, zoals interviews of focusgroepen, zou aanvullende inzichten kunnen bieden in thema's als seksuele tevredenheid, barrières bij het bespreken van seksuele gezondheid met zorgverleners, en ervaringen met discriminatie of uitsluiting.

Conclusie

Dit onderzoek heeft inzicht gegeven in de seksuele gezondheid van LGBTQI+ personen in Vlaanderen. De bevindingen tonen dat de LGBTQI+ gemeenschap gemiddeld tevreden is over hun seksleven, maar tegelijkertijd te maken heeft met aanzienlijke seksuele gezondheidsrisico's, zoals seksuele moeilijkheden, soa's en grensoverschrijdend gedrag. De resultaten wijzen ook op moeilijkheden in de communicatie over seksuele gezondheid met huisartsen, ondanks dat zorgverleners als competent worden beschouwd. Er werd een vergelijking gemaakt met andere studies, zoals de Sexpert-studie (3) en de GAMESSS-studie (14), waarbij zowel overeenkomsten als belangrijke verschillen werden geconstateerd, vooral in termen van seksuele ervaring, soa's en seksuele problemen. De implicaties voor de praktijk suggereren dat zorgverleners, met name huisartsen, getraind moeten worden in het sensitief omgaan met seksuele gezondheid om een veilige ruimte te bieden voor LGBTQI+ personen. Het onderzoek heeft ook enkele beperkingen, zoals een beperkte steekproefgrootte, de mogelijke inclusie van heteroseksuele respondenten en onduidelijkheden in de vragenlijst. Toekomstig onderzoek zou moeten streven naar grotere steekproeven, helderdere vragen en het betrekken van diverse subgroepen om de representativiteit en de validiteit van de resultaten te verbeteren. Hoewel dit onderzoek waardevolle inzichten biedt in de seksuele gezondheid van LGBTQI+ personen in Vlaanderen, is het belangrijk om de maatschappelijke context waarin deze gemeenschap leeft niet uit het oog te verliezen. Onder invloed van geopolitieke ontwikkelingen, zoals de toenemende invloed van genderconservatieve en homofobe stromingen (bijvoorbeeld in de Verenigde Staten onder Trump of in Europa onder Orban), evolueert onze maatschappij snel. Deze tendens kan in de nabije toekomst niet alleen een negatieve invloed hebben op het mentale welzijn van LGBTQI+ personen, maar ook de mogelijkheden van zorgverleners beperken om adequate en inclusieve hulp te bieden. Het is daarom essentieel dat blijvend wordt ingezet op sensibilisering, opleiding en beleidsmatige steun voor inclusieve gezondheidszorg.

Literatuurlijst

1. Taylor, N. M., & King, C. K. (2021). Sexual health and the LGBTQ+ community. Primary Care: Clinics in Office Practice, 48(2), 271–282.

2. World Health Organization. Sexual and Reproductive Health and Research (SRH) overview.

3. Buysse, A., Caen, M., Dewaele, A., Enzlin, P., Lievens, J., T'Sjoen, G., Van Houtte, M., & Vermeersch, H. (Red.). (2013). SEXPERT: Seksuele gezondheid in Vlaanderen. Academia Press.

4. Statistiek Vlaanderen. (2024, 9 juli). Bevolking: omvang en groei. Vlaamse overheid.

5. Domus Medica. (2023, januari 24). LGBTQI+ sensitief handelen in de huisartsenpraktijk.

6. European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). A long way to go for LGBTI equality. Publications Office of the European Union.

7. Motmans, J., de Biolley, I., & Debunne, S. (2009). Leven als transgender in België: De sociale en juridische situatie van transgender personen in kaart gebracht. Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen.

8. Motmans, J., Wyverkens, E., & Defreyne, J. (2017). Leven als transgender persoon in België: Tien jaar later. Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen.

9. Obedin-Maliver, J., Goldsmith, E. S., Stewart, L., White, W., Tran, E., Brenman, S., Wells, M., Fetterman, D. M., Garcia, G., & Lunn, M. R. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. JAMA, 306(9), 971–977.

10. Stott, D. B. (2013). The training needs of general practitioners in the exploration of sexual health matters and providing sexual healthcare to lesbian, gay and bisexual patients. Medical Teacher, 35(9), 752–759.

11. Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Laidlaw, J., Lambrese, J., Meyer, W. J., Monstrey, S., Motmans, J., Payer, D., Reisner, S. L., Safer, J. D., ... Winter, S. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. International Journal of Transgender Health, 23(S1), S1–S259.

12. Sensoa. Praten over seksuele gezondheid in de artsenpraktijk – De Onder 4 Ogen methode.

13. çavaria. Queer.

14. Vansintejan, J., Vandevoorde, J., & Devroey, D. (2013). The GAy MEn Sex StudieS: Design of an online registration of sexual behaviour of men having sex with men and preliminary results (GAMESSS-study). Central European Journal of Public Health, 21(1), 48–53.

15. De Graaf, H., van den Borne, M., Nikkelen, S., Twisk, D., & Meijer, S. (2023). Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2023. Rutgers.

16. De Graaf, H., Van den Borne, M., Nikkelen, S., Twisk, D., & Meijer, S. (2017). Seksuele gezondheid in Nederland 2017. Rutgers.

Bijlagen

Informatieformulier online vragenlijst

Beste respondent,

In het kader van mijn opleiding tot huisarts doe ik onderzoek naar de seksuele gezondheid bij LGBTQI+ personen, en naar de bespreekbaarheid ervan in de huisartsenpraktijk.

Het is namelijk zo dat personen uit de LGBTQI+-gemeenschap onderhevig zijn aan verhoogde gezondheidsrisico's, onder andere door stigmatisatie en doordat zorgverleners niet altijd competent of comfortabel zijn om deze personen correct te behandelen als patiënt. Naast de fysieke en mentale gezondheid in het algemeen, komt daardoor ook de seksuele gezondheid in het gedrang bij deze groep mensen. Volgens de definitie van seksuele gezondheid van WHO omvat het niet alleen het fysieke, maar ook het emotionele, mentale en sociale aspect van seksualiteit. Daarnaast is er tot op heden nog niet veel wetenschappelijk onderzoek voorhanden rond seksuele gezondheid bij LGBTQI+ personen. We zouden daarom graag uw ervaringen in kaart brengen.

U wordt uitgenodigd deel te nemen aan dit onderzoek door een vragenlijst online in te vullen. Het betreft een lijst van 34 meerkeuzevragen, allemaal met betrekking tot uw seksuele gezondheid. De vragenlijst wordt volledig anoniem ingevuld. Er worden dus geen persoonsgegevens van u verzameld of bewaard. De bekomen resultaten zullen door mijzelf worden geanalyseerd en gedurende 20 jaar veilig bewaard worden op een databank. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 10 minuten.

Deelname is volledig vrijblijvend.

Indien u vragen heeft, aarzel niet om mij te contacteren op onderstaande contactgegevens.

Alvast bedankt!

Dr. Allegra Nijs

Huisarts in opleiding (HAIO)

Allegra.nijs@student.kuleuven.be

Mede in naam van:

Prof. Dr. Johan Vansintejan

Faculteit Geneeskunde

Huisartsengeneeskunde VUB

02/ 477 43 11

Wervingstekst en flyer

Wervingstekst

Ben jij deel van de LGBTQI+ community en wil je graag mee helpen streven naar een meer inclusieve en gelijkwaardige gezondheidszorg? Dan zoek ik jou! Ik ben Allegra, een student huisartsgeneeskunde. Voor mijn masterthesis doe ik onderzoek naar hoe de LGBTQI+ gemeenschap hun seksuele gezondheid ervaart. Ik wil namelijk de seksuele gezondheid in deze community vergelijken met de seksuele gezondheid in de algemene bevolking. Daarnaast wil ik van jullie weten of jullie terecht kunnen met vragen rond seksuele gezondheid bij jullie huisarts. Zo hoop ik te ontdekken waar momenteel de problemen en hiaten zitten binnen seksuele gezondheidszorg, en hoe ik en andere huisartsen ons best kunnen doen om hierin beter te doen. Jullie kunnen meedoen door een korte vragenlijst in te vullen. Dit duurt ongeveer 10 minuutjes en is volledig anoniem. *Let's close the gap!*

Flyer

KU LEUVEN

KU Leuven en Vrije Universiteit Brussel, Faculteit Geneeskunde,
Vakgroep Huisartsengeneeskunde

Ben jij deel van de LGBTQI+ community en wil je graag mee helpen streven naar een meer inclusieve en gelijkwaardige gezondheidszorg?



