Seksueel risicogedrag van reizigers die een reizigersadviescentrum bezochten

M. Croughs (1), A. van Gompel (2), E. de Boer (1) en J. van den Ende (2)

1. Reizigerszorg en soabestrijding, GGD Hart voor Brabant, 's-Hertogenbosch, e-mail: m.croughs@ggdhvb.nl.
2. Reizigerszorg, Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen, België en Tropische Geneeskunde, Universiteitsziekenhuis, Antwerpen, België.

Samenvatting: GGD Hart voor Brabant heeft in samenwerking met het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen door middel van een anonieme vragenlijst het seksuele risicogedrag bestudeerd van reizigers die voor hun reis een reizigersadviescentrum hadden bezocht. Er werden 1907 reizigers geïncludeerd, een respons van 55%. Van hen had 4,7% seks met een nieuwe partner, waarvan 63,1% afkomstig was uit het land van bestemming. Van degenen die seks hadden had 52,4% (vrouwen 75%) dit niet verwacht, gebruikte 30,9% niet of niet altijd condooms en was 41% niet gevaccineerd voor hepatitis B. Risicofactoren voor reisgebonden seks waren reizen zonder vaste partner (OR 14,4), het verwachten van seks op reis (OR 9,2), het hebben van losse seksuele contacten in eigen land (OR 2,4), niet-toeristische reizen (OR 2,2), mannelijk geslacht (OR 2,1), het lezen van de soa-informatie (OR 2,0) en reizen naar Zuid- en Midden-Amerika (OR 2,0). Voorspellende factoren van beschermde seks waren het meenemen van condooms (OR 5,4) en het lezen van de soa-informatie (OR 3,3). We concluderen dat elke cliënt van een reizigersadviescentrum die zonder partner gaat reizen geadviseerd zou moeten worden om de soa-informatie te lezen, condooms mee te nemen en hepatitis B-vaccinatie te overwegen.

In 2 recente overzichtsartikelen werd geconcludeerd dat het hebben van seksuele contacten op reis een belangrijke en toenemende oorzaak van het vóórkomen van soa is (1,2). Het percentage reizigers met nieuwe seksuele contacten op reis varieert van 6 tot 56%, het condoomgebruik daarbij van 24 tot 75% (3,4,5). De kans om daarbij een soa op te lopen is vrij groot door de vaak hoge soaprevalenties ter plaatse. Reizigers zijn zich hier niet altijd van bewust. Van de sekstoeristen naar Thailand gebruikt maar 30 tot 40% condooms, ondanks het feit dat bijna de helft van de prostitué(e)s in Thailand met hiv besmet is (1). Daarnaast bestaat het risico op introductie van een tropische soa zoals bijvoorbeeld lymphogranuloma venereum dat tot 2005 een zeldzame aandoening in Europa was. Aangezien reizigers met reisgebonden seks ook in eigen land meer partners hebben kunnen deze soa zich snel verder verspreiden (6). Het risico neemt toe doordat mensen steeds meer en verder reizen. Ongeveer de helft van de intercontinentale reizigers krijgt reisadvies (7). Het doel van dit onderzoek was het seksuele risicogedrag van deze reizigers te bestuderen.

