

VRAGEN OVER AIDS BIJ DE HUISARTS

**Ongerustheid en angst van niet-seropositieve patiënten
in de periode 1988-1993**

**M.A.W. Moons
L. Peters**

Mei 1994



NIVEL
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

**Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
(NIVEL) - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon 030 - 319946**

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Moons, M.A.W.

Vragen over Aids bij de huisarts : Vragen over Aids bij de huisarts : ongerustheid en angst van niet-seropositieve patiënten in de periode 1988-1993 /
M.A.W. Moons, L. Peters. - Utrecht : Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

ISBN 90-6905-248-2

Trefw.: AIDS ; voorlichting / AIDS ; huisartsgeneeskunde.

Tekstverwerking en lay-out
Omslag

Bernadette Kamphuys
Mieke Cornelius

INHOUD

VOORWOORD	5
1. DOEL EN VRAAGSTELLINGEN VAN HET ONDERZOEK	6
1.1 Inleiding	6
1.2 De vraagstellingen	8
1.3 De opbouw van het rapport	10
2. DE OPZET VAN DE GEGEVENSVERZAMELING	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Representativiteit van CMR Peilstations Nederland	11
2.3 De registratie van 'Vragen over AIDS bij de huisarts'	16
3. EEN BEELD VAN DE INHOUD VAN DE CONTACTEN WAARIN AIDS TER SPRAKE IS GEKOMEN	18
3.1 Inleiding	18
3.2 Een beschrijving van de besproken onderwerpen	18
3.3 Een beschrijving van de handelingen van de huisarts	22
3.4 Een beschrijving van de contacten naar onderscheiden patiëntkenmerken	25
3.5 De verbanden tussen de hulpvragen, de handelingen van de huisarts en de patiëntkenmerken	30
3.6 Een onderscheid tussen eerste contacten en vervolgcontacten	33
4. VRAGEN OVER AIDS IN DE HUISARTSPRAKTIJK	37
4.1 Inleiding	37
4.2 Het aantal contacten waarin AIDS ter sprake is gekomen	37
4.3 Geografische patronen in de inhoud van de contacten waarin AIDS aan de orde is gekomen	39

5. VERANDERINGEN IN DE TIJD: 1988-1993	43
5.1 Inleiding	43
5.2 Een trend in het aantal AIDS-gerelateerde contacten	43
5.3 Een trend in de inhoud van de AIDS-gerelateerde contacten	46
 6. BESCHOUWING	 51
6.1 Inleiding	51
6.2 De contacten waarin AIDS aan de orde is gekomen	52
6.3 De HIV-antistoffentest	55
 LITERATUUR	 58
 BIJLAGEN	 61
1 De aanvullende vragenlijst	
2 Het test-uitslagformulier	

VOORWOORD

Voor u ligt het verslag van het registratie-project 'Vragen over AIDS bij de huisarts'. Sinds 1988 worden er door de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland, een landelijk netwerk van huisartsen, gegevens verzameld over contacten tussen huisartsen en patiënten waarin vragen over AIDS (of bezorgdheid hiervoor) zijn besproken. Doel van deze registratie is om inzicht te verschaffen in de AIDS-gerelateerde hulpvragen bij huisartsen van patiënten die niet aan AIDS lijden en niet (bewezen) seropositief zijn. Hierbij is niet alleen de mate waarin huisartsen met dergelijke vragen geconfronteerd worden, maar zijn ook de besproken onderwerpen, enkele kenmerken van de patiënten en de door de huisartsen ondernomen handelingen geregistreerd. In dit rapport worden de gegevens van 5 jaar registratie, namelijk over de periode april 1988 tot april 1993, gepresenteerd.

De toegekende subsidie van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, na een voordracht door de Programma coördinatie commissie AIDS-onderzoek (PccAo), maakte het mogelijk om de gegevens, die in het kader van dit project door de CMR Peilstations Nederland zijn verzameld, uitgebreider te analyseren.

We willen op deze plaats alle Peilstationartsen bedanken voor het invullen van weekstaten en aanvullende vragenlijsten. Verder willen we de volgende NIVEL-medewerkers bedanken: Bernadette Kamphuys voor de secretariële ondersteuning bij de rapportage, Elly Colet en Marianne Heshusius-van Valen, die op het secretariaat van de Peilstations de gegevens hebben verzameld, Aad Bartelds, projectleider van het Peilstationproject, en Jan Kerssens voor zijn statistische adviezen.

Mei 1994

1. DOEL EN VRAAGSTELLINGEN VAN HET ONDERZOEK

1.1 Inleiding

De huisarts bevindt zich in principe in een gunstige positie om een bijdrage te kunnen leveren aan de preventie en voorlichting op het gebied van AIDS. Ook de gesprekken en begeleiding van patiënten bij het al dan niet laten verrichten van een HIV-antistoffentest kan tot deze preventieve en voorlichtende taak worden gerekend.

In een persoonlijk contact tussen arts en patiënt, zou de huisarts goed kunnen inspelen op individuele vragen en op ongerustheid met betrekking tot AIDS* en seropositiviteit. Een huisarts is immers veelal bekend met de achtergronden van een patiënt. Er is zelfs vaak sprake zijn van een vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. Daarnaast heeft een huisarts de mogelijkheid van een terugkerend contact met de patiënt. Met name voor vragen en ongerustheid van de niet als HIV-seropositief bekend staande patiënten zou de huisarts een rol van betekenis kunnen spelen.

Preventie en voorlichting zijn nog altijd de belangrijkste wapens tegen het humaan immunodeficiëntie virus. Aan het functioneren van de huisarts op dit gebied en aan de mate waarin de huisarts met vragen en ongerustheid van zijn patiënten hieromtrent wordt geconfronteerd is zowel in de nationale als internationale literatuur echter nog weinig aandacht besteed. Onderzoek heeft zich in Nederland met name gericht op kennis en attitude van huisartsen ten aanzien van AIDS (Veehof, onderzoek in afronding), en op de werkbelasting en verleende zorg aan seropositieven en AIDS-patiënten binnen de huisartspraktijk (o.a. Meijman, 1990). In een onderzoek onder bezoekers van anonieme testlocaties is wel ingegaan op de vraag waarom deze respondenten voor de test juist niet voor de huisarts hebben gekozen (Leenaars e.a., 1992). Met name de wens dat de huisarts (en eventuele familie) niet op de hoogte komt van de testuitslag blijkt een belangrijk aspect te zijn dat tot deze keuze heeft bijgedragen. Daarnaast werd ook vermeende ondeskundigheid van de huisarts als motivering opgegeven.

Over de HIV-antistoffentest en de rol die de huisarts daarbij vervult zijn wel enkele publikaties verschenen. Binnen het registratie-project Eurosentinel

* Met het oog op de leesbaarheid van de tekst wordt in dit rapport steeds de term AIDS gebruikt, terwijl daarmee veelal ook bedoeld wordt op HIV en seropositiviteit. Dus daar waar bijvoorbeeld staat 'vragen over AIDS' zou ook kunnen worden gelezen 'vragen over besmetting met het HIV'.

(Institute of Hygiene and Epidemiology, 1993), waarbij Peilstationnetwerken uit verschillende landen van Europa zijn aangesloten, zijn over de periode '90-'92 gegevens verzameld over dit onderwerp. Deze gegevens laten zien dat het aantal HIV-antistoffentesten dat bij de Nederlandse huisartsen wordt afgesproken veel lager ligt dan dat van de ons omringende landen. Een mogelijke verklaring voor dit verschil zou kunnen liggen bij het terughoudende beleid dat in Nederland wordt gevoerd ten aanzien van het testen op HIV. Maar niet alleen in hun testbeleid verschillen de Europese landen van elkaar. Ook het al dan niet aanwezig zijn van alternatieve testlocaties en de rol die huisarts vervult binnen de gezondheidszorg verschilt van land tot land en kan daarmee van invloed zijn op het aantal testen bij de huisarts.

Dat er ook binnen Nederland zelf behoorlijke verschillen kunnen bestaan tussen het aantal HIV-antistoffentesten waarmee een huisarts te maken heeft blijkt wanneer de gegevens van het Amsterdamse Peilstationproject, waaraan door 31 praktijken wordt meegewerkt, worden vergeleken met die van de CMR Peilstations Nederland: Gemiddeld ligt het aantal testen van de Nederlandse huisartsen lager dan dat van zijn Amsterdamse collega (Wigersma, 1990-2).

Preventieve en voorlichtende taken van de huisarts op het gebied van AIDS houden meer in dan alleen de HIV-antistoffentest. Uit twee Engelse onderzoeken naar de werkbelasting van huisartsen in verband met AIDS (Naij e.a., 1989; Gallagher e.a., 1990) kwam naar voren dat de contacten met verontruste patiënten een belangrijk onderdeel zijn van de werkbelasting van huisartsen: respectievelijk 67% en 88% van de consulten in het kader van HIV en AIDS zijn afkomstig van patiënten die om informatie en geruststelling bij de huisarts komen. Uit een onderzoek in de Verenigde Staten (Brody e.a., 1992) onder de homoseksuelen met 'laag risico-gedrag' (n=176) kwam naar voren dat 15% zich regelmatig ongerust maakt over een mogelijke HIV-besmetting en dat 17% van de respondenten in de afgelopen twee jaar bij de huisarts was geweest om gerustgesteld te worden. De auteurs pleiten voor meer aandacht voor deze verscholen 'andere kant van de AIDS-epidemie'. Andere Amerikaanse onderzoeken ondersteunen de noodzaak van alertheid, openheid en een actieve houding bij de huisarts (Epstein, 1991; Gerbert e.a., 1990). In het onderzoek van Epstein bleek bijna de helft van de respondenten de behoefte te hebben gehad om het onderwerp AIDS met de huisarts te bespreken, terwijl slechts 8% dit ook daadwerkelijk had uitgevoerd. Het onderzoek van Gerbert (Gerbert e.a., 1990) vertoont een vergelijkbaar beeld.

In deze buitenlandse literatuur wordt voor de verontruste, maar gezonde, patiënten ook wel de term 'worried well' gebruikt. Definiëring van dit begrip is niet eenduidig. Miller (Miller, 1986) gebruikt de term aanvankelijk voor personen die risico hebben gelopen en zich, hoewel er geen aanwijsbare sympto-

men zijn, overbezorgd tonen voor het ontwikkelen van AIDS. Green (Green e.a., 1989) breidt de betekenis van de term later uit tot personen die op de hoogte zijn van hun seronegatieve status en objectief gezien ook weinig risico hebben gelopen, maar zich desondanks toch zorgen blijven maken. Een deel van hen noemt hij 'hypochonders' of 'psychiatrisch zieken met een overmatige bezorgdheid voor AIDS'. Daarnaast beschrijft hij 'misunderstanders' en 'mensen met een onopgeloste schuld over hun sexueel gedrag'. Bij veel onderzoeken wordt, afhankelijk van de onderzoekspopulatie, aan de term 'worried well' een eigen interpretatie gegeven. Ook in het onderzoek van Brody (Brody e.a., 1992) onder 'bezorgde homoseksuelen met laag risico-gedrag' is dit bijvoorbeeld het geval.

Ingegeven door de behoefte meer te weten te komen over het werkelijke functioneren van de huisarts bij de preventie en voorlichting ten aanzien van de ziekte AIDS is het registratie-project 'Vragen over AIDS bij de huisarts' opgezet. Rond de start van deze registratie, in 1988, hadden de preventie- en voorlichtingsprogramma's ter bevordering van de kennis over AIDS en veilig gedrag al vorm gekregen. Deze zijn in Nederland zowel gericht op de algemene bevolking via de massamedia, als op specifieke doelgroepen via hun eigen kanalen. En omdat AIDS (met name in de beginperiode) veel gemarginaliseerde bevolkingsgroepen heeft getroffen is een belangrijke doelstelling van het voorlichtingsbeleid ook het creëren van een maatschappelijk draagvlak voor de AIDS-bestrijding, hieronder begrepen het tegengaan van discriminatie van groepen met (risico op) HIV-infectie (Houweling e.a., 1993).

Voorlichtings- en preventieprogramma's kunnen niet op alle individuele vragen en onzekerheid rond AIDS een antwoord geven. Een belangrijke doelstelling van deze programma's is ook om de mensen bewust te maken van risico's om met HIV besmet te worden. Voorlichtingsprogramma's kunnen dan ook juist onzekerheid en angst bij de mensen te weeg brengen. Interessant is dan ook de vraag hoe de rol van de huisarts op het gebied van de preventie- en voorlichting op het gebied van AIDS er uit ziet. In de volgende paragraaf worden de opzet van dit onderzoek en de vraagstellingen die hierin centraal staan beschreven.

1.2 De vraagstellingen

Sinds 1988 worden er door de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland, een landelijk netwerk van huisartsen, gegevens verzameld over contacten tussen huisartsen en patiënten waarin vragen over AIDS of bezorgdheid hiervoor zijn besproken. Doel van deze registratie is om inzicht te

verschaffen in de AIDS-gerelateerde hulpvragen bij huisartsen van patiënten die niet aan AIDS lijden en niet (bewezen) seropositief zijn. Hiervoor zijn door de huisartsen niet alleen gegevens verzameld over het aantal AIDS-gerelateerd contacten, maar zijn ook de besproken onderwerpen, enkele kenmerken van de patiënten en de door de huisartsen ondernomen handelingen naar aanleiding van de hulpvragen door de huisartsen geregistreerd.

Daar er nog weinig bekend is over de mate waarin het onderwerp AIDS tijdens de contacten tussen huisartsen en (niet-seropositieve) patiënten aan de orde wordt gesteld en wat er tijdens deze contacten besproken wordt, heeft dit onderzoek vooral een beschrijvend karakter.