Dan zoek ik jou!

Scan de QR-enquêtecode om de in te vullen!

Enquête



0%

Seksuele gezondheid bij LGBTQI+ en bespreekbaarheid in de huisartsenpraktijk

*Wat is je leeftijd?

Vul je leeftijd in.

Kies één van de volgende antwoorden

- 18-29
- 30-39
- 40-49
- 50-64
- 65-80

*Wat is je geslacht?

Kies één van de volgende antwoorden

- ○ Man
- ○ Vrouw
- ○ Anders

*Met welke gender identificeer jij je?

Kies één van de volgende antwoorden

- ○ Man
- ○ Vrouw
- ○ Non-binair
- ○ Genderloos
- ○ Anders:

*Hoe zou je jezelf als persoon benoemen?

Kies één van de volgende antwoorden

- ○ Heteroseksueel
- ○ Meer heteroseksueel dan homoseksueel/lesbisch
- ○ Biseksueel
- ○ Meer homoseksueel/lesbisch dan heteroseksueel
- ○ Homoseksueel/lesbisch
- ○ Anders:

*Bent u in een relatie?

Kies één van de volgende antwoorden

- ○ Geen vaste relatie
- ○ Open vaste relatie
- ○ Gesloten vaste relatie

*Heb je ooit seks gehad?

Seks = allerlei manieren van vrijen waarbij er genitaal contact is, dus het aanraken van de geslachtsdelen van iemand anders

Kies één van de volgende antwoorden

- Ja
- Nee

*Heb je ooit geslachtsgemeenschap gehad?

Geslachtsgemeenschap = penetratie van de penis in de vagina of anus

Kies één van de volgende antwoorden

- Ja
- Nee

*Ben je seksueel actief: heb je de afgelopen 6 maanden seks of geslachtsgemeenschap gehad?

Kies één van de volgende antwoorden

- Ja
- Nee

*Indien seksueel actief, met wie heb je de laatste keer seks gehad?

Kies één van de volgende antwoorden

- ○ Partner
- ○ Iemand waarmee geen relatie maar af en toe seks
- ○ One night stand
- ○ Escorte of prostituee
- ○ Buitenechtelijke relatie
- ○ Niet van toepassing
- ○ Anders:

*Was je bij het laatste seksueel contact onder invloed van alcohol of drugs?

Kies één van de volgende antwoorden

- ○ Onder invloed van alcohol
- ○ Onder invloed van drugs
- ○ Niet onder invloed
- ○ Niet van toepassing

*Wat was je algemene beleving van het laatste seksueel contact?

Kies één van de volgende antwoorden

- ○ Heel negatief
- ○ Eerder negatief
- ○ Neutraal
- ○ Eerder positief
- ○ Heel positief
- ○ Niet van toepassing

*Werd er bij uw laatste seksueel contact een condoom gebruikt?

Kies één van de volgende antwoorden

- ○ Ja
- ○ Nee
- ○ Niet van toepassing

*Aantal sekspartners in het hele leven?

Kies één van de volgende antwoorden

- ○ Geen (nog nooit seks gehad)
- ○ 1
- ○ 2
- ○ 3
- ○ 4
- ○ 5
- ○ 6 tot 10
- ○ 11 tot 20
- ○ 21 of meer

*Aantal sekspartners tegelijkertijd?

Kies één van de volgende antwoorden

- ○ Geen (nog nooit seks gehad)
- ○ 1 persoon
- ○ 2 personen
- ○ 3 personen
- ○ 4 of 5 personen
- ○ Tussen 6 en 10 personen
- ○ > 10 personen

*Bent u tevreden over uw seksleven?

Seksuele tevredenheid op een vijfpuntenschaal (1 = heel ontevreden tot 5 = heel tevreden)

○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5

*Ervaart u een of meerdere van volgende seksuele moeilijkheden?

Definities:

Seksuele aversiestoornis: Aanhoudende of terugkerende extreme aversie voor en vermijding van (bijna) elk genitaal seksueel contact met de genitalieen van de partner.