Methode

Aan alle reizigers die het reizigersadviescentrum van GGD Hart voor Brabant of het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen (ITG) bezochten tussen 1 juni en 31 juli (31 augustus voor het ITG) 2005 werd een anonieme vragenlijst gestuurd. Deze werd ontwikkeld en getest in een informele voorstudie. Exclusiecriteria waren leeftijd jonger dan 16 jaar (18 jaar in het ITG), een reisduur van meer dan 4 weken of vertrek later dan 6 weken na het reisadvies en onvoldoende kennis hebben van de Nederlandse taal. De vragen betroffen geslacht, leeftijd, scholing, duur van de reis, land van bestemming, soort reis, reis met vaste partner, hepatitis B-bescherming, verwachtingen over seksueel contact met een nieuwe partner, losse seksuele contacten in eigen land, gebruik van condooms bij losse contacten en het meenemen van condooms op deze reis. Een vaste partner werd gedefinieerd als een persoon met wie men een (seksuele) relatie had voor de reis. Verder werd gevraagd of het soarisico was besproken en/of de soa-informatie in de folder met algemene gezondheidsadviezen, die elke klant ontvangt tijdens het consult, was gelezen. Aan hen die seks met een nieuwe partner hadden gehad werd gevraagd naar condoomgebruik, de afkomst van de partner en voorafgaand gebruik van alcohol of drugs. Er werd niet gevraagd of de nieuwe partner een prostitué(e) was, omdat reizigers dat niet altijd beseffen (2). De gegevens werden geanalyseerd met SPSS voor Windows (SPSS, version 14, Chicago, IL). Chikwadraattest werd toegepast voor de bivariate analyse en logistische regressie voor de multivariate analyse. Hiervoor werden alleen de significante variabelen ($P<0,05$) gebruikt (8).

Tabel 1. Kenmerken deelnemers van de steekproef, N=1907.

		Percentage
Geslacht	Man	45
Leeftijd	16-20 j	12
	21-25 j	26
	26-30 j	20
	31-40 j	24
	41-50 j	18
Hoogste afgeronde opleiding	Lagere school	1
	Middelbaar onderwijs	39
	Hogere beroeps opleiding	36
	Universiteit	24
Duur van de reis	≤ 7 d	3
	8 - 14 d	35
	15 - 21 d	37
	22 –31 d	25
Bestemming	Sub-Sahara Afrika	24
	Azië	23
	Turkije	21
	Zuid-Amerika	11
	Midden-Amerika	10
	Noord-Afrika	9
	Westerse landen	3
Soort reis	Zaken	4
	Studie	1
	Bezoek van vrienden of familie	6
	Toeristisch, georganiseerde reis	54
	Toeristisch, niet georganiseerde reis	35
Reis met vaste partner	Ja	61
Hepatitis B	Gevaccineerd voor deze reis	27
	Eerder gevaccineerd of bekend met doorgemaakte hepatitis B	18
	Nooit gevaccineerd en niet bekend met doorgemaakte hepatitis B	55
Verwachtte seks met een nieuwe partner	Ja	4
Heeft losse seksuele contacten in eigen land	Ja	40
Gebruikt in eigen land condooms met losse partners	Ja	25
	Soms	9
	Nee	6
	N.v.t.: Heeft geen losse contacten	60
Nam condooms mee op deze reis	Ja	25
Soarisico besproken tijdens consult	Ja	39
Soa-informatie gelezen	Ja	50
Had seks met een nieuwe partner op reis	Ja	4,7

Resultaten

Van de 3462 verzonden vragenlijsten werden er 1907 (55%) teruggestuurd (1298 van de GGD en 609 van het ITG). De leeftijdsverdeling, het geslacht en de reisbestemming van de GGD-subgroep kwam overeen met die van de totale groep reizigers die in deze periode reisadvies kreeg bij de GGD (n=3199). Tabel 1 toont de basiskenmerken van de steekproef.

Van de respondenten had 4,7% seks met een nieuwe partner, 31% daarvan gebruikte niet of niet altijd condooms en 41% was niet beschermd tegen hepatitis B. In 63% van de gevallen ging het om een lokale partner en 79% had seks na het gebruik van alcohol of drugs. Er was geen verschil in condoomgebruik tussen mannen en vrouwen. Mannen hadden vaker een lokale partner (71% tegen 38%; $p<0,05$) en bij vrouwen vond de seks vaker plaats na het gebruik van alcohol of drugs (95% tegen 73%; $p<0,05$). Van degenen die vóór de reis seks verwachtten had 48% dit ook, maar 49% van de mannen en 75% van de vrouwen die seks hadden, had dat niet verwacht ($p<0,05$).

Tabel 2 Percentage dat seksueel contact had met een nieuwe partner (bivariate analyse, N=1907).