Aan de hand van de verzamelde gegevens wordt een beeld geschetst van de inhoud van de contacten. Hierbij komt aan de orde:

- A. Welke onderwerpen worden er besproken tussen huisarts en patiënt?
Wordt er bijvoorbeeld gesproken over de HIV-antistoffentest, over klachten of over algemene informatie betreffende AIDS? Wie brengt het onderwerp AIDS ter sprake?
- B. Welke handelingen onderneemt de huisarts?
Wordt er bijvoorbeeld informatie of een gedragsadvies gegeven? Wordt er een testafpraak gemaakt?
- C. Om welke patiënten gaat het bij deze contacten?
Hoe is de verhouding mannen-vrouwen, welke leeftijdscategorie komt hiervoor relatief vaak bij de huisarts? Wat kan er worden gezegd over mogelijke risico-categorieën?
- D. Welke samenhang is er tussen deze drie bovengenoemde aspecten?
Welke patiënten stellen welke vragen, wat onderneemt de huisarts na een bepaalde hulpvraag?

Naast de gegevens op contact-niveau zijn ook een aantal kenmerken van de aan de registratie deelnemende huisartspraktijken bekend, zoals provinciegroep, urbanisatiegraad en de omvang van de praktijkpopulatie. Door de contactgegevens per praktijk bijeen te nemen is het ook mogelijk iets te zeggen over de belasting van de huisarts en kunnen geografische patronen worden beschreven. Op praktijkniveau komen de volgende vragen aan de orde:

- E. In welke mate worden huisartsen met vragen over AIDS geconfronteerd?
Op wiens initiatief (huisarts of patiënt) wordt dit onderwerp aan de orde gesteld?
- F. In hoeverre bestaan verschillen naar urbanisatie-grad en provinciegroep in het aantal contacten per praktijk en in de inhoud van de contacten?

Eerdere rapportage over het project 'vragen over AIDS bij de huisarts' heeft plaatsgevonden na anderhalf jaar registreren (Moons e.a., 1990). In dit rapport zullen de gegevens van 5 jaar registratie worden gepresenteerd. Een belangrijke doelstelling van het onderzoek is dan ook om vast te stellen of en zo ja welke veranderingen er in de afgelopen 5 jaar zijn opgetreden in contacten tussen huisarts en patiënt waarin AIDS ter sprake is gekomen. Door de verzamelde gegevens per kwartaal bijeen te nemen is het mogelijk om te analyseren of er sprake is van trends. De volgende vraagstelling staat hierbij centraal:

- G. Welke ontwikkelingen doen zich wat betreft bovengenoemde aspecten voor in de periode van april 1988 tot april 1993?

1.3 De opbouw van het rapport

In het volgende hoofdstuk, hoofdstuk 2, wordt ingegaan op de opzet van de gegevens verzameling en op het registratie-netwerk van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. Meer specifiek wordt de werkwijze, de representativiteit en de samenstelling van het netwerk ten tijde van de registratie beschreven.

In hoofdstuk 3 wordt een beschrijving gegeven van de inhoud van de contacten, door de drie onderscheiden aspecten hiervan (besproken onderwerpen, handelingen van de huisarts en patiëntkenmerken) apart en in samenhang met elkaar te bespreken. De vraagstellingen A tot en met D komen in dit hoofdstuk aan de orde. In hoofdstuk 4 worden de gegevens op een ander analyse-niveau gepresenteerd. Nadat de gegevens op praktijkniveau bijeen zijn genomen wordt ingegaan op het gemiddeld aantal contacten per praktijk en op verschillen hierin naar provinciegroep en urbanisatie-graad (vraagstellingen E en F). In hoofdstuk 5 staan de ontwikkelingen in de tijd centraal (vraagstelling G). Op kwartaalniveau wordt gezocht naar trends in het aantal en in de inhoud van de contacten. In hoofdstuk 6, tenslotte, worden de bevindingen samengevat en worden enkele conclusies getrokken.

2. DE OPZET VAN DE GEGEVENSVERZAMELING

2.1 Inleiding

Registratie van de gegevens voor dit onderzoek heeft plaatsgevonden binnen het registratienetwerk van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland.

De basis van dit registratienetwerk, dat al sinds 1970 functioneert, ligt in de huisartspraktijk. Door de deelnemende huisartsen, de peilstationartsen, wordt wekelijks een formulier ingezonden, waarop bepaalde ziektebeelden, gebeurtenissen en verrichtingen worden gerapporteerd. Elk jaar wordt de lijst met onderwerpen die op deze 'weekstaat' worden geplaatst opnieuw vastgesteld. Soms wordt een onderwerp voor een jaar op de weekstaat geplaatst, soms voor langere tijd. Het aantal onderwerpen op de weekstaat varieerde in de periode 1988-1993 tussen de 12 en 16 per jaar.

Naast de registratie van onderwerpen op de weekstaten vinden er ook incidentele onderzoeken plaats en worden er voor een beperkt aantal onderwerpen door de huisartsen aanvullende vragenlijsten ingevuld. Voor de incidentele onderzoeken wordt er aan het einde van het registratiejaar aan de arts een vragenlijst voorgelegd over niet frequent voorkomende ziekten of gebeurtenissen in de praktijk. Gedacht kan hierbij worden aan onderwerpen als 'het verzoek om euthanasie' of 'het voorkomen van lymfe disease'.

Voor de onderzoeken met een aanvullende vragenlijst vult de huisarts naast de weekstaat ook een formulier in met enkele gegevens van een arts-patiënt-contact. Ook voor het onderwerp 'Vragen over AIDS bij de huisarts' wordt door de huisartsen een aanvullende vragenlijst ingevuld. Dit vindt al plaats sinds 1988. Ook voor 1994 is de registratie van 'Vragen over AIDS bij de huisarts' gecontinueerd.

De ingezonden gegevens worden (per week) op het secretariaat van het CMR Peilstations Nederland centraal verzameld en gecontroleerd. Wanneer gegevens niet of onvolledig zijn ingevuld wordt contact gezocht met de betreffende huisarts.

2.2 Representativiteit van CMR Peilstations Nederland

De representativiteit van de praktijkpopulatie

Bij de samenstelling van het netwerk van huisartspraktijken is rekening gehouden met een regionale spreiding en met een spreiding over gebieden

met een verschillende graad van urbanisatie. Er is hierbij gestreefd naar een steekproef van ongeveer 1% van de Nederlandse bevolking.

Elke twee jaar worden de populaties van de deelnemende huisartspraktijken geteld. Op deze wijze kan worden nagegaan of aan dit uitgangspunt nog steeds wordt voldaan en kent men de populatie (ook naar geslacht en leeftijdsopbouw) waarop de verzamelde gegevens betrekking hebben. Vergelijking van de praktijkellingen met de bevolkingsgegevens van Nederland (Centraal Bureau voor de Statistiek, 1992) voor 1992 laat zien dat aan de nagestreefde 1% dekking in grote lijnen nog wordt voldaan (Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland, 1993). Er is sprake van oververtegenwoordiging van de noordelijke provincies (1.4% van de peilstationpopulatie in plaats van 1%) en van praktijken op het platteland (1.3%). Ook zijn er aanwijzingen dat er een geringe veroudering optreedt in de peilstationpopulatie: vergeleken met eerdere tellingen treedt er in de jongere leeftijdscategorieën ondervertegenwoordiging op en in de oudere leeftijdscategorieën oververtegenwoordiging ten opzichte van de Nederlandse bevolking.

De representativiteit van de deelnemende praktijken

In tabel 2.1 wordt een volledig overzicht gegeven van het aantal deelnemende huisartspraktijken over de jaren '88-'93.

Tabel 2.1 Het aantal praktijken (en het aantal huisartsen) naar provinciegroep en urbanisatiegraad, dat in de periode van 1988 tot en met 1993 deel uitmaakt(e) van het Peilstationnetwerk

	1988	1989	1990	1991	1992	1993
<u>provinciegroep</u>						
noord	6 (10)	6 (10)	6 (10)	6 (10)	6 (10)	6 (10)
oost	8 (10)	8 (10)	8 (10)	8 (10)	8 (10)	11 (13)
west	21 (28)	21 (28)	20 (28)	19 (29)	19 (29)	19 (28)
zuid	10 (14)	10 (13)	10 (13)	10 (14)	10 (14)	10 (14)
<u>urbanisatiegraad</u>						
plattelandsgemeenten	6 (9)	6 (9)	6 (10)	6 (10)	6 (10)	6 (10)
verstedelijkte gemeenten	26 (39)	26 (38)	25 (37)	25 (39)	24 (37)	27 (39)
steden >100 000 inw.	13 (14)	13 (14)	13 (14)	12 (14)	13 (16)	13 (16)
Nederland totaal	45 (62)	45 (61)	44 (61)	43 (63)	43 (63)	46 (65)

Voor 1992 is het mogelijk om een vergelijking te maken met gegevens over Nederland (Hingstman e.a., 1992). Een geografische vergelijking (naar provinciegroep en urbanisatiegraad) van de gegevens van de Peilstations met cijfers voor Nederland is weergegeven in tabel 2.2.

Tabel 2.2 Peilstationnetwerk vergeleken met Nederland naar provinciegroep en urbanisatiegraad: 1992

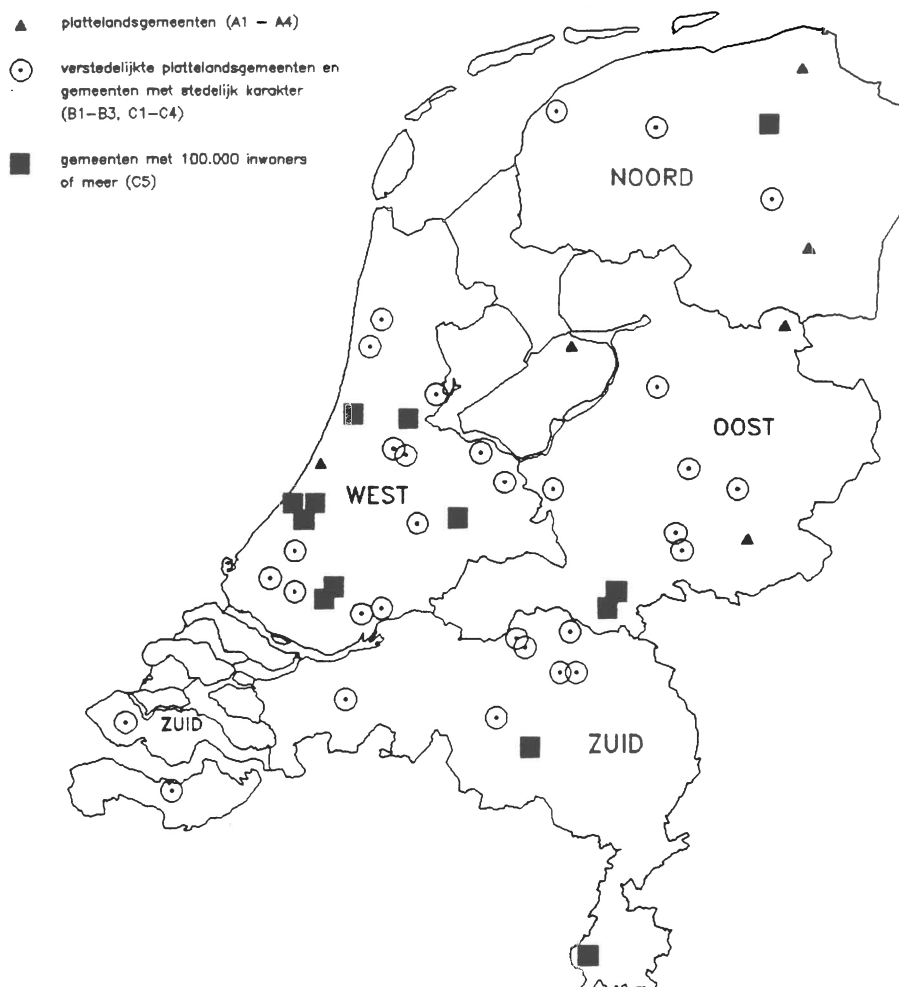
	gegevens over de praktijken			gegevens over de huisartsen		
	Ned.	Peilstat.	verschil	Ned.	Peilstat.	verschil
<u>provinciegroep</u>						
noord	549	6	1.1%	702	10	1.4%
oost	959	8	0.8%	1333	10	0.8%
west	2155	19	0.9%	2934	29	1.0%
zuid	1112	10	0.9%	1566	14	0.9%
<u>urbanisatiegraad</u>						
plattelandsgemeenten	559	6	1.1%	713	10	1.4%
verstedelijkte gemeenten	3017	24	0.8%	4173	37	0.9%
steden >100 000 inw.	1199	13	1.1%	1649	16	1.0%
Nederland totaal	4775	43	0.9%	6535	43	1.0%

Het aantal peilstationartsen blijkt ook ongeveer overeen te komen met 1% van het aantal gevestigde huisartsen in Nederland (Hingstman e.a., 1992). In 1992 waren er in Nederland 4775 huisartspraktijken en 6563 praktizerende huisartsen. Uit de tabel komt naar voren dat er sprake is van een oververtegenwoordiging (naar praktijk) in de provinciegroep 'noord' en in de laagste en hoogste urbanisatiegraad.

De veranderingen die in 1993 in het Peilstationnetwerk hebben plaatsgevonden (Tabel 2.1), waaronder drie nieuwe peilstations in de provinciegroep 'oost' en behorend tot 'de verstedelijkte gemeenten', zijn dan ook aanvullingen die de representativiteit ten goede komen.

In Figuur 2.1 zijn alle deelnemende peilstations weergegeven; de onderscheiden provinciegroep en urbanisatie-grad kan hieruit worden afgelezen.