Seksuele stoornis met verminderd seksueel verlangen (HSDD): Aanhoudend of terugkerend gebrek aan seksuele fantasieën en verlangen naar seksuele activiteit.

Seksuele stoornis met verminderd responsief verlangen: Aanhoudend of terugkerend gebrek aan verlangen naar seksuele activiteit/moeite om zin te krijgen in seks wanneer de partner initiatief neemt tot seks.

Seksuele stoornis met verhoogd seksueel verlangen: Aanhoudend of terugkerend teveel aan seksuele fantasieën en verlangen naar seksuele activiteit.

(Fysieke) opwindingsstoornis:

- Lubricatie (vrouw): Aanhoudend of terugkerend onvermogen om de adequate lubricatie-zwelling respons (d.w.z. vochtig worden en opzwellen van de vagina) van seksuele opwinding te krijgen of in stand te houden tot het einde van de seksuele activiteit.

- Erectie (man): Aanhoudend of terugkerend onvermogen om de adequate erectie te krijgen of in stand te houden tot het einde van de seksuele activiteit.

(Subjectieve) opwindingsstoornis: Aanhoudend of terugkerend gebrek aan het gevoel opgewonden te zijn.

Orgasmestoornis: Aanhoudende of terugkerende vertraging, of ontbreken van een orgasme

volgend op een fase met een normale opwinding.

Voortijdige ejaculatie: Aanhoudende of terugkerende ejaculatie na minimale seksuele stimulatie voor, tijdens of kort na de penetratie en eerder dan de man het wil.

Snel orgasme (vrouw): Orgasme na minimale seksuele stimulatie en eerder dan de vrouw het wil.

Retrograde ejaculatie: Het optreden van een orgasmegevoel bij de man, zonder ejaculatie.

Verminderde kracht van ejaculatie: orgasmegevoel en een ejaculatie bij de man, maar de kracht van de ejaculatie is minder (dan voordien).

Dyspareunie: Terugkerende of aanhoudende genitale pijn samenhangend met de geslachtsgemeenschap bij man of vrouw.

Vaginisme: Terugkerende of aanhoudende onwillekeurige spasme van de spieren die het buitenste derde deel van de vagina omgeven, waardoor geslachtsgemeenschap wordt belemmerd of onmogelijk is.

Alles selecteren wat van toepassing is

- [ ] Seksuele aversie
- [ ] Verhoogd seksueel verlangen
- [ ] Verminderd seksueel verlangen
- [ ] Verminderd responsief verlangen
- [ ] Erectiele disfunctie
- [ ] Subjectieve opwindingsstoornis
- [ ] Orgasmestoornis
- [ ] Snel orgasme (vrouw)
- [ ] Voortijdige ejaculatie
- [ ] Retrograde ejaculatie

- [ ] Verminderde kracht van ejaculatie
- [ ] Lubricatiestoornis
- [ ] Dyspareünie
- [ ] Vaginisme
- [ ] Geen

*Kreeg u al te maken met volgende vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag?

Alles selecteren wat van toepassing is

- [ ] Kwetsende seksuele opmerkingen
- [ ] Op een kwetsende manier aangeraakt of vastgepakt worden
- [ ] Gedwongen om naakt te zijn
- [ ] Gedwongen om naar seksuele beelden te kijken
- [ ] Gedwongen tot masturbatie
- [ ] Gedwongen orale seks toe staan of uit te voeren
- [ ] Poging tot verkrachting
- [ ] Verkrachting
- [ ] Geen
- [ ] Anders:

*Hoe vaak heb je seks of geslachtsgemeenschap?

Kies één van de volgende antwoorden

- Nooit
- Minder dan 1 keer per maand
- 1 tot 3 keer per maand
- 1 of 2 keer per week
- Minstens 3 keer per week
- Dagelijks
- Meer dan 1 keer per dag

*Hoe vaak masturbeer je?

Kies één van de volgende antwoorden

- Nooit
- Minder dan 1 keer per maand
- 1 tot 3 keer per maand
- 1 tot 3 keer per week
- Dagelijks
- Meer dan 1 keer per dag

*Hoe vaak kijk je naar porno?