		Seksueel contact in %		p
Geslacht (% dat seks verwachtte)	Man	7,6	(7,9)	<0,05
	Vrouw	2,3	(1,3)	
Leeftijd	16-20 jaar	3,9		>0,05
	21-25 jaar	5,2		
	26-30 jaar	5,0		
	31-40 jaar	5,0		
	41-50 jaar	3,8		
Hoogste afgeronde opleiding	Lagere school	0,0		>0,05
	Middelbaar onderwijs	3,7		
	Hogere beroepsopleiding	6,5		
	Universiteit	3,7		
Duur van de reis	≤ 7 d	10,0		<0,05
	8 - 14 d	3,3		
	15 - 21 d	4,6		
	22-31 d	6,0		
Bestemming (% dat seks verwachtte)	Sub-Sahara-Afrika	3,8	(2,7)	<0,05
	Azië	5,2	(3,9)	
	Turkije	3,9	(4,9)	
	Zuid-Amerika	10,1	(5,5)	
	Midden-Amerika	7,0	(6,8)	
	Noord-Afrika	0,0	(1,2)	
	Westerse landen	0,0	(2,0)	
Soort reis	Zaken	10,3		<0,05
	Studie	9,1		
	Bezoek van vrienden of familie	10,0		
	Toeristisch, georganiseerde reis	3,5		
	Toeristisch, niet georganiseerde reis	5,0		
Reis met vaste partner (% dat seks verwachtte)	Ja	0,3	(0,6)	<0,05
	Nee	11,4	(10,1)	
Hepatitis B	Gevaccineerd voor deze reis	6,5		<0,05
	Eerder gevaccineerd of bekend met doorgemaakte hepatitis B	5,7		
	Nooit gevaccineerd en niet bekend met doorgemaakte hepatitis B	3,5		
Verwachtte seks met een nieuwe partner	Ja	47,6		<0,05
	Nee	2,8		
Heeft losse seksuele contacten in eigen land	Ja	9,8		<0,05
	Nee	1,3		
Gebruikt in eigen land condooms met losse partners	Ja	8,9		<0,05
	Soms	16,1		
	Nee	4,7		
	N.v.t.: Heeft geen losse contacten	1,3		
Nam condooms mee op deze reis	Ja	10,4		<0,05
	Nee	2,7		
Soarisico besproken tijdens consult	Ja	6,0		<0,05
	Nee	3,9		
Soa-informatie gelezen	Ja	6,3		<0,05
	Nee	3,1		

Tabel 2 toont het percentage dat seksueel contact had met een nieuwe partner. Het percentage blijkt zeer laag onder degenen die met hun partner reizen, terwijl dit meer dan 11% is onder degenen die zonder partner reizen. Leeftijd en opleiding hebben geen invloed op het risicogedrag.

De verschillende factoren zijn echter niet onafhankelijk van elkaar; bij heel korte reizen gaat het bijvoorbeeld vaker om zakenreizen door mannen, die zonder partner reizen. Daarom werd een multivariate analyse uitgevoerd met alle significante factoren. Geslacht, bestemming, soort reis, reis zonder partner, verwachting over seks, het hebben van losse contacten in eigen land en het lezen van de soa-informatie

Tabel 3. Onafhankelijke voorspellers voor nieuw seksueel contact (logistische regressie, N=1690).

		Odds Ratio	95% Betrouwbaarheids Interval
Geslacht	Man	2,1	3,7-1,2
Bestemming*	Hoogrisicobestemming	2,0	1,2-3,5
Soort reis	Zaken- of studiereis en bezoek van familie en vrienden	2,2	1,2-4,1
Reis met vaste partner	Nee	14,4	5,2-41,3
Verwachtte seks met nieuwe partner	Ja	9,2	5,0-16,9
Heeft losse seksuele contacten in eigen land	Ja	2,4	1,3-4,6
Heeft de soa-informatie in de folder gelezen	Ja	2,0	1,2-3,5