Figuur 2.1 De deelnemende peilstations: urbanisatiegraad en provincie-groep



noord : Groningen, Friesland, Drenthe
 oost : Overijssel, Flevoland, Gelderland
 west : Utrecht, Noord Holland, Zuid Holland
 zuid : Zeeland, Limburg, Noord Brabant

De validiteit en volledigheid van de verzamelde gegevens

De samenstelling van een zo representatief mogelijk netwerk is op zich nog geen garantie voor een betrouwbaar gegevensbestand. Wordt er door de peilstations gemeten wat er bedoeld wordt te meten en zijn deze gegevens volledig?

Deelname aan het Peilstationnetwerk vindt plaats op basis van vrijwilligheid. Van de participerende huisartsen mag dan ook enige motivatie worden verondersteld met betrekking tot het registreren. In de commissie die jaarlijks de lijst met te registreren onderwerpen vaststelt zijn ook de peilstationartsen vertegenwoordigd, zodat zij ook invloed hebben op de inhoud van de registratie. Bij het vaststellen van deze lijst worden aan de te registreren onderwerpen eisen gesteld ten aanzien van de te verwachten werkbelasting van de huisarts. De onderwerpen dienen ook duidelijk gedefinieerd te zijn, zodat verschillen in interpretatie tussen de huisartsen worden beperkt.

Ondanks dit alles is onder- of overrapportage niet volledig uit te sluiten. Het is immers de huisarts die van hetgeen zich in zijn praktijk aan hem presenteert een rapportage maakt. Bij deze stap van presentatie naar registratie kan een 'bias' ontstaan (Bartelds, 1993). Validering van de verzamelde gegevens kan zowel intern, door bovengenoemde randvoorwaarden en controle van de binnenkomende gegevens op het secretariaat, als extern, door vergelijkingen met soortgelijke registratiegegevens, plaatsvinden.

Voor het onderwerp 'Vragen over AIDS bij de huisarts' zijn vergelijkingen slechts beperkt mogelijk. Een soortgelijke registratie heeft in 1986 plaatsgevonden in Den Haag (Nijhuis e.a., 1987) en in de periode 1988-1990 in de regio Zuid-Kennemerland (GGD Zuid-Kennemerland, 1990, GGD Zuid-Kennemerland, 1991). De cijfers van Den Haag blijken overeen te komen met die van de Peilstations Nederland. De cijfers van Zuid-Kennemerland liggen iets hoger.

De peilstationartsen werken en rapporteren niet alle dagen van het jaar. Gemiddeld blijkt er over 89% van het aantal dagen in het jaar te worden gerapporteerd. De gemiddelde uitval was in 1992 29 dagen. Een uitsplitsing naar solo- en combinatiepraktijken laat een duidelijk verschil zien, namelijk respectievelijk 38 en 15 dagen. De grootste uitval zit in de periode van de zomervakantie en rond de feestdagen in december. Bij de presentatie van de weekstaatgegevens (in de jaarverslagen van de Peilstations Nederland) wordt hiervoor gecorrigeerd. In dit onderzoeksverslag is hier vanaf gezien: Er is hierbij vanuit gegaan dat niet alleen de huisartsen in deze perioden minder vaak aanwezig zijn, maar dat dit ook geldt voor de patiënten en daarmee voor het aantal potentiële hulpvragen. Een correctie voor onderrapportage voor deze perioden zou in feite een vertekening van het aantal contacten opleveren.

2.3 De registratie van 'Vragen over AIDS bij de huisarts'

Sinds 1988 staat het onderwerp 'vragen over AIDS' op de weekstaat van de CMR Peilstations Nederland. Sinds april 1988 vullen de huisartsen ook een aanvullende vragenlijst in. Er wordt door de peilstationartsen geregistreerd, wanneer het onderwerp AIDS gedurende een consult of visite (de peilstations registreren alleen de face-to-face contacten) op enigerlei wijze ter sprake is gekomen. Registratie vindt niet meer plaats vanaf het moment waarop patiënten (na een positieve bevestigingsreactie) besmet blijken met het HIV: de laatste melding in dergelijke gevallen betreft dan bijvoorbeeld het contact met de patiënt waarin de positieve uitslag van de bevestigingsreactie voor het eerst ter sprake komt.

In Bijlage I is het registratie-formulier opgenomen dat na elk AIDS-gerelateerd contact door de huisarts is ingevuld. Op dit formulier vermelden de huisartsen enkele gegevens over de patiënt (geboortejaar, geslacht, eventueel mogelijke risico-categorie) en enkele gegevens over het betreffende contact (de week waarin dit plaatsvond, is AIDS voor het eerst met patiënt besproken of is het gesprek een vervolg op een eerder contact). Daarnaast staan er op het formulier enkele voorgecodeerde gespreksonderwerpen en handelingen van de huisarts vermeld. Zo kan bijvoorbeeld worden aangegeven dat er gesproken is over de HIV-antistoffentest of over onzekerheid naar aanleiding van (incidentele) seksuele contacten, danwel dat de huisarts een gedragsadvies heeft gegeven of een lichamelijk onderzoek heeft verricht. Het formulier laat ook ruimte aan de huisarts om toelichtingen te geven.

De ingevulde vragenlijsten worden door de huisartsen naar het Peilstation-secretariaat verstuurd. Wanneer een HIV-antistoffentest wordt uitgevoerd betekent dit doorgaans dat de uitslag van de test pas enkele weken later bekend is. Vanuit het Peilstation-secretariaat wordt daarvoor 'een testuitslagformulier' (zie Bijlage II) verzonden naar de huisarts. Deze zendt dit weer terug wanneer de uitslag bekend is. Vanuit het secretariaat wordt er controle uitgeoefend op weekstaatvermelding, het ontvangen van een aanvullende vragenlijst, eventuele melding van een HIV-antistoffentest en het ontvangen van het testuitslagformulier.

Voor dit onderzoek zijn de gegevens geanalyseerd van de aanvullende vragenlijsten (én testuitslagformulieren) van de periode april '88-'93. De vijf registratiejaren lopen vanaf het tweede kwartaal van 1988 tot en met het eerste kwartaal van 1993.

In totaal hebben over deze gehele periode 50 peilstations aan de registratie meegewerkt: er haakten peilstations af en er kwamen weer nieuwe peilstations

bij. De continuïteit binnen het peilstationproject is overigens hoog: Elk jaar bleef 90 tot 95% van de peilstations deelnemen aan de registratie.

Bij de berekenen van de gegevens is met deze wisselingen in de samenstelling van het netwerk rekening gehouden. Dit is althans met name van belang bij de presentatie van gegevens op praktijkniveau, zoals bijvoorbeeld in hoofdstuk 4. Bij de berekening van het relatieve aantal contacten per peilstation is aan elk peilstation een factor toegekend die de duur van de deelname aangeeft. Een peilstation dat vijf jaar heeft geregistreerd krijgt de waarde '5' en een peilstation dat bijvoorbeeld pas in 1993 is gaan deelnemen de waarde '0.25'.

Tijdens de analyses bleek één van de peilstations met deze laatste waarde nogal afwijkende (hoge) resultaten te geven. Daar gezien de korte duur van de registratie (gegevens over één kwartaal) niet goed kan worden overzien of dit een reële afwijking is, is besloten om dit peilstation bij de analyses op praktijkniveau en bij de trend-analyses buiten beschouwing te laten.

3. EEN BEELD VAN DE INHOUD VAN DE CONTACTEN WAARIN AIDS TER SPRAKE IS GEKOMEN

3.1 Inleiding

De eerste drie paragrafen van dit hoofdstuk zijn beschrijvend van aard. Achtereenvolgens wordt er aandacht besteed aan drie aspecten van de contacten tussen huisartsen en patiënten waarin AIDS ter sprake is gekomen. Deze aspecten zijn; de besproken onderwerpen (paragraaf 3.2), de handelingen van de huisarts (paragraaf 3.3) en enige patiëntkenmerken (paragraaf 3.4). In de daarop volgende paragraaf (3.5) wordt een poging gedaan om vanuit deze beschrijvingen te komen tot een samenhangend beeld van de AIDS-gerelateerde contacten, door patronen en onderlinge samenhang van deze drie aspecten te schetsen. In paragraaf 3.6 tenslotte wordt ingegaan op (mogelijke) verschillen tussen contacten waarin AIDS voor de eerste maal door patiënt en huisarts wordt besproken en contacten waarin dit onderwerp al vaker aan de orde is geweest.

Het gaat in dit hoofdstuk om gegevens op contactniveau over de vijf registratiejaren tezamen. In deze periode zijn er door de deelnemende huisartsen 1082 contacten geregistreerd waarin vragen of ongerustheid over AIDS zijn besproken. Het ging hierbij alleen om de contacten van niet als seropositief bekend staande patiënten.

3.2 Een beschrijving van de besproken onderwerpen

Tijdens verreweg de meeste contacten is het de patiënt die het onderwerp AIDS ter sprake brengt (89.2%). Bij 6.7% van de contacten neemt de huisarts het initiatief omdat de patiënt de indruk wekte zich zorgen te maken over AIDS of de AIDS-problematiek en bij 4.1% van de contacten is het de huisarts die geheel op eigen initiatief het onderwerp AIDS bij de patiënt naar voren brengt.

Wanneer er wordt gekeken naar de inhoud van de contacten waarin AIDS aan de orde komt, dan blijkt dat het verzoek om een HIV-antistoffentest het meest besproken onderwerp is tijdens deze arts-patiënt contacten: Over 5 jaar betreft dit 66.8% van alle contacten (Tabel 3.1).

Bij 21.1% van alle contacten wordt gesproken over symptomen van AIDS en bij 26.2% brengt de patiënt zelf klachten die hij of zij heeft in verband met AIDS. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om moeheid, algemene malaise, huidaan-

doeningen, klieropzettingen of diarree. Deze typische niet-specifieke klachten baren deze patiënten zorgen. Daarnaast echter is er een (kleine) groep patiënten die klachten als 'ontstoken tandvlees', 'rode ogen' of 'chronische keelpijn' als een mogelijk voorteken van AIDS beschouwen.

Tabel 3.1 De onderwerpen die tijdens de contacten worden besproken. Er waren meerdere antwoorden mogelijk. Gegevens op contactniveau (n=1082).

aard van de hulpvraag	over vijf jaar registratie	
	abs.	%
verzoek om een HIV-antistoffentest	723	66.8%
vraag over symptomen, diagnose, behandeling	228	21.1%
klacht door patiënt i.v. gebracht met AIDS	283	26.2%
vraag i.v.m. incidenteel sexueel contact	281	26.0%
vraag i.v.m. vast sexueel contact	265	24.5%
vraag i.v.m. niet-sexueel contact	62	5.7%
vraag algemeen	40	3.7%
vraag overig	69	6.4%
geen onderwerp geregistreerd	26	2.4%

Slechts in een beperkt aantal gevallen deelt de huisarts deze bezorgdheid met de patiënt: bij 7.4% van de contacten waarin de patiënt zich ongerust maakt ziet ook de huisarts in de klachten een mogelijke indicatie voor een HIV-infectie (21 op de 283 contacten).

Daar de onderwerpen 'vraag over symptomen, diagnose of behandeling' en 'klacht door patiënt in verband gebracht met AIDS' veel op elkaar lijken en overlap vertonen (53%) worden zij in dit rapport verder gecombineerd in het (nieuwe) onderwerp 'vragen over mogelijke AIDS-klachten': bij 31.6% (335) van de contacten komt deze hulpvraag ter sprake.

Voor vragen over sexuele contacten is er op het formulier een onderscheid gemaakt tussen vragen over 'incidentele sexuele contacten' en 'vaste sexuele contacten'. Hierbij moet uitdrukkelijk de kanttekening worden gemaakt dat de opzet hiervan was om een indruk te krijgen van hetgeen er tijdens de arts-patiëntcontacten waarin AIDS aan de orde komt wordt besproken. Een exacte afbakening van begrippen als 'incidenteel' en 'vast' is dan ook niet gegeven, maar aan de interpretatie van de registrerende artsen overgelaten. Aan de hand van de toelichtingen die de huisartsen bij deze twee hulpvragen hebben gegeven krijgt het gemaakte onderscheid inhoud (Tabel 3.2).

Uit de registratie blijkt overigens dat het aantal contacten (Tabel 3.1) waarin één van deze twee onderwerpen wordt besproken elkaar niet veel ontloopt: respectievelijk 26.0% en 24.5% van de contacten.

Tabel 3.2 Een beeld van de onderwerpen die aan de orde kwamen bij vragen in verband met incidentele en vaste seksuele contacten. Gegevens op contactniveau

toelichting op besproken onderwerpen	absolute aantallen
<u>incidentele contacten</u>	
veilig vrijen en incidentele seksuele contacten	126
risico's van incidentele seksuele contacten in het verleden	141
risico's van incidentele seksuele contacten in het buitenland	47
overig	7
onbekend	16
	337
<u>vaste contacten</u>	
veilig vrijen binnen een vaste relatie	29
zekerheid ivm een nieuwe vaste relatie	82
zekerheid ivm een (geplande) zwangerschap	17
gelopen risico's agv gedrag vaste partner	57
gelopen risico's agv gedrag voormalige vaste partner	59
risico om vaste partner te besmetten agv eigen gedrag	43
overig	4
onbekend	6
	297

Bij vragen over incidentele seksuele contacten komen met name onderwerpen aan de orde als

'heb ik risico gelopen door mijn seksuele contact in de afgelopen vakantie? '...zoveel jaar geleden een one-night-stand met iemand waarvan ik eigenlijk niets weet, hoeveel risico is er', 'ik hoor nu dat iemand waar ik geleden een korte relatie heb gehad seropositief is /drugsgebruiker is....'.