Kies één van de volgende antwoorden

- Nooit
- Minder dan 1 keer per maand
- 1 tot 3 keer per maand
- 1 tot 3 keer per week
- Dagelijks
- Meer dan 1 keer per dag

*Op welke leeftijd had u voor het eerst geslachtsgemeenschap?

Kies één van de volgende antwoorden

- 14 jaar of jonger
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21 jaar of ouder
- Nog geen geslachtsgemeenschap gehad

*Hoe heeft u uw eerste keer geslachtsgemeenschap ervaren?

Kies één van de volgende antwoorden

- ○ Eerder positief
- ○ Eerder negatief
- ○ Nog geen geslachtsgemeenschap gehad

*Wat was het leeftijdsverschil met je eerste seksuele partner?

Kies één van de volgende antwoorden

- ○ Geen leeftijdsverschil
- ○ 1 jaar leeftijdsverschil
- ○ 2 jaar leeftijdsverschil
- ○ Tussen 2 en 5 jaar leeftijdsverschil
- ○ Meer dan 5 jaar leeftijdsverschil
- ○ Meer dan 10 jaar leeftijdsverschil
- ○ Nog geen geslachtsgemeenschap gehad

*Heeft u zich ooit al laten testen op soa's?

Kies één van de volgende antwoorden

- ○ Ja
- ○ Nee

*Hoe vaak laat u zich testen op soa's?

Kies één van de volgende antwoorden

- ○ Meer dan maandelijks
- ○ Maandelijks
- ○ Om de paar maanden
- ○ Halfjaarlijks
- ○ Jaarlijks
- ○ Om de paar jaar
- ○ Nooit

*Indien u zich al liet testen op soa's, waar deed u dit?

Kies één van de volgende antwoorden

- ○ Bij mijn huisarts
- ○ Bij het instituut voor tropische geneeskunde
- ○ Niet van toepassing
- ○ Anders:

*Heeft u ooit de diagnose van een soa gekregen?

Kies één van de volgende antwoorden

- Ja
- Nee

*Heeft u een huisarts?

Kies één van de volgende antwoorden

- Ja
- Nee

*Indien u een huisarts heeft, vindt u het makkelijk om over seksuele gezondheid te spreken met uw huisarts?

Kies één van de volgende antwoorden

- Helemaal niet gemakkelijk
- Eerder niet gemakkelijk
- Neutraal
- Eerder gemakkelijk
- Heel gemakkelijk
- Niet van toepassing

*Indien u dit eerder niet of helemaal niet gemakkelijk vindt, wat is de reden?

Alles selecteren wat van toepassing is

- [ ] Anders:
- [ ] Ik vind het ongemakkelijk om over mijn seksuele gezondheid te spreken.
- [ ] Ik schaam mij voor mijn seksualiteit.
- [ ] Mijn seksuele gezondheid is privé.
- [ ] Ik heb het gevoel dat mijn huisarts mij veroordeelt.
- [ ] Mijn huisarts gebruikt niet-inclusieve of onjuiste taal wanneer hij of zij over seksualiteit bij LGBTQI+ spreekt.
- [ ] Mijn huisarts heeft onvoldoende kennis over mijn seksualiteit.
- [ ] Niet van toepassing

*Indien u een huisarts heeft, vindt u dat hij of zij over voldoende kennis en expertise beschikt om u te helpen met vragen over uw seksuele gezondheid?

Kies één van de volgende antwoorden

- ( ) Ja
- ( ) Nee
- ( ) Niet van toepassing

*Bij welke personen kan je terecht kan met vragen over seks?

Alles selecteren wat van toepassing is

- [ ] Anders:
- [ ] Moeder
- [ ] Vader
- [ ] Broer(s)
- [ ] Zus(sen)
- [ ] Partner
- [ ] Vrienden
- [ ] Huisarts

*Bij welke personen kan je terecht met vragen over relaties?