*** Hoogrisico (= Zuid- en Midden-Amerika) vergeleken met matig risico (= Turkije, sub-Sahara-Afrika en Azië) .**

bleken onafhankelijke voorspellers voor het hebben van nieuwe seksuele contacten op reis (tabel 3). Reizigers naar Noord-Afrika en Westerse landen konden niet gebruikt worden voor de logistische regressie omdat niemand van hen seks met een nieuwe partner had op deze reis.
De enige voorspellers voor condoomgebruik waren het meenemen van condooms (OR 5,4 95% BI 1,7-17,0) en het lezen van de soa-informatie (OR 3,3 95% BI 10,0-1,1). Het gebruik van condooms was niet geassocieerd met geslacht, leeftijd, opleiding, bestemming, soort reis, hepatitis B-vaccinatie, de verwachting over seks, de afkomst van de partners, het gebruik van alcohol of drugs voor de seks of het bespreken van het soarisico voor de reis.

Discussie

Dit onderzoek toont aan dat reizigers die onze reizigersadviescentra bezochten substantieel seksueel risicogedrag vertoonden. Meestal was dit onverwacht, bijna eenderde gebruikte niet of niet altijd condooms en meestal ging het om seks met een lokale partner. Reizen zonder partner en het verwachten van seks werden geïdentificeerd als de belangrijkste risicofactoren, terwijl reizen met een vaste partner de beste bescherming bleek te zijn. Het lezen van de soa-informatie en het meenemen van condooms waren de enige voorspellers van condoomgebruik. Het aantal personen met seksueel risicogedrag was in alle tropische landen hoger dan het aantal personen dat seks verwachtte, met uitzondering van Noord-Afrika. De verwachtingen over het hebben van seks waren het hoogst voor Midden-Amerika, maar het feitelijke risicogedrag was het hoogst in Zuid-Amerika, wat suggereert dat lokale factoren hierin een rol spelen. In vergelijking met de groep toeristen bleek het risicogedrag onder niet-toeristische reizigers significant hoger en overeenkomend met het hoge risicogedrag van bezoekers van vrienden en familie (9).

Hoewel 69% altijd condooms gebruikte betekent dit niet dat ze geen enkel risico liepen. Condooms beschermen niet voor 100% tegen alle soa en we hebben geen informatie over de manier waarop ze gebruikt werden (10). Veel klanten op onze soaspreekuren vermelden bijvoorbeeld consequent condoomgebruik maar blijken ze niet te gebruiken bij genito-orale contacten. In tegenstelling tot Bloor vonden wij geen verschil in condoomgebruik tussen mannen en vrouwen (11).
Het meenemen van condooms bleek de belangrijkste voorspeller van het gebruik ervan, misschien omdat ze niet altijd te verkrijgen zijn op het moment dat het nodig is en soms zelfs niet verkocht worden aan ongetrouwde personen of homoseksuele mannen (12). Bovendien kan de kwaliteit van lokaal geproduceerde condooms minder zijn (6). De enige andere voorspeller van het gebruik van condooms was het lezen van de soa-informatie.

Dit onderzoek heeft verschillende mogelijke zwakheden. Omdat de studie volledig anoniem was, hebben we geen gegevens over non-respondenten. Ze berust op de nauwkeurigheid van zelfgerapporteerde gegevens en de veronderstelling dat de respondenten representatief zijn voor de doelgroep. In de antwoordformulieren ontbraken bijna geen antwoorden en we nemen aan dat ze eerlijk waren gezien het feit dat alles anoniem was.
Het feit dat het onderzoek aangekondigd werd kan de resultaten beïnvloed hebben. We veronderstellen dat zowel de adviseurs als de reizigers zich meer bewust waren van risico's en er meer aandacht aan besteedden dan onder normale omstandigheden. Dit betekent dat het risicogedrag in normale omstandigheden hoger zou zijn geweest. We hebben geen informatie over de manier waarop het soarisico besproken werd; dit kan variëren van het advies om seks te vermijden tot informatie over de hivprevalentie in een