Bij vragen over vaste seksuele contacten gaat het gesprek opvallend vaak over het verkrijgen van zekerheid over eerder gelopen risico's in verband met de start van een nieuwe relatie. In iets mindere mate wordt ook een (geplande) zwangerschap hierbij betrokken. Daarnaast worden er vragen gesteld over te lopen risico's of gelopen risico's als gevolg van het seksuele gedrag van partners of voormalige partners. Hieruit blijkt ook weer dat het gemaakte onderscheid tussen incidentele en vaste contacten kunstmatig is: Een vaste partner maakt zich bijvoorbeeld zorgen naar aanleiding van de incidentele

contacten van de partner. Enkele illustraties van toelichtingen bij de 'vaste' seksuele contacten:

'start van nieuwe relatie; samen afgesproken dat beiden een test zullen laten doen', 'partner wil binnen relatie geen condooms gebruik ondanks het feit dat hij ook nog andere 'losse' contacten heeft'.

Daar deze twee onderwerpen (incidenteel versus vaste seksuele contacten) niet veel overlap blijken te vertonen (11%) en bij de statistische analyses verschillende effecten blijken te hebben, wordt ook in de rest van deze rapportage het onderscheid tussen beide onderwerpen, hoe arbitrair dan ook, gehandhaafd.

Het aantal contacten waarin onderwerpen aan de orde komen als 'algemeen informatieve vragen', 'vragen over niet-seksuele contacten' en de rubriek 'overig' zijn klein: respectievelijk 5.7%, 3.7% en 6.4%. Bij 'vragen over de niet-seksuele contacten' kan vooral worden gedacht aan vragen over het bezoeken of verzorgen van AIDS-patiënten of aan vragen over bloed-bloed contact; bijvoorbeeld bij een prik-incident van een spelend kind of aan vragen over mogelijke risico's bij het uitoefenen van een beroep. Bij de 'algemene informatieve vragen' gaat het om vragen die niet direct betrekking hebben op de patiënt zelf. Om een voorbeeld te noemen; 'hoeveel AIDS-patiënten hebt u in uw praktijk?'.

Gezien de kleine aantallen van deze drie onderwerpen met een algemeen en informatief karakter zijn deze met het oog op verdere analyses samengevoegd tot één hulpvraag: algemeen/informatief (14.8%: 160 contacten).

Bij 2.4% van alle contacten is geen onderwerp van gesprek geregistreerd: Bij iets meer dan de helft daarvan (15 van de 22 contacten) gaat het om contacten waarin de huisarts aanleiding zag om geheel op eigen initiatief AIDS ter sprake te brengen.

Veelal gaat het tijdens de contacten om een combinatie van hulpvragen: Bij 46.1% van de contacten werd één hulpvraag gesteld, bij 43.3% werden twee hulpvragen besproken en bij 8.3% meer dan twee. In tabel 3.3 wordt een overzicht gegeven van de 'top 5' van de meest besproken (combinaties van) onderwerpen.

Tabel 3.3 De meest besproken onderwerpen en combinaties van onderwerpen. Gegevens op contactniveau (n=1082)

besproken onderwerpen: alleen of in combinaties		%
1	'testverzoek'	24.4%
2	'testverzoek' + 'vraag i.v.m. vast sexueel contact'	12.3%
3	'testverzoek' + 'vraag i.v.m. incidenteel sexueel contact'	8.8%
4	'AIDS klacht'	8.7%
5	'testverzoek' + 'AIDS klacht'	7.6%

Dat de HIV-antistoffentest tijdens veel van de AIDS-gerelateerde contacten een belangrijke plaats inneemt is ook al eerder vermeld. Bij bijna een kwart van alle contacten waarin AIDS ter sprake komt wordt alleen dit onderwerp besproken en bij 42.2% wordt de HIV-antistoffentest in combinatie met andere onderwerpen aangeroerd. De combinatie met 'vragen over vaste seksuele contacten' blijkt in de 'top 5' een tweede plaats in te nemen (Tabel 3.3). Uit kruistabellen waarmee de statistische samenhang tussen de verschillende onderwerpen is getoetst komt naar voren dat deze twee onderwerpen ook statistisch gezien samenhangen ($p < .001$, $\phi = .11$).

Uit deze analyses blijkt ook dat het bespreken van een HIV-antistoffentest een negatieve samenhang vertoont met 'vragen over AIDS klachten' en 'algemeen/informatieve vragen' (respectievelijk $p < .001$, $\phi = .29$ en $p < .001$, $\phi = .27$). In contacten waarin deze onderwerpen worden besproken wordt er, minder vaak dan zou worden verwacht, ook over een HIV-antistoffentest gesproken.

3.3 Een beschrijving van de handelingen van de huisarts

Nadat in de vorige paragraaf de tijdens de AIDS-gerelateerde contacten besproken onderwerpen zijn beschreven wordt er in deze paragraaf nader ingegaan op de handelingen van de huisarts naar aanleiding van deze besproken onderwerpen. Op het registratieformulier zijn een zestal handelingen onderscheiden. Tabel 3.4 geeft een overzicht van de door de huisarts verzamelde gegevens.

Tabel 3.4 De handelingen van de huisarts. Er waren meerdere antwoorden mogelijk. Gegevens op contactniveau (n=1082).

aard van de handelingen	abs.	%
afspraken voor een HIV-antistoffentest	626	57.9%
geven van informatie	866	80.0%
geven van gedragsadvies	318	29.4%
lichamelijk onderzoek verrichten	160	14.8%
patiënt doorverwijzen	44	4.1%
overige hulpverlening	67	6.2%

Ook bij de handelingen van de huisarts blijkt de HIV-antistoffentest belangrijk te zijn. In 57.9% van de contacten wordt tussen huisarts en patiënt een test-afspraken gemaakt. Daarnaast is met name de informerende en adviserende functie van de huisarts van belang. Bij 80% van de contacten geeft de huisarts informatie over AIDS en bij 29.4% van de contacten geeft de huisarts een gedragsadvies. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het 'veilig vrij'-advies en het advies om 'het aantal seksuele partners te beperken'. Met name dit eerste advies wordt veel gegeven: bij 72% van de adviezen gaat het om dit advies. Bij één derde van de contacten waarin de huisarts een gedragsadvies geeft worden er twee adviezen gegeven. Het gaat daarbij in alle gevallen om de combinatie van een eerste advies om 'veilig te vrijen' en om een tweede advies om 'het aantal seksuele partners te beperken'.

Het doen van lichamelijk onderzoek vindt plaats bij 14.8% van de contacten. Bij het verwijzen naar een andere instantie (4.1%, 44x) kan worden gedacht aan verwijzingen naar een internist (15x), een ander somatisch specialisme (10x), of naar het RIAGG, overige GGZ, AMW of een categorale hulporganisatie. Het gaat bij deze laatste verwijzingen om kleine aantallen (<10x).

'Overige hulpverlening' heeft met name betrekking op het voeren van gesprekken over achterliggende problemen van de gepresenteerde hulpvraag van de patiënt.

Op de HIV-antistoffentest wordt hier wat nader ingegaan. Op het registratieformulier was er voor de huisarts gelegenheid om aan te geven wat volgens hem de reden was (of de redenen waren) voor de beslissing van de patiënt om wel of niet te laten testen. Onderstaande tabel (Tabel 3.5) geeft een overzicht. Er konden meerdere redenen worden opgegeven.

De meest genoemde reden om niet te laten testen is volgens de artsen, dat het gelopen risico erg klein is. Bij een aantal contacten (27.3% van de 1082 contacten) is een HIV-antistoffentest tijdens het gesprek tussen arts en patiënt geheel niet aan de orde geweest. Ook wanneer deze contacten buiten beschouwing worden gelaten is 'kans nihil' nog het belangrijkste motief om

niet te testen. Daarnaast zijn er een aantal contacten waarin de patiënt na het gesprek met de huisarts van een test afziet of de beslissing uitstelt; 76 en 116 van de contacten. Wanneer de beslissing wordt uitgesteld kan dit zijn omdat de patiënt nog meer bedenktijd nodig heeft of omdat het moment waarop er een mogelijke besmetting met het virus heeft plaatsgevonden tekort geleden is. In het vijfde jaar van de registratie zijn deze twee argumenten voor uitstel apart genoteerd; Beide argumenten blijken ongeveer even belangrijk te zijn om de beslissing uit te stellen (55% bedenktijd - 45% te kort geleden).

Geruststelling is veruit de belangrijkste reden om wél een HIV-antistoffentest af te spreken (478x). Tweede in rangorde van vóórkomen is 'een reële kans op besmetting' (115x). Dat het testen voor een externe instantie niet vaak als reden wordt genoemd bij de huisarts is niet zo verwonderlijk. De eigen huisarts mag immers voor verzekeringen, hypotheeken en dergelijke niet als 'testlocatie' fungeren en volgens de regels van de CMR Peilstationregistratie wordt er alleen geregistreerd voor patiënten uit de eigen praktijk. Voor de contacten waarin toch een 'externe instantie' wordt opgevoerd als reden om te laten testen kan worden gedacht aan eisen van bijvoorbeeld

'nodig voor huwelijk met buitenlander, voor adoptie van een kind uit het buitenland of voor de toelating tot een meditatie-cursus'.

Tabel 3.5 De motieven om wel of niet te testen. Er waren meerdere antwoorden mogelijk. Gegevens op contactniveau

motieven	abs.	%	motieven	abs.	%
<u>geen test</u> (n=462)			<u>wel een test</u> (n=626)		
kans nihil, test niet			patiënt heeft reële kans		
aan de orde	273	54.6%	op besmetting	115	17.9%
patiënt ziet van test af	76	15.2%	ter geruststelling van de patiënt	478	74.2%
patiënt neemt uitstel	116	23.2%	op verzoek van externe instantie	23	3.6%
andere diagnose	15	3.0%	zekerheid ivm (geplande)		
overig	20	4.0%	zwangerschap	3	0.5%
			overig	25	3.8%
	<u>500</u>	<u>100.0%</u>		<u>644</u>	<u>100.0%</u>

Van de contacten waarin een test is afgesproken is bij 8.8% (55/626) al eerder een test uitgevoerd.

Van een deel van de afgesproken testen blijkt overigens dat deze niet daadwerkelijk wordt uitgevoerd. Van 8.5% (53/626) van deze afspraken is uiteindelijk bij de huisarts nooit een testuitslag vernomen. Bij meer dan de helft hiervan meldt de huisarts expliciet dat er nooit meer iets van de patiënt is vernomen en er wordt verondersteld dat de patiënt zich alsnog heeft bedacht en van de test afziet of wellicht voor een andere (anonieme) testlocatie heeft gekozen.

Van 573 contacten is uiteindelijk bekend dat er ook daadwerkelijk een test is uitgevoerd. Hiervan vond 73% plaats in het huisartsenlaboratorium, 19% bij het ziekenhuislaboratorium, 3% bij de BGD/GGD (6% onbekend/overig).

Het overgrote merendeel van de uitgevoerde testen blijkt een seronegatieve status van de patiënt aan te tonen (99.1% van de uitgevoerde testen). In de afgelopen vijf registratiejaren waren er 5 patiënten seropositief (0.9% van de uitgevoerde testen).

Bij ongeveer een kwart (25.6%) van de uitgevoerde testen wordt de uitslag in een persoonlijk gesprek meegedeeld. Bij 70.9% geeft de huisarts de testuitslag telefonisch door. Bij een klein aantal contacten werden hiervoor andere wegen gebruikt, zoals bijvoorbeeld 'bij bezoek aan patiënt in het ziekenhuis', 'op verzoek schriftelijk doorgegeven'.

3.4 Een beschrijving van de contacten naar onderscheiden patiëntkenmerken

Waar er in de vorige paragrafen een beeld is geschetst van wat er tijdens de contacten tussen arts en patiënt is besproken, dat wil zeggen een beeld is geschetst van de hulpvragen van de patiënten en van de handelingen van de huisarts, wordt er in deze paragraaf ingegaan op de patiëntkenmerken van de geregistreerde contacten.

Achtereenvolgens wordt er, op contactniveau, aandacht besteed aan de leeftijd, het geslacht en aan hetgeen bekend is over een mogelijk risico voor besmetting met het HIV.

Uit tabel 3.6 blijkt dat contacten van patiënten in de leeftijdscategorie van 20 tot 40 jaar veel voorkomen. De contacten van de twintigers en dertigers tezamen nemen zelfs al 70.7% van alle contacten voor hun rekening. Uitgesplitst naar geslacht blijkt dat contacten van vrouwen die zich zorgen maken over AIDS of daarover vragen hebben gesteld bij de huisarts over het algemeen iets vaker in de jongere leeftijdscategorieën vallen dan de contacten van mannen. Respectievelijk 34.1% van de contacten bij mannen en 47.2% bij vrouwen zitten in de leeftijdscategorie 20-29 jaar. Figuur 3.1 geeft hiervan een grafisch beeld.

Voor de statistische analyses is op basis van deze resultaten een verdere samenvoeging van leeftijdscategorieën gemaakt in drie groepen; jonger dan 20 jaar, 20 tot 40 jaar en 40 jaar of ouder. De eerder beschreven samenhang van leeftijd en geslacht blijkt ook na statistische toetsing significant te zijn ($p < .001$, $\phi = .13$).

Tabel 3.6 Het geslacht en de leeftijdscategorie van de patiënten (n=1082, Gegevens op contactniveau

leeftijdscat.	man		vrouw		totaal	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
< 15 jaar	7	1.3%	7	1.3%	14	1.3%
15-19 jaar	20	3.6%	20	3.8%	40	3.7%
20-24 jaar	82	14.8%	117	22.2%	199	18.4%
25-29 jaar	107	19.3%	132	25.0%	239	22.1%
30-34 jaar	98	17.7%	76	14.4%	174	16.1%
35-39 jaar	77	13.9%	76	14.4%	153	14.1%
40-44 jaar	60	10.8%	36	6.8%	96	8.9%
45-49 jaar	36	6.5%	19	3.6%	55	5.1%
50-54 jaar	19	3.4%	15	2.8%	34	3.1%
55-59 jaar	24	4.3%	11	2.1%	35	3.2%
> 60 jaar	25	4.5%	18	3.4%	43	4.0%
totaal	555	100.0%	527	100.0%	1082	100.0%

Met betrekking tot het patiëntkenmerk 'mogelijke risicocategorie bekend' is op het registratie-formulier de volgende vraag opgenomen; "Behoort de patiënt, naar uw weten, tot één of meer van de volgende categorieën?". Tabel 3.7 geeft een overzicht van de mogelijkheden en resultaten.