Alles selecteren wat van toepassing is

- [ ] Moeder
- [ ] Vader
- [ ] Broer(s)
- [ ] Zus(sen)
- [ ] Partner
- [ ] Vrienden
- [ ] Huisarts
- [ ] Anders:

Gegevensbescherming | Juridische mededeling

Goedkeuring commissie medische ethiek

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

JOHAN VANSINTEJAN
GENERAL MEDICINE (HUIS)

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Brussels, 2024-04-24

EC number: EC-2024-021

LEADING ETHICS COMMITTEE – SINGLE OPINION

Concerning :
Sexual health in LGBTQI+ and its discussability in the general practitioner's office

BUN: 1432024000020

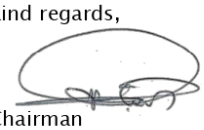
The Medical Ethics Committee of UZ Brussel/VUB reviewed the documents (see annex EC document list) concerning the above mentioned project from the ethical, legal and medical science points of view and in accordance with the Belgian Law of 7 May 2004 concerning experiments on the human person, Chapter VIII – Article 11 – § 4 : items 1 till 11

The Ethics Committee decided, during its meeting on 2024-04-24, that there are no objections to the study in its present form.

Please remark that the Green Light Procedure has to be completed before the study can be performed at UZ Brussel.

This approval is valid for the duration of the trial. The Committee wishes to obtain an annual trial status. Results of the trial should be transmitted to the Committee at the end of the trial (publication or summary if there is no publication planned). The Committee reminds the investigator of his/her personal responsibility for this project. The Committee does not take any responsibility for its favourable advice of the project. The Ethics Committee is organised and operates according to ICH-GCP and its applicable laws and regulations. The list of members is enclosed.

Kind regards,



Chairman
Vice-Chairman

Electronically signed by Audrey Van Scharen on 5/15/2024 2:52:17 PM (reviewed and approved)

Cc: FAGG, R&D department

Verklaring van gebruikte afkortingen

FRA	*European Union Agency for Fundamental Rights*
GAMESSS	*GAy MEn Sex StudieS*
LGBTQI+	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Intersex, +
MeSH	*Medical Subject Headings*
MSM	*Men who have sex with men*
PrEP	*Pre-Expositie Profylaxe*
Soa	*Seksueel overdraagbare aandoening*
SOC-8	*Standards of Care, versie 8*
TGD	*Transgender and Gender Diverse*
WHO	World Health Organization
WPATH	*World Professional Association for Transgender Health*
WSW	*Women who have sex with women*

Goedgekeurd protocol

DocuSign Envelope ID: 07EFFB8B-93D0-434B-85E4-C71F02A62BB3

Onderzoeksprotocol: "Seksuele gezondheid bij LGBTQI+ en bespreekbaarheid in de huisartsenpraktijk"

Promotor:
Prof. Dr. Johan Vansintejan, VUB

Co-promotor:
Dr. Madieke Maseman

Onderzoeker:
Dr. Allegra Nijs (HAIO, in kader van een masterthesis)

Naam van de studie:
"Seksuele gezondheid bij LGBTQI+ en bespreekbaarheid in de huisartsenpraktijk"

Introductie

Probleemstelling

De laatste jaren verschijnen LGBTQI+ (Lesbian, Gay, Transgender, Queer, Intersex, +) personen veel vaker in de media en populaire cultuur dan vroeger, maar toch blijft er op individueel niveau een stigma rond seksualiteit en verhoogde gezondheidsrisico's voor deze groep. Deze gezondheidsproblemen kunnen onder meer worden toegewezen aan stigma en discriminatie, maar ook aan het feit dat zorgverleners onvoldoende competent of comfortabel zijn om LGBTQI+ patiënten te behandelen. Ook seksuele gezondheid kan daardoor in het gedrang komen bij deze bevolkingsgroep. (1) Volgens de definitie van seksuele gezondheid van WHO omvat het niet alleen het fysieke, maar ook het emotionele, mentale en sociale aspect van seksualiteit. (2) Om seksuele gezondheid te kunnen bevorderen is het dus belangrijk dat zorgverleners er met een brede blik naar kijken en rekening houden met culturele en contextuele factoren.