bepaald gebied. We verkozen de soa-informatie niet te standaardiseren om zo goed mogelijk het normale reisadvies te benaderen.
Aangezien de doelgroep uit Nederlanders en Belgen bestond, zou het kunnen dat er een verschil in risicogedrag werd gevonden, bijvoorbeeld door een andere seksuele opvoeding. Het risicogedrag in de ITG-steekproef was hoger, maar voor de subgroepen met of zonder partner was dit hetzelfde in beide landen. Het verschil bleek uitsluitend te wijten aan het grotere aantal ITG-cliënten dat zonder partner reisde. Het enige relevante verschil tussen GGD en ITG was het feit dat de responders van het ITG vaker tegen hepatitis B gevaccineerd waren door de verschillende vaccinatiestrategieën in de landen. De reizigers naar Westerse landen in dit onderzoek zijn niet representatief omdat deze normaal gesproken geen reisadvies inwinnen.
Vervolgonderzoek is nodig om na te gaan of gestructureerd soa-advies aan hoogrisicoreizigers het risicogedrag vermindert en hoe dit in het reizigersspreekuur geïmplementeerd kan worden.

Conclusie

Uit deze studie blijkt dat reizigers die reisadvies kregen substantieel seksueel risicogedrag vertoonden. Reizen zonder vaste partner en het verwachten van seks op reis waren de belangrijkste risicofactoren. Het lezen van de soa-informatie en het meenemen van condooms bleken de enige voorspellers voor condoomgebruik. We zouden dan ook aan élke reiziger die zonder vaste partner vertrekt adviseren om condooms mee te nemen en de soa-informatie te lezen. Dit advies zou niet beperkt mogen worden tot de groep die seks verwacht aangezien het grootste deel van degenen die seks hadden dit niet verwachtten.

Wij danken I. van de Goor, Universiteit van Tilburg, L. Apers, ITG, en de docenten van de cursus “Public Health onderzoek in de context van de GGD Infectieziektenbestrijding” voor hun waardevolle suggesties.

Literatuur

1. Matteelli A, Carosi G. Sexually transmitted diseases in travellers. Clin.Infect.Dis. 2001;32(7):1063-7.
2. Ward BJ, Plourde P. Travel and sexually transmitted infections. J Travel Med 2006;13(5):300-17.
3. Rogstad KE. Sex, sun, sea, and STIs: sexually transmitted infections acquired on holiday. BMJ 2004;329(7459):214-7.
4. Cabada MM, Echevarria JI, Seas CR et al. Sexual behavior of international travellers visiting Peru. Sex Transm.Dis. 2002;29(9):510-3.
5. Bellis MA, Hughes K, Thomson R, Bennett A. Sexual behaviour of young people in international tourist resorts. Sex Transm.Infect. 2004;80(1):43-7.
6. Marrazzo JM. Sexual tourism: implications for travellers and the destination culture. Infect.Dis.Clin.North Am. 2005;19(1):103-20.
7. Van Herck K, Van Damme P, Castelli F et al. Knowledge, attitudes and practices in travel-related infectious diseases: the European airport survey. J.Travel.Med. 2004;11(1):3-8.
8. de Vocht A. Basishandboek SPSS 12 voor windows. Utrecht, The Netherlands : Bijleveld Press ; 2005.
9. Leder K, Tong S, Weld L et al. Illness in travellers visiting friends and relatives: a review of the GeoSentinel Surveillance Network. Clin Infect Dis 2006;43(9):1185-93.
10. Memish ZA, Osoba AO. Sexually transmitted diseases and travel. Int.J.Antimicrob.Agents 2003;21(2):131-4.
11. Bloor M, Thomas M, Hood K et al. Differences in sexual risk behaviour between young men and women travelling abroad from the UK. Lancet 1998;352(9141):1664-8.
12. Poelman J, van Hasselt N. Jongeren en veilig vrijen op vakantie. SOA bulletin 1996;17(2):8-11.