Uitdrukkelijk dient overigens in het oog te worden gehouden dat de onderscheiden risico-categorieën in feite niet veel zeggen over het daadwerkelijk gelopen risico. Immers wanneer een homoseksuele patiënt zich beperkt tot veilig vrijen is er in feite geen sprake van risicovol gedrag. De term 'risico-categorie bekend' moet dan ook zeker niet als een synoniem voor 'risicovol gedrag' worden gebruikt. Het onderscheid in categorieën is alleen bedoeld en zinvol om een beeld te krijgen van de doelgroep waarvoor de huisarts een functie vervult in het kader van de AIDS-voorlichting en preventie.

Tabel 3.7 Risico-categorieën die bekend zijn bij de huisarts of uit het contact naar voren komen (n=1082). Gegevens op contactniveau

risico-categorie	absolute aantallen	toelichting
homosexuele contacten	126	
bisexuele contacten	45	
intraveneus druggebruik	10	
contacten met prostituées	93	
heterosexuele contacten met meerdere partners	346	
sexueel contact met lid van een risico-groep	103	-----> waarvan 15 met een
sexuele contacten in buitenland of met buitenlander	76	seropositieve partner
beroepsrisico	39	
ontvanger bloedproducten binnenland (jaar..)	16	
ontvanger bloedproducten buitenland (land/jaar...)	0	
overig	19	
totaal	873	

Daar er op het formulier meerdere mogelijkheden konden worden aangegeven bleken de geregistreerde 873 'risico-categorieën' in 40 combinaties voor te komen. Er is daarom gezocht naar een mogelijke en werkzame herindeling. Daarbij zijn de in de literatuur onderscheiden 'traditionele' risico-categorieën onderscheiden van de categorieën die uit deze registratie naar voren zijn gekomen als categorieën die relatief vaak bij de huisarts het onderwerp AIDS bespreken. Op deze manier ontstond de volgende driedeling van de contacten naar aard van de risico-categorie:

- Alle combinaties van risico-categorieën waarin homosexuele contacten, bisexuele contacten of intraveneus druggebruik voorkomt (174 contacten: 16.1%)
- Alle overige combinaties waarin heterosexuele contacten met meerdere partners, contacten met prostituées of sexueel contact met een lid van een risico-groep voorkomt (469 contacten: 43.3%)
- Een restcategorie met de overige combinaties van risico-categorieën die niet worden gedekt door de twee bovenstaanden: sexuele contacten in buitenland/met buitenlander, beroepsrisico, ontvanger bloedproducten (96 contacten: 8.3%).

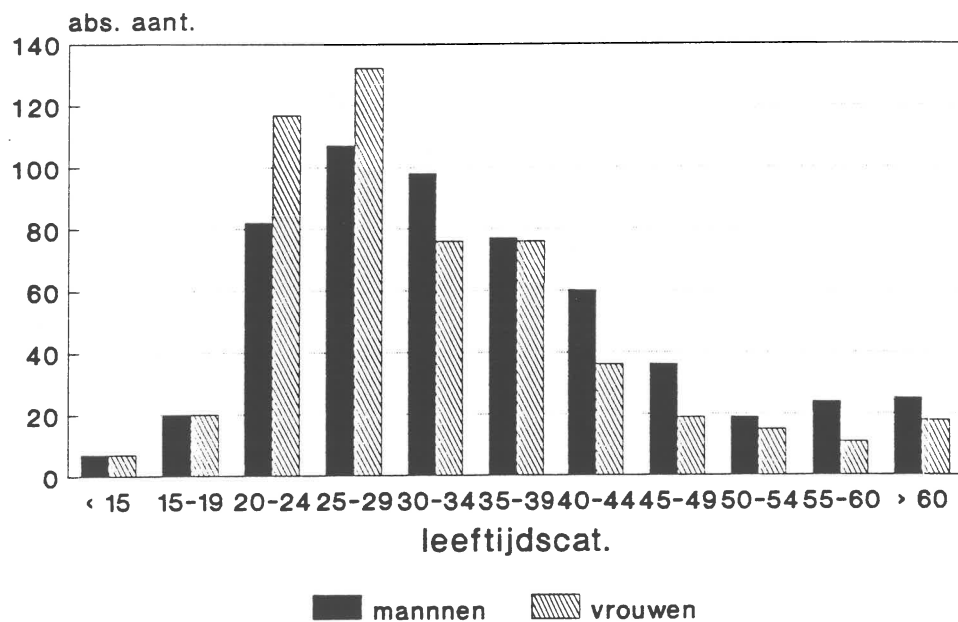
Bij 343 van de 1082 contacten is bij de huisarts geen risico-categorie bekend (31.7%). Bij de overige 590 contacten (68.3%) waren, althans gezien de prevalentie van AIDS en seropositiviteit, opvallend veel 'heterosexuele contacten met meerdere partners'. Ook de categorie 'sexuele partner met risicovol gedrag' scoort hoog. Naast verontruste partners van prostitutiebezoekers of personen met meerdere heterosexuele contacten, blijkt vooral ook het aantal

partners met partners uit de traditionele risicogroep en het aandeel van seropositieve partners vrij hoog te zijn.

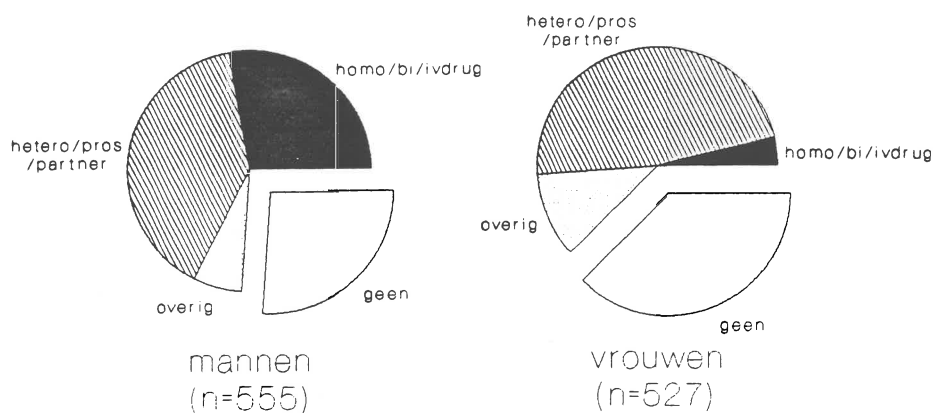
Het geslacht van de patiënt blijkt een statistisch significant verband te vertonen met het al dan niet voorkomen van een risico-categorie ($p < .001$, $\phi = .12$). Bij de AIDS-gerelateerde contacten van mannen blijkt iets vaker een potentiële risico-categorie bekend te zijn dan bij de contacten van vrouwen. Uitgesplitst naar de aard van de risico-categorie blijkt dat mannen vaker in de groep van homo/bisexuele contacten en intraveneus druggebruik en vrouwen vaker in de overige twee categorieën voorkomen ($p < .001$, $\phi = .37$). In figuur 3.2 zijn deze sexe-verschillen grafisch weergegeven.

De leeftijdscategorie blijkt geen statistisch significant verband te vertonen met het wel of niet voorkomen van een risico-categorie.

Figuur 3.1 De leeftijdsverdeling van contacten van mannen (n=555) en vrouwen (n=527). Gegevens op contactniveau



Figuur 3.2 De verschillende risico-categorieën van mannen (n=555) en vrouwen (n=527). Gegevens op contactniveau



3.5 De verbanden tussen de hulpvragen, de handelingen van de huisarts en patiëntkenmerken

Waar in de vorige paragraaf de hulpvragen van de patiënten, de handelingen van de huisarts en de kenmerken van de patiënt apart zijn beschreven, wordt in deze paragraaf met behulp van chikwadraattoetsen en een multiële lineaire regressie-analyse gezocht naar patronen in en samenhangen tussen deze drie aspecten van de contacten.

Eerst wordt er aandacht besteed aan de vraag 'wie stelt er welke hulpvraag?'. Of, nauwkeuriger geformuleerd, hoe hangen de geregistreerde hulpvragen en de kenmerken van de patiënten van de contacten waarin AIDS is besproken met elkaar samen?

Vervolgens wordt gekeken naar het handelen van de huisarts. Kan er, op basis van de beschikbare gegevens, worden aangegeven waardoor het handelen van de huisarts wordt beïnvloed? Wat bepaalt dat de huisarts het initiatief neemt om AIDS ter sprake te brengen of om bijvoorbeeld wel of geen test-afspraken te maken of gedragsadvies te geven?

Voor het aangeven van samenhangen tussen hulpvragen en patiëntkenmerken is gebruik gemaakt van chikwadraattoetsen (Tabel 3.8). Voor de patiëntkenmerken zijn dezelfde categorieën aangehouden als in paragraaf 3.4.

Het verzoek om een HIV-antistoffentest, om met de meest gestelde hulpvraag te beginnen, hangt niet statistisch significant samen met het geslacht van de patiënt: In contacten van mannen wordt niet vaker met de huisarts over de HIV-antistoffentest gesproken dan in de contacten van vrouwen. De leeftijd van de patiënt en het bekend zijn van een risico-categorie vertonen wel een statistische samenhang met deze hulpvraag: Tijdens contacten van patiënten in de leeftijdscategorie van 20-39 jaar of in contacten van patiënten met meerdere heterosexuele contacten, prostitutiecontacten of een partner met risicovol-gedrag wordt vaker over de HIV-antistoffentest gepraat dan in contacten met een andere of zonder bekende risico-categorie.

Bij de hulpvragen 'het uiten van een klacht die de patiënt zelf in verband brengt met AIDS' en 'het stellen van algemene of informatieve vragen' gaat het om duidelijke verbanden. Een 'AIDS' klacht komt vaker naar voren tijdens AIDS-gerelateerde contacten van mannen, tijdens contacten van patiënten in de leeftijdscategorie van 40 jaar of ouder en tijdens contacten met patiënten waarbij een risico-categorie bekend is. Het gaat hier veelal om de 'traditionele' risico-categorie van patiënten met homo- of bisexuele contacten of intraveneus druggebruik.

Algemene en informatieve vragen komen vaker aan de orde tijdens contacten tussen arts en patiënt waarbij de patiënt ouder is dan 40 jaar en tijdens

contacten van patiënten waarvan geen mogelijke risico-categorie bekend is. De samenhang die de hulpvraag met betrekking tot incidentele seksuele contacten vertoont met het bekend zijn van een risico-categorie is ten dele toe te schrijven aan de overlappende definities van beide begrippen. De hulpvraag met betrekking tot vaste seksuele contacten hangt significant samen met het patiëntenkenmerk 'geslacht': In de AIDS-gerelateerde contacten van vrouwen wordt vaker over mogelijke risico's van vaste seksuele partners gesproken dan in contacten van mannen.

Tabel 3.8 Samenhang tussen de hulpvragen van de patiënten en patiëntkenmerken. Chikwadraattoets (n=1082). Gegevens op contactniveau

	geslacht	leeftijds- categorie (3)	risicocategorie ja/nee	aard van de risicocategorie (3)
verzoek test	--	phi=.13***	phi=.08*	phi=.15***
'AIDS' klacht patiënt	phi=.15***	phi=.15***	phi=.09**	phi=.21***
algemeen/informatief	--	phi=.12***	phi=.19***	phi=.22***
vr.incident.sex.cont.	--	--	phi=.17***	phi=.13**
vr. vast sex. cont.	phi=.16***	--	--	n.v.t.

-- = n.s. * = p<.05 ** = p<.01 *** = p<.001

Om een beeld te krijgen van aspecten die van invloed zijn op het handelen van de huisarts is een multipele regressie-analyse uitgevoerd. Hiervoor is gekozen omdat op deze wijze niet alleen de verschillende hulpvragen, maar ook de patiëntkenmerken in één analyse kunnen worden meegenomen.

Naast de ook in de vorige paragrafen gebruikte variabelen voor de hulpvragen en patiëntkenmerken is bij deze regressie-analyse een variabele toegevoegd. Het gaat om een variabele die aangeeft dat de huisarts een mogelijke relatie ziet tussen een lichamelijke klacht van een patiënt en besmetting met HIV (=AIDS klacht arts). Deze constatering wordt door de huisartsen overigens niet vaak gemaakt: slechts bij 49 contacten (4.5% van alle contacten) heeft de huisarts dit op het registratie-formulier aangegeven.

In de laatste kolom van tabel 3.9 is als afhankelijke variabele opgenomen 'de huisarts neemt zélf het initiatief om het onderwerp AIDS met de patiënt te bespreken'. Bij de regressie-analyse voor deze afhankelijke variabelen zijn alleen de patiëntkenmerken en de 'AIDS klacht door arts' meegenomen.

Als referentie-variabelen voor de dummy-variabelen zijn gebruikt: contacten van vrouwen, van patiënten in de leeftijdscategorie 'jonger dan 20 jaar', van de risico-categorie 'overig' en 'vervolgcontacten'.

In tabel 3.9 staan de resultaten van deze multi-pele regressie-analyses. Met name de hulpvragen van de patiënt blijken, over het algemeen, bij te dragen aan de verklaring voor het handelen van de huisarts. De invloed van patiëntkenmerken op het handelen van de huisarts blijkt slechts heel beperkt te zijn. In tabel 3.8 is al aangegeven dat patiëntkenmerken van de contacten en de hulpvragen die tijdens deze AIDS-gerelateerde contacten worden besproken significante samenhangen vertonen.