De beschikbare wetenschappelijke gegevens met betrekking tot seksuele gezondheid in België zijn hoe dan ook beperkt, en de data die er zijn, zijn vooral gericht op de algemene bevolking. Doordat er steeds maar een klein percentage van de geïncludeerde personen in dergelijke studies LGBTQI+ zijn, schetsen ze vaak geen representatief beeld van de seksuele gezondheid binnen deze groep van mensen. Nochtans betreft het een grote groep mensen; volgens het Sexpert-onderzoek 10 jaar geleden is 3 à 7 % van de Vlaamse bevolking holebi (homoseksueel, lesbisch of biseksueel). (3) Dit komt neer op 200 000 à 500 000 mensen. (4) Er is dus een gebrek aan gegevens die de seksuele gezondheid van deze grote, maar gestigmatiseerde en gediscrimineerde groep, in kaart brengen.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is de seksuele gezondheid van LGBTQI + personen te inventariseren en te vergelijken met de seksuele gezondheid in de algemene bevolking in Vlaanderen zoals beschreven in het Sexpert onderzoek (3). Zo willen we enerzijds een overzicht bekomen van hoe LGBTQI+ personen hun seksuele gezondheid ervaren, en zullen we anderzijds de verschillen in kaart kunnen brengen tussen de seksuele gezondheid van

DocuSign Envelope ID: 07EFFB8B-93D0-434B-85E4-C71F02A62BB3

LGBTQI+ personen en die van de gehele Vlaamse bevolking. We zullen de gegevens die we bekomen ook vergelijken met bestaande gegevens met betrekking tot seksuele gezondheid in Nederland en eventueel ook in andere landen.

Daarnaast willen we onderzoeken of deze groep mensen bij hun huisarts terecht kan met problemen en vragen met betrekking tot seksuele gezondheid, en of ze hun huisarts er competent voor vinden.

Zo willen we een notie krijgen van de hiaten die de LGBTQI+ gemeenschap ervaart in de seksuele gezondheidszorg, en hopen we huisartsen en andere zorgverleners te sensibiliseren en motiveren om zich bij te scholen. Het kan een stap zijn in de richting van een inclusieve en gelijkwaardige gezondheidszorg voor deze minderheidsgroep.

Onderzoeksvragen

- Hoe is de seksuele gezondheid van LGBTQI+ personen in Vlaanderen in vergelijking met die van de algemene bevolking?
- Kunnen LGBTQI+ personen terecht met vragen rond seksuele gezondheid bij hun huisarts?

Methodologie

Onderzoeksdesign

Het studieopzet betreft een monocentrisch kwantitatief onderzoek, dat gebruik maakt van enquêtes die peilen naar de seksuele gezondheid van de LGBTQI+ gemeenschap in Vlaanderen en de bespreekbaarheid ervan bij hun huisarts. De vragenlijst zal behalve in het Nederlands eventueel ook nog vertaald en verspreid worden in het Engels en Frans. Dit doen we om ook zoveel mogelijk personen in Vlaanderen te kunnen includeren die geen Nederlands spreken.

Voorafgaand aan dit veldonderzoek zal er een literatuurstudie gebeuren. Deze zal vooral focussen op seksuele gezondheid in Vlaanderen, seksuele gezondheid van LGBTQI+ personen overal, en de bespreekbaarheid van seksuele gezondheid bij de huisarts, zowel voor de algemene bevolking als voor de LGBTQI+ gemeenschap.

Onderzoeksetting

Dit is een leeronderzoek dat kadert binnen de master na master opleiding Huisartsgeneeskunde.

Populatie

DocuSign Envelope ID: 07EFFB8B-93D0-434B-85E4-C71F02A62BB3

Het onderzoek zal uitgevoerd worden bij personen die zich identificeren als LGBTQI+, van alle leeftijden vanaf 18 jaar. Rekrutering zal gebeuren door de enquête te verspreiden op verschillende websites van LGBTQI+ organisaties in Vlaanderen. De doelgroep zal de enquête dus tegenkomen wanneer ze naar deze websites surfen. De organisaties die we zullen contacteren om de enquête op hun website te plaatsen, zijn onder andere çavaria, Wel Jong, Het Roze Huis, Antwerp Pride, Lumi, Transgender Infopunt, Regenbooghuis, Merhaba, Asexual, MSC Antwerpen, … Ook zullen de enquêtes verspreid worden bij patiënten van huisartsenpraktijk De Heuvel in Boechout.

Inclusiecriteria

Elke persoon die ouder is dan 18 jaar en die zich identificeert als deel van de LGBTQI+ gemeenschap.

Exclusiecriteria

Personen die jonger zijn dan 18 jaar en die zich identificeren als heteroseksueel én cis-gender.