De in deze analyse toegevoegde variabele voor klachten die volgens de arts mogelijk wijzen in de richting van een HIV-besmetting blijkt, relatief gezien, een belangrijke bijdrage te leveren aan een verklaring voor het handelen van de huisarts. De verklaarde variantie per handeling verschilt overigens nogal.

Bij het afspreken van een HIV-antistoffentest ($R^2=.36$) is met name de hulpvraag 'verzoek om een HIV-antistoffentest' van invloed, wat niet zo'n opzienbarende constatering is. Aardig is het echter te zien dat juist bij deze handeling ook de andere hulpvragen van invloed zijn, zij het in een negatieve zin. De constatering van de arts dat er op basis van de lichamelijke klachten rekening moet worden gehouden met een HIV-infectie (= 'AIDS' klacht arts) draagt er toe bij dat er eerder een test wordt afgesproken ($p<.001$).

De verklaarde varianties voor de handelingen 'het geven van informatie' of 'het geven van een gedragadvies' zijn klein, respectievelijk .04 en .07. Het geven van gedragsadviezen blijkt vaker voor te komen na een gesprek over incidentele seksuele contacten. Voor deze handeling blijken de patiëntkenmerken (risico en leeftijd) van enige invloed te zijn.

Het 'verwijzen' ($R^2=.14$) en 'het verrichten van lichamelijk onderzoek' ($R^2=.24$) wordt sterk beïnvloed door de klachten die door artsen, danwel patiënten in verband worden gebracht met AIDS.

De verklaarde variantie voor het 'actieve' initiatief van de huisarts blijkt ook laag te zijn ($R^2=.08$). Alleen door de arts geconstateerde klachten die mogelijk duiden op een besmetting met HIV blijkt hieraan bij te dragen ($p<.001$). De bijdragen van de overige variabelen in de analyse waren niet significant.

Tabel 3.9 Multipele regressie-analyse. Welke variabelen zijn van invloed op de handelingen van de huisarts? Multipele regressie-analyse, weergegeven in beta's. Gegevens op contactniveau (n=1082).

afhankelijke variabelen	test	informatie geven	gedrags- advies geven	verwijzen	lichamelijk onderzoek	initiatief huisarts
verzoek test	.55***	--	--	--	-.06*	
'AIDS' klacht	-.06*	--	--	.07*	.42***	
algemeen/informatief	-.07**	--	--	--	.07*	
vr. incidenteel sex. cont.	-.05*	.10**	.13***	--	--	
vr. vast sex. cont.	--	.07*	--	-	--	
geslacht mannen (dummy)	--	--	--	--	--	--
leeftijdcat. 20-39 (dummy)	--	--	--	--	--	--
leeftijdcat >40 jr (dummy)	--	--	-.15*	--	--	--
risico ja/nee	--	--	--	--	--	--
risicocat.(a) (dummy)	--	--	.13**	--	--	--
risicocat.(b) (dummy)	--	--	.15**	--	--	--
'AIDS' klacht arts	.12***	-.10**	--	.30***	.11***	.28***
R ²	.36	.04	.07	.14	.24	.08

-- = n.s. * = p<.05 ** = p<.01 *** = p<.001

3.6 Een onderscheid tussen eerste contacten en vervolgcontacten

De tot nu toe gepresenteerde gegevens hebben betrekking op alle contacten die in vijf jaar van registratie zijn verzameld. Bij 82% (n=890) van de geregistreerde contacten gaat het om contacten waarbij het onderwerp AIDS voor de eerste maal met de huisarts wordt besproken en bij 17% (n=184) is dit al vaker gebeurd (1%=missing). In deze paragraaf wordt beschreven in hoeverre dit gemaakte onderscheid tussen de zogenaamde 'eerste contacten' en 'vervolgcontacten' ook gevolgen heeft voor de inhoud van deze contacten. Mogelijk verschillen zij naar hulpvraag, handeling of patiëntkenmerk. Gaat het bij de vervolgcontacten misschien om patiënten die het wel of niet laten verrichten van een HIV-antistoffentest hebben overdacht en daarover nu met de huisarts een afspraak willen maken? Of gaat het misschien om patiënten die zich zorgen blijven maken over hun lichamelijke klachten en hiervoor de huisarts nogmaals bezoeken? Ook andere veronderstellingen zijn mogelijk. Interessant is het ook om, op basis van de verzamelde gegevens, te zien of

de huisarts bij de vervolcontacten op een andere wijze handelt dan bij de eerste contacten. Wordt er wellicht vaker het initiatief genomen, wordt er alleen een testafpraak gemaakt of wordt juist nog eens uitvoerig ingegaan op de informatie en gedragsadviezen?

Met behulp van chikwadraattoetsen zijn de verschillen tussen de eerste contacten en de vervolcontacten naar hulpvraag, handeling en patiëntkenmerk onderzocht. In figuur 3.3 zijn de resultaten van de kruistabellen grafisch weergegeven.

Tijdens de vervolcontacten blijkt er vaker te worden gesproken (Tabel 3.3a) over 'AIDS' klachten ($p < .001$) en minder vaak over vaste seksuele contacten ($p < .001$). Voor de overige hulpvragen zijn de verschillen tussen eerste en vervolcontacten niet statistisch significant.

Er wordt door de huisartsen (Tabel 3.3b) tijdens de vervolcontacten vaker lichamelijk onderzoek verricht ($p < .01$), vaker doorverwezen ($p < .001$), vaker 'overige hulpverlening' gegeven ($p < .001$). Onder dit laatste is onder andere 'het praten met de patiënt over de achterliggende problemen' verstaan. Het geven van informatie aan de patiënt komt tijdens de vervolcontacten significant minder vaak voor ($p < .01$).

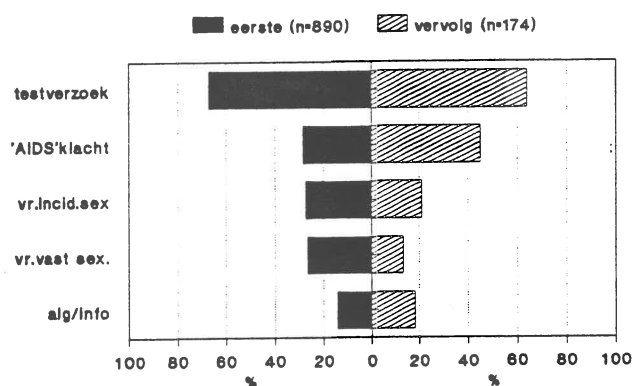
De veronderstelling dat het bij de vervolcontacten wellicht zou gaan om patiënten die na hun eerste AIDS-gerelateerde contact bedenktijd hebben genomen en nu alsnog bij de huisarts terugkomen voor deze test blijkt niet op te gaan: Zowel 'het verzoek om een HIV-antistoffentest' als 'de test-afpraak' blijken in beide soorten contacten ongeveer even belangrijk te zijn.

Een vergelijking van de eerste contacten en vervolcontacten naar patiëntkenmerken (Figuur 3.3c) laat een opvallend groter aandeel zien van mannelijke patiënten bij de vervolcontacten ($p < .001$), terwijl ook patiënten in de leeftijdscategorie van 40 jaar en ouder bij de vervolcontacten sterk zijn vertegenwoordigd ($p < .001$). Het statistisch significante verband tussen de aanwezigheid van een risico-categorie en de aard van het contact is iets zwakker dan de twee eerder genoemde verbanden ($p < .01$). Bij de vervolcontacten is het aandeel van contacten met een risico-categorie duidelijk hoger. Naar aard van het risico neemt het aantal contacten met homoseksuele of bisexuele contacten en intraveneus druggebruik duidelijk toe.

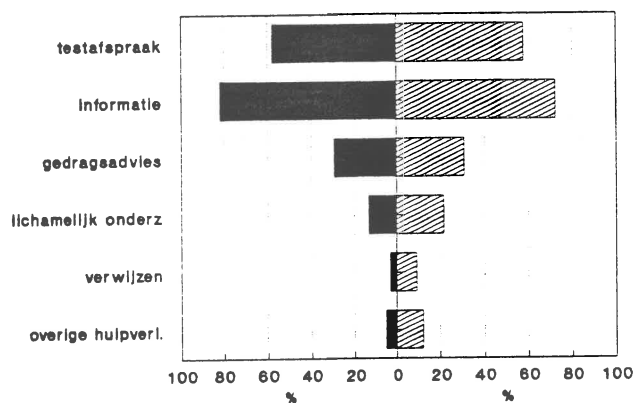
Uit een regressie-analyse, waarbij naast hulpvragen en patiëntkenmerken (zoals in Tabel 3.9) ook de aard van het contact (een eerste contact of een vervolcontact) als onafhankelijke variabele wordt toegevoegd, komt naar voren dat de aard van het contact niet of nauwelijks iets toevoegt ter verklaring van de variantie in het handelen van de huisarts en van het al dan niet initiatief nemen van de huisarts bij het ter sprake brengen van het onderwerp AIDS.

Figuur 3.3 Eerste en vervolcontacten: een beeld van de besproken onderwerpen (a), handelingen van de huisarts (b) en patiëntkenmerken (c). Uitgedrukt in % van het aantal contacten

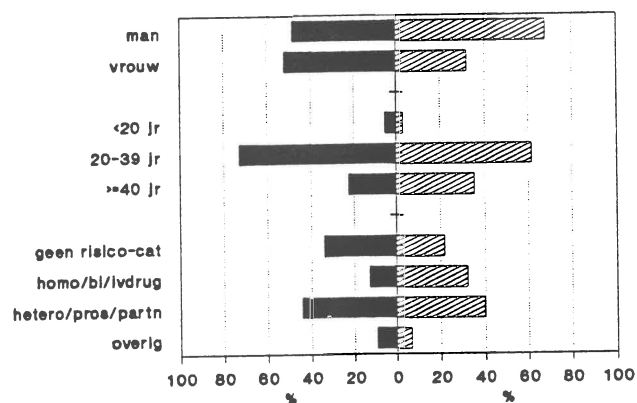
a: besproken onderwerpen



b: handelingen huisarts



c: patiëntkenmerken



Voor een deel van de verzamelde gegevens is het mogelijk ook uitspraken te doen op patiëntniveau. In 1991 is het gebruikte registratie-formulier namelijk veranderd. Tot die tijd werd van de patiënten alleen het geboortjaar en vanaf 1991 ook de dag en maand van de geboorte geregistreerd. Hierdoor is het beter mogelijk geworden patiënten als het ware 'te volgen'. Een poging hiertoe over de gegevens van 1991 tot april 1993 (53% van de in vijf jaar verzamelde contacten) leverde circa 30 van deze terugkerende patiënten op. De eerder beschreven patronen blijken te worden onderschreven: Bij de terugkomers wordt vaak gepraat over 'AIDS' klachten, het gaat vaak om mannelijke patiënten en om patiënten die ouder zijn dan 40 jaar. Verder blijkt, met de beperking dat over het voor- en natraject geen informatie beschikbaar is, dat het merendeel van de patiënten de huisarts tweemaal bezoekt. Ongeveer een derde van de patiënten komt binnen een maand bij de huisarts terug en de helft doet dit binnen drie maanden. Bij één vijfde van de gevolgde patiënten was de tussenliggende periode zelfs groter dan een jaar.

4. VRAGEN OVER AIDS IN DE HUISARTSPRAKTIJK

4.1 Inleiding

Voor een beeld van het aantal contacten waarin AIDS ter sprake is gekomen in de Nederlandse huisartspraktijk is het nodig op een andere wijze naar de verzamelde gegevens te kijken dan in het voorgaande hoofdstuk is gebeurd. De verzamelde contactgegevens zijn hiervoor per huisartspraktijk bijeen genomen.

In de volgende paragrafen wordt aandacht besteed aan het gemiddeld aantal contacten per praktijk (paragraaf 4.2). In paragraaf 4.3 wordt nader ingegaan op de inhoud van de contacten: zijn er geografische verschillen aan te geven naar besproken onderwerp, naar het handelen van de huisarts en naar patiëntkenmerken van de AIDS-gerelateerde contacten?

4.2 Het aantal contacten waarin AIDS ter sprake is gekomen

Voor het berekenen van het aantal AIDS-gerelateerde contacten per praktijk worden 'relatieve contacten' gebruikt. Dat wil zeggen, er wordt rekening gehouden met de omvang van de praktijkpopulatie. Gebruikelijk is om deze aantallen per 10 000 patiënten van de praktijkpopulatie weer te geven (zie paragraaf 2.3).

Tabel 4.1 geeft een overzicht van de relatieve aantallen AIDS-gerelateerde contacten. Het gaat hierbij om jaargemiddelden over de vijf jaar van registratie. Bij de berekening hiervan is gecorrigeerd voor de duur van de deelname van een peilstation aan de registratie: niet alle peilstations hebben immers over de gehele periode meegewerkt.

Tabel 4.1: Gemiddeld aantallen contacten per 10 000 patiënten van de praktijkpopulatie per jaar, naar provinciegroep en urbanisatiegraad. Gegevens op praktijkniveau

	contacten	min	max	N
<u>provinciegroep</u>				
noord	9	1	22	6
oost	13	0	52	11
west	19	0	48	22
zuid	21	3	57	10
<u>urbanisatiegraad</u>				
plattelandsgemeenten	5	0	9	6
verstedelijkte gemeenten	15	0	57	30
steden >100 000 inw.	26	11	47	13
Nederland totaal	17	0	57	49

Een huisartspraktijk in Nederland heeft, gemiddeld over de vijf registratiejaren, te maken gehad met 17 contacten waarin AIDS is besproken per 10 000 patiënten, per jaar. Uitgaand van een normpraktijk van 2350 patiënten komt dit neer op 4 contacten per praktijk per jaar. Over de vijf jaar van registratie blijkt het minimum en maximum van het aantal AIDS-gerelateerde contacten uiteen te lopen van 0 tot 57 per 10 000 patiënten, ofwel per normpraktijk van 0 tot 13 contacten per jaar. Er waren in totaal 4 huisartspraktijken die geen melding hebben gemaakt van een contact waarin de AIDS-problematiek is besproken. Drie van deze praktijken zijn pas in 1993 deel gaan uitmaken van het Peilstationnetwerk. Het vierde peilstation heeft in vijf jaar tijd geen enkel AIDS-gerelateerd contact geregistreerd.

Wanneer het aantal AIDS-gerelateerde contacten naar provinciegroep en urbanisatiegraad wordt onderscheiden blijken deze gemiddelden nogal uiteen te lopen. Met name naar urbanisatiegraad verschillen de praktijkgemiddelden van elkaar: met het toenemen van de mate van verstedelijking neemt het aantal contacten, gecorrigeerd voor de praktijkomvang, sterk toe. Hierin kan enige overeenkomst worden gezien met het patroon van prevalentie van AIDS en seropositiviteit. De cijfers van de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid (Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, 1994) laten zien dat de gerapporteerde AIDS-diagnoses een sterke concentratie kennen in de grote steden en met name in Amsterdam: 48% van alle AIDS-patiënten in Amsterdam, 62% van alle AIDS-patiënten in de vier grote steden. Dat de registrerende huisartspraktijken in de provinciegroep 'west' niet een hoger gemiddeld aantal AIDS-gerelateerde contacten per 10 000 patiënten

blijken te hebben, is in dit verband opvallend. Zeker in aanmerking nemend dat het aantal deelnemende peilstations in 'gemeenten met meer dan 100 000 inwoners' in deze provinciegroep hoger ligt dan, bijvoorbeeld in de provinciegroep 'zuid'. In deze provinciegroep ligt het gemiddelde aantal AIDS-gerelateerde contacten het hoogst.

4.3 Geografische patronen in de inhoud van de contacten waarin AIDS aan de orde is gekomen

Naast de geografische verschillen in aantallen contacten is het ook interessant te zien of de inhoud van de contacten waarin AIDS ter sprake komt naar regio en urbanisatiegraad van elkaar verschilt. Wanneer het aantal contacten per regio of urbanisatiegraad op 100% wordt gesteld kan de inhoud van de contacten met elkaar worden vergeleken. Ook hier gaat het om de gemiddelden over vijf jaar van de relatieve contacten: een berekening van het aantal contacten waarbij rekening is gehouden met de praktijkomvang. In de figuren 4.1 en 4.2 worden, onderscheiden naar urbanisatiegraad, de besproken onderwerpen en handelingen van de huisarts grafisch weergegeven en in de figuren 4.3 en 4.4 is hetzelfde gedaan voor de vier provinciegroepen.

Globaal gezien lijken (Figuur 4.1), met het toenemen van de verstedelijking de onderwerpen die tijdens de AIDS-gerelateerde contacten worden besproken diverser te worden: In de 'verstedelijkte gemeenten' en in de 'gemeenten met meer dan 100 000 inwoners' wordt bijvoorbeeld vaker ook gesproken over vragen met betrekking tot seksuele contacten (incidenteel dan wel vast) en het verzoek om de HIV-antistoffentest lijkt een minder centrale plaats in te nemen tijdens deze contacten. In de gemeenten met de hoogste urbanisatiegraad worden ook relatief minder algemene en informatieve vragen besproken. Na statistische toetsing van de verschillen (chikwadraattoets) blijkt echter alleen het door de patiënt naar voren brengen van klachten die in verband worden gebracht met AIDS naar urbanisatiegraad significant te verschillen ($p < .001$). Terwijl de testverzoeken naar urbanisatiegraad niet significant van elkaar verschillen is dit wel het geval bij de testafspraken ($p < .001$). In de huisartspraktijken in de 'plattelandsgemeenten' zijn relatief gezien vaker testafspraken gemaakt dan elders in Nederland. De praktijken in de minst geurbaniseerde gemeenten registreerden relatief gezien ook het hoogste gemiddelde aantal gedragsadviezen ($p < .001$).

Wanneer de relatieve aandelen van de besproken onderwerpen en handelingen van de huisarts naar provinciegroep worden gepresenteerd geeft een

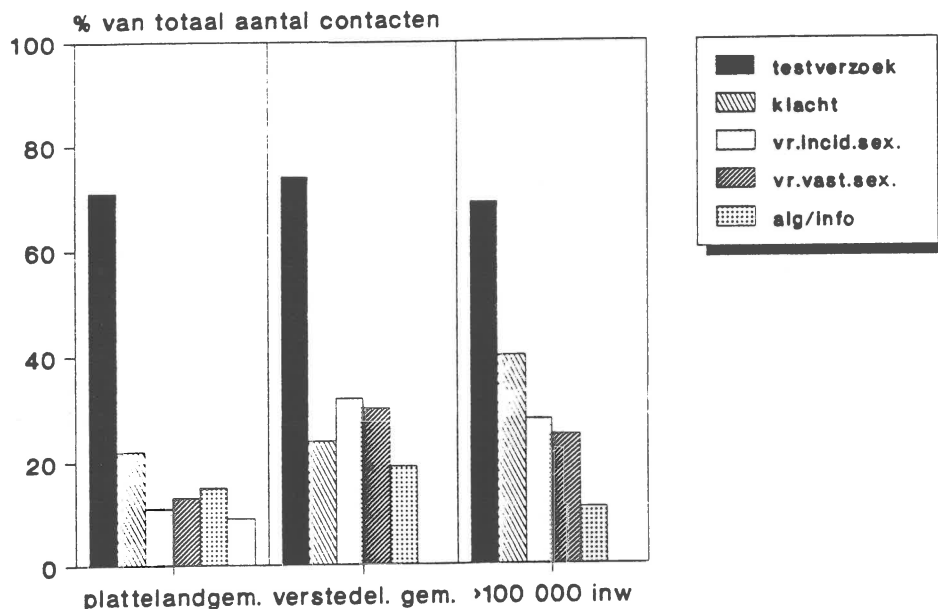
eerste bestudering van deze gegevens (Figuur 4.3 en 4.4) geen helder patroon. Statistische toetsing laat wel een aantal significante verschillen zien, die echter ook een wisselend beeld geven: De testverzoeken ($p < .001$), de vragen naar aanleiding van incidentele seksuele contacten ($p < .001$), algemene en informatieve vragen ($p < .05$), het maken van een testafpraak ($p < .001$), het geven van een gedragadvies ($p < .001$) en het verrichten van lichamelijk onderzoek ($p < .05$) blijken naar provinciegroep te verschillen.

Wanneer wordt gekeken naar de patiëntkenmerken dan blijken er naar leeftijd geen en naar geslacht slechts kleine significante verschillen voor te komen. In 'de verstedelijkte gemeenten' is de verhouding tussen AIDS-gerelateerde contacten met mannen en met vrouwen meer met elkaar in evenwicht dan in 'de plattelandsgemeenten' en 'steden met meer dan 100 000 inwoners' ($p < .01$).

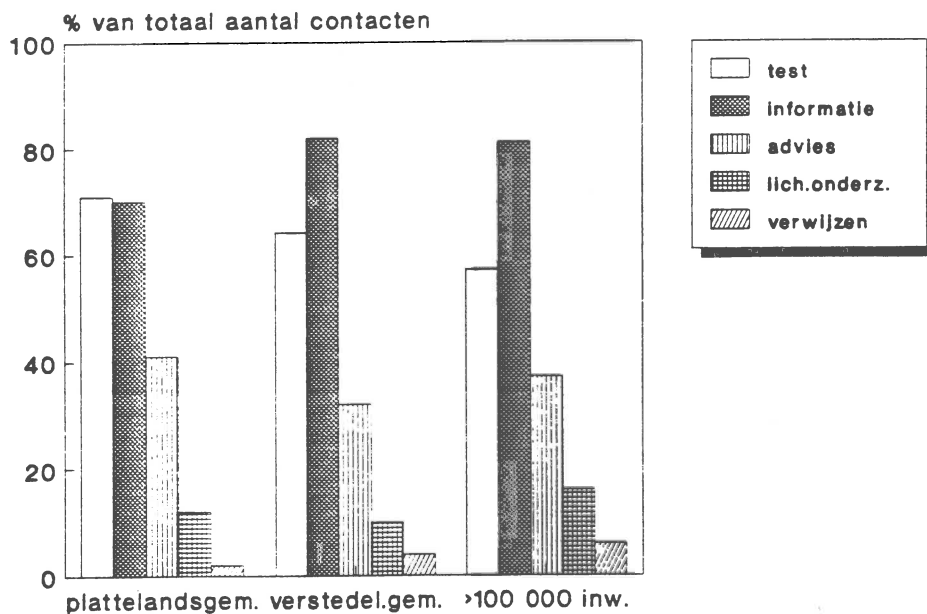
In de 'verstedelijkte gemeenten' blijkt het aandeel van de contacten waarbij van de patiënt een mogelijke risicofactor bekend is, minder hoog te zijn dan elders ($p < .001$). Naar aard van het mogelijke risico blijkt de groep met de 'traditionele' risicofactoren in de grootste steden hierin een belangrijker onderdeel te vormen. Dit verschil is echter niet significant.

Bij bovenstaande gegevens moet worden bedacht dat aan de hand van de figuren en chikwadraattoetsen slechts het relatieve belang van de besproken onderwerpen, handelingen en patiëntkenmerken tijdens de AIDS-gerelateerde contacten is weergegeven. Het aantal AIDS-gerelateerde contacten per 10 000 patiënten blijkt (Tabel 4.1), naar urbanisatiegraad en provinciegroep, overigens veel sterker van elkaar te verschillen dan de inhoud van deze contacten. Hoewel er in deze paragraaf dus is beschreven dat er (bijvoorbeeld) in de 'plattelandsgemeenten' significant vaker testafspraken worden gemaakt tijdens een AIDS-gerelateerd contact, betekent dit dus niet dat er in deze gemeenten per 10 000 patiënten ook meer testafspraken zijn gemaakt. Het gemiddelde aantal AIDS-gerelateerde contacten per 10 000 patiënten ligt in de 'plattelandsgemeenten' immers veel lager dan elders (Tabel 4.1).

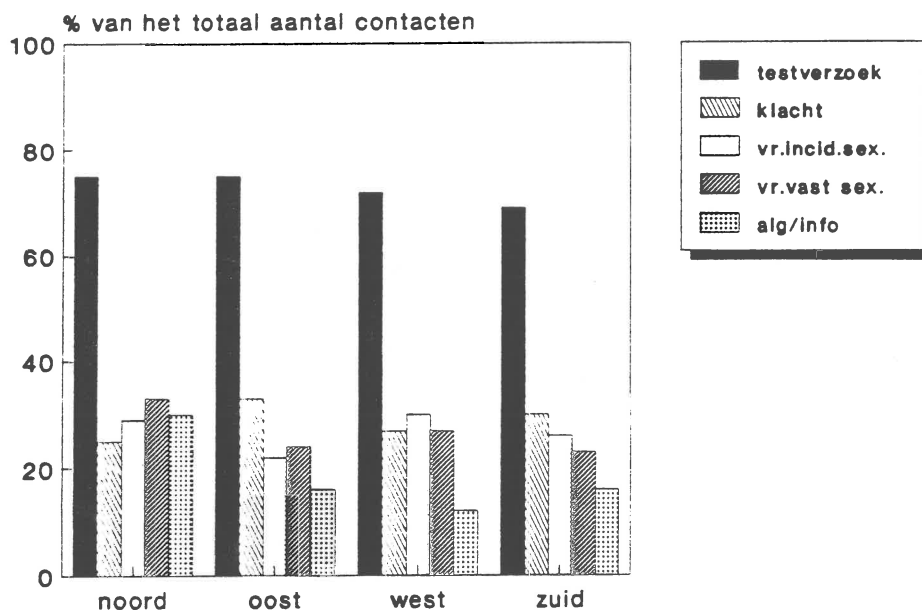
Figuur 4.1: De besproken onderwerpen naar urbanisatiegraad: als % van het van het totaal aantal relatieve contacten. Gemiddelden over 5 jaar van registratie. Gegevens op praktijkniveau.



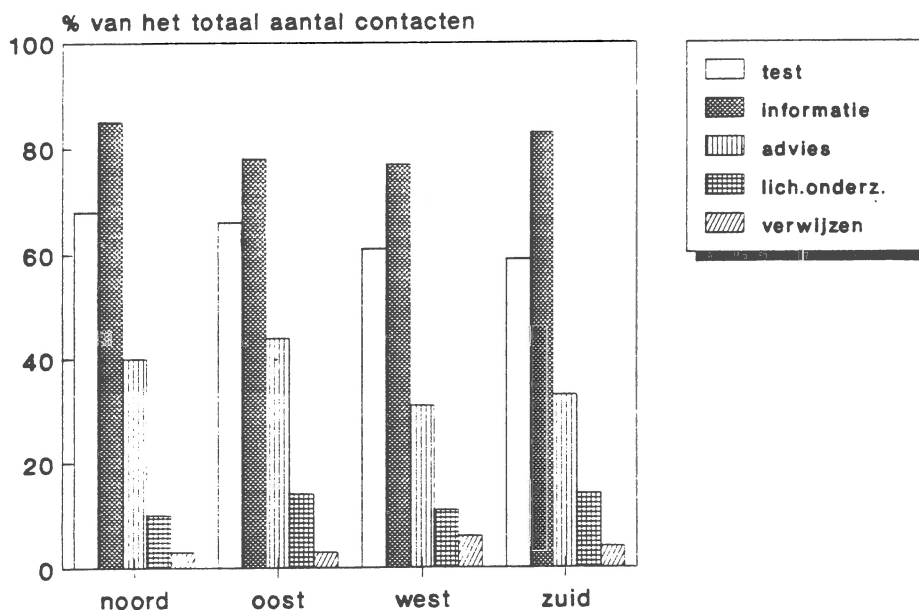
Figuur 4.2: De handelingen van de huisarts naar urbanisatiegraad: als % van het totaal aantal relatieve contacten. Gemiddelden over 5 jaar van registratie. Gegevens op praktijkniveau.