Steekproefgrootte

We zullen trachten een 50-tal personen te includeren in de studie.

Methode

Datacollectie gebeurt door het laten invullen van een enquête met betrekking tot de volgende topics:

- Beschrijving en beoordeling van de eigen seksuele gezondheid door LGBTQI+ personen
- Bespreekbaarheid van de seksuele gezondheid door LGBTQI+ personen bij de huisarts

Deze enquêtes zullen worden verspreid via websites van bekende LGBTQI+-organisaties zoals onder andere çavaria, Wel Jong, Het Roze Huis, Antwerp Pride, Lumi, Transgender Infopunt, Regenbooghuis, Merhaba, Asexual, MSC Antwerpen, ... De enquête zal ook verspreid worden bij patiënten van huisartsenpraktijk De Heuvel in Boechout. De enquête zal bestaan uit meerkeuzevragen. Het grootste deel van deze vragen zijn overgenomen vanuit eerder wetenschappelijk onderzoek. Respondenten zullen de enquêtes online kunnen invullen. Dit zal volledig anoniem gebeuren en ongeveer 10 minuten tijd in beslag nemen. Er wordt gebruik gemaakt van LimeSurvey, een online enquêteplatform. Anonimiteit kan op dit platform gegarandeerd worden doordat er een anonieme linkt wordt gebruikt, de antwoorden anoniem worden opgeslagen en IP-adressen niet worden opgeslagen. Ook zal

DocuSign Envelope ID: 07EFFB8B-93D0-434B-85E4-C71F02A62BB3

het tijdstip van de inzending worden uitgezet, zodat de deelnemers op geen enkele manier aan de antwoorden gekoppeld kunnen worden.

Wanneer we de resultaten van de enquête hebben gebundeld, zullen we deze eerst beschrijvend in kaart brengen. Daarna zullen we de resultaten vergelijken met de resultaten van de Sexpert studie. Deze is online terug te vinden. Zo zullen we een vergelijking kunnen maken tussen seksuele gezondheid in de algemene bevolking en deze van LGBTQI+ personen. Op deze manier zullen we een zicht krijgen op de verschillen tussen deze specifieke gemeenschap en de gehele Vlaamse bevolking. Nadien zullen we ook kort de verschillen beschrijven met de seksuele gezondheid in Nederland zoals gedocumenteerd is in het onderzoek van Hanneke De Graaf uit 2017. Ook zullen we met onze resultaten een overzicht verkrijgen van hoe deze gemeenschap de bespreekbaarheid van diens seksuele gezondheid ervaart in de huisartsenpraktijk.

Data-analyse en -collectie

De data zullen worden samengezet in een Excel file. Het databestand levert kwantitatieve waarden op die gebruikt kunnen worden voor een beschrijvende analyse. De beschrijvende analyse zal in Excel gebeuren door de onderzoeker. Er zal geen verdere statistische exploratie van verbanden plaatsvinden.

De data zal gedurende 20 jaar veilig bewaard worden in de databank van de VUB.

Ethische aspecten

Een aanvraag bij het Ethisch Comité wordt op … ingediend.
Er wordt een informatieformulier opgesteld dat kort uitleg over het doel van de studie geeft en voorafgaand aan de vragenlijst verschijnt.
Deelname is vrijwillig en anoniem.

Er wordt geen gebruik gemaakt van een schriftelijk toestemmingsformulier, gezien de studie volledig anoniem verloopt.

Praktische organisatie (timeline)

- December 2023: Indienen aanvraag ethisch Comité
- April - December 2024: datacollectie door middel van enquêtes
- Jan 2025 – April 2025: data-analyse
- Mei 2025: indienen eindrapport

Verzekering

De technische fiche voor de verzekeringsaanvraag is ingevuld en bijgevoegd bij de aanvraag voor de ethische commissie.

Referenties

(1) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33985704/
(2) "WHO: Reproductive health" from the original on 2012-07-09.
(3) Sexpert onderzoek – Alexis Dewaele et al. 2013
(4) https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/bevolking/bevolking-omvang-en-groei

Prof. dr. Johan Vansintejan

DocuSigned by:
Prof. Dr. Johan Vansintejan
A0198C77C2A44EB...

Dr. Madieke Maseman

DocuSigned by:
19B3D30D48A84C8...