Figuur 4.3: De besproken onderwerpen naar provinciegroep: als % van het van het totaal aantal relatieve contacten. Gemiddelden over 5 jaar van registratie. Gegevens op praktijkniveau.



Figuur 4.4: De handelingen van de huisarts naar provinciegroep, in % van het totaal aantal relatieve contacten. Gemiddelden over 5 jaar van registratie. Gegevens op praktijkniveau.



5. VERANDERINGEN IN DE TIJD: 1988-1993

5.1 Inleiding

Tot nu toe zijn de gegevens steeds gepresenteerd als een gemiddelde over de 5 jaar van registratie of als een totaalcijfer. Dit bood de gelegenheid om te kijken naar statistisch significante verbanden en patronen tussen de verschillende aspecten van de AIDS-gerelateerde contacten. In dit hoofdstuk staat de ontwikkeling in de tijd centraal. Allereerst wordt aandacht besteed aan de vraag hoe het aantal contacten zich in de loop der tijd heeft ontwikkeld (paragraaf 5.2). Daarna (paragraaf 5.3) wordt op dezelfde wijze naar de inhoud van de AIDS-gerelateerde contacten gekeken: er wordt met name aandacht besteed aan de HIV-antistoffentest.

5.2 Een trend in het aantal AIDS-gerelateerde contacten

De beschikbaarheid van registratie-gegevens over vijf jaar biedt de mogelijkheid om naar ontwikkelingen in de tijd te kijken. In deze paragraaf wordt gekeken of het aantal AIDS-gerelateerde contacten in de periode 1988-1993 is afgenomen, stabiel is gebleven of is gegroeid.

Alvorens een trend-analyse is uitgevoerd hebben enige bewerkingen van het gegevensbestand plaatsgevonden. Allereerst zijn de contactgegevens per kwartaal bijeen genomen, zodat deze over 20 meetmomenten zijn verdeeld. Er is rekening gehouden met de wisselingen in de omvang van de praktijkpopulaties: De populatie is voor elk kwartaal op basis van de tweejaarlijkse praktijk-tellingen en veranderingen in de samenstelling van het peilstationnetwerk aangepast. Voordat de trend-analyse door middel van multiële lineaire regressie is uitgevoerd, zijn de kwartaalcijfers gecorrigeerd voor seizoen-schommelingen: In het tweede en vierde kwartaal van elk jaar zijn er steeds meer contacten geregistreerd dan in het eerste en derde kwartaal van elk jaar. Ook in deze analyse zijn de geregistreerde contacten van 49 peilstations meegenomen (zie paragraaf 2.3). Het aantal AIDS-gerelateerde contacten is weergegeven per 10 000 patiënten.

In tabel 5.1 en figuur 5.1 staan de resultaten van deze analyse afgebeeld. Hieruit is af te lezen (Tabel 5.1, stap 1) dat er per kwartaal sprake is van een significante toename van het aantal AIDS-gerelateerde contacten). In het eerste kwartaal van de registratie-periode zijn er 3.4 AIDS-gerelateerde

contacten per 10 000 patiënten geregistreerd. In het laatste kwartaal was dit aantal opgelopen tot 6.2 contacten per 10 000 patiënten. Per registratie-jaar betekent dit dat er in de eerste vier kwartalen tezamen 14.3 contacten per 10 000 patiënten zijn geregistreerd en in de laatste vier kwartalen 24.1 contacten per 10 000 patiënten. Voor een normpraktijk** komt dit neer op 3.4 contact (eerste jaar van registratie) en 5.7 contact (laatste jaar van registratie) per praktijk.

Om te zien of er sprake is van geografische verschillen in de stijging van het aantal contacten zijn er in de analyse variabelen toegevoegd voor urbanisatiegraad en provinciegroep. Als referentie-variabele voor urbanisatiegraad zijn 'verstedelijkte gemeenten' en voor provinciegroep is 'oost' gebruikt.

De analyses naar urbanisatiegraad tonen aan dat het aantal contacten in 'steden met meer dan 100 000 inwoners' hoger en in 'plattelandsgemeenten' lager is dan in de 'verstedelijkte gemeenten' (Tabel 5.1, stap 2a). De vastgestelde groei van het aantal AIDS-gerelateerde contacten blijkt toe te kunnen worden geschreven aan de 'gemeenten met meer dan 100 000 inwoners' en aan de 'verstedelijkte gemeenten'. In de plattelandsgemeenten is er sprake van een afname van het aantal contacten per 10 000 patiënten (Tabel 5.1, stap 3a).

Figuur 5.1 zijn ook de afzonderlijke groeilijnen naar urbanisatiegraad afgebeeld. Het aantal AIDS-gerelateerde contacten per kwartaal blijkt in 'steden met meer dan 100 000 inwoners' te groeien van 5.3 naar 8.8 per 10 000 patiënten. Voor de 'verstedelijkte gemeenten' liggen deze aantallen op 1.8 en 5.2 per 10 000 patiënten. In de 'plattelandsgemeenten' neemt het aantal contacten per kwartaal af: in het eerste kwartaal zijn er 3.1 AIDS-gerelateerde contacten per 10 000 patiënten geregistreerd, in het laatste kwartaal was dit afgenomen tot 1.9 per 10 000 patiënten.

Deze verschillende groeilijnen naar urbanisatiegraad duiden erop dat het aantal contacten per praktijk verder uit elkaar is komen te liggen. Voor een normpraktijk in een 'plattelandsgemeente' lag het aantal contacten in het eerste jaar (eerste vier kwartalen) op 2.8, in 'verstedelijkte gemeenten' op 1.9 en in 'steden met meer dan 100 000 inwoners' op 5.2. In het laatste jaar van de registratie (vier laatste kwartalen) was dit respectievelijk 1.8 per normpraktijk in plattelandsgemeenten, 4.6 in 'verstedelijkte gemeenten' en 8.0 in 'steden met meer dan 100 000 inwoners'.

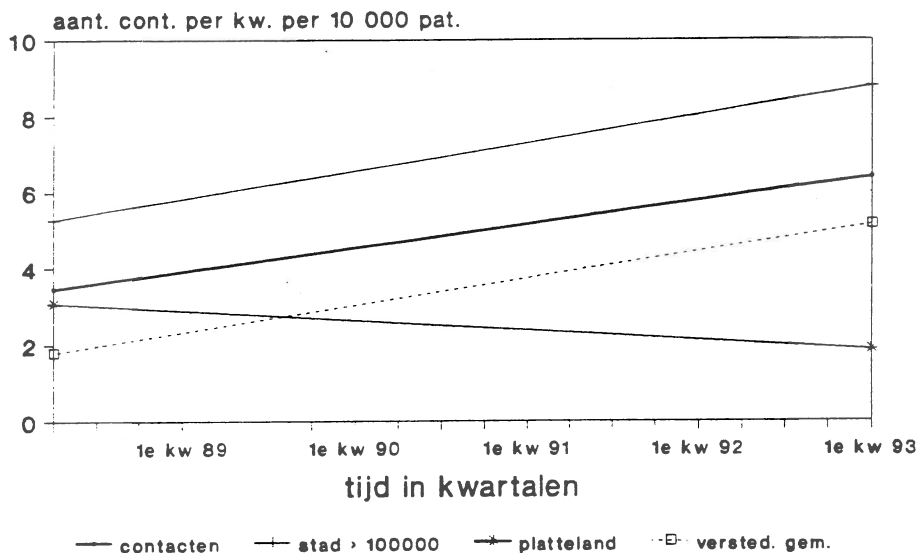
** Voor een herberekening van het aantal contacten per 10 000 patiënten naar het aantal contacten in een normpraktijk per jaar is gedeeld door de factor 4.25.

Per provinciegroep blijken er geen verschillen te zijn naar het aantal AIDS-gerelateerde contacten per 10 000 patiënten en naar een toe- of afname hierin. Alle toegevoegde variabelen in stap 2b en 3b (Tabel 5.1) bleken geen significant effect te hebben.

Tabel 5.1 Ontwikkeling van het aantal AIDS-gerelateerde contacten in de tijd. Multipele regressie-analyse met gegevens per kwartaal en naar urbanisatiegraad en provincie-groep

	R ²	significant	beta
<u>stap 1</u>	.09		
kwart		p<.001	.29
<u>stap 2a</u>	.55		
kwart		p<.001	.27
stad>100 000 (dummy)		p<.001	.61
platteland (dummy)		p<.05	-.13
<u>stap 3a</u>	.58		
kwart		p<.001	.36
stad>100 000 (dummy)		p<.001	.60
platteland (dummy)		p<.05	.24
interactievar. stad*kwartaal		n.s.	
interactievar. plattl*kwartaal		p<.001	-.43
<u>stap 2b</u>	.10		
kwart		p<.001	.29
regio noord (dummy)		n.s.	
regio west (dummy)		n.s.	
regio zuid (dummy)		n.s.	
<u>stap 3b</u>	.10		
kwart		p<.05	.30
interactievar. noord*kwartaal		n.s.	
interactievar. west*kwartaal		n.s.	
interactievar. zuid*kwartaal		n.s.	
regio noord		n.s.	
regio west		n.s.	
regio zuid		n.s.	

Figuur 5.1 Het aantal AIDS-gerelateerde contacten per 10 000 patiënten, per kwartaal. Het landelijk gemiddelde en een onderscheid naar urbanisatiegraad



5.3 Een trend in de inhoud van de AIDS-gerelateerde contacten

In de vorige paragraaf is geconstateerd dat het aantal AIDS-gerelateerde contacten per 10 000 patiënten per kwartaal een groei vertoont. Of er over de tijd gezien ook verschuivingen zijn te constateren in de inhoud van de contacten wordt in deze paragraaf beschreven.

Uit een chikwadraattoets (gegevens op contactniveau) waarbij de verschillende aspecten van een AIDS-gerelateerd contact (besproken onderwerpen, handelingen van de arts en patiëntkenmerk) is afgezet tegen de kwartalen, kwam naar voren dat de alleen de verzoeken om een HIV-antistoffentest ($p < .01$) en de afspraak voor een dergelijke test ($p < .001$) een significant verband te vertonen. De verhouding tussen het aantal contacten van mannen en van vrouwen blijkt, na een aantal verschuivingen, over de gehele periode gezien, met elkaar in evenwicht te zijn: In de beginperiode bezochten meer mannen dan vrouwen de huisarts en deze verhouding bleek na ongeveer drie jaar bleek te zijn omgekeerd. In het laatste jaar van registratie zijn er evenveel contacten van mannen als vrouwen geregistreerd.

Voor de afspraak voor een HIV-antistoffentest en voor de besproken testverzoeken is nagegaan of er sprake is van een significante verandering over de tijd en of hierin geografische verschillen zijn te onderkennen. Ook voor deze trend-analyse is gebruik gemaakt van een multiële regressie-analyse. De gegevens, verdeeld over de 20 kwartalen, zijn ook hier weer gecorrigeerd voor seizoensinvloeden en wisselende praktijkpopulaties.

Afhankelijke variabelen in de analyse zijn het aandeel van contacten met een verzoek om een HIV-antistoffentest op alle AIDS-gerelateerde contacten en het aandeel van contacten met een afspraak voor een test op alle AIDS-gerelateerde contacten. Het aantal AIDS-gerelateerde contacten is uitgedrukt in aantallen per 10 000 patiënten. In tabel 5.2 staan de resultaten van de trend-analyses bijeen.

Zowel het aandeel van contacten waarin een testverzoek is besproken als het aandeel van contacten waarin een testafspraken is gemaakt blijkt een statistisch significante groei door te maken (Tabel 5.2, stap 1). In figuur 5.2 zijn de groeilijnen voor het aantal AIDS-gerelateerde contacten, voor verzoeken om een HIV-antistoffentest en voor testafspraken afgebeeld. Deze groeilijnen blijken nagenoeg parallel te lopen (b is respectievelijk .14, .15 en .15). De geconstateerde groei in het aandeel van contacten waarin testverzoeken worden besproken, danwel testafspraken worden gemaakt houdt gelijke tred met de groei van het aantal AIDS-gerelateerde contacten. Deze groei, in absolute zin, betekent dat relatief gezien de HIV-antistoffentest tijdens de contacten een belangrijkere plaats is gaan innemen (zie Figuur 5.2). De verhouding test/contact is in het begin van de registratie-periode ongeveer .40 (Figuur 5.2: 1.5/3.5) en na vijf jaar is dit opgelopen tot ongeveer .70. Hetzelfde geldt voor de verzoek om een test en voor de verhouding testverzoek/test: In de loop der tijd is niet alleen het aantal testenverzoeken toegenomen, er wordt in relatieve zin ook vaker een testafspraken gemaakt.

Voor een beeld van eventuele geografische verschillen in de onderscheiden groeilijnen zijn aan de analyse variabelen voor urbanisatiegraad en provinciegroep en bijbehorende interactievariabelen toegevoegd. Dezelfde referentievariabelen als bij de analyse van het aantal contacten zijn hierbij gebruikt (zie Tabel 5.2, stap 2 en stap 3). De resultaten van deze analyses vertonen ongeveer hetzelfde beeld als de resultaten van de trend-analyse van het aantal contacten over de tijd: De geconstateerde groei kan, uitgesplitst naar urbanisatiegraad, met name worden toegeschreven aan de 'gemeenten met meer dan 100 000 inwoners' en 'verstedelijkte gemeenten'. Er is een duidelijke afname te constateren in de 'plattelandsgemeenten' (Tabel 5.2, stap 3a) voor zover het aantal testen en het aantal testverzoeken. In figuur 5.3 zijn gegevens van de 'plattelandsgemeenten' afgebeeld. In de beginperiode van de registra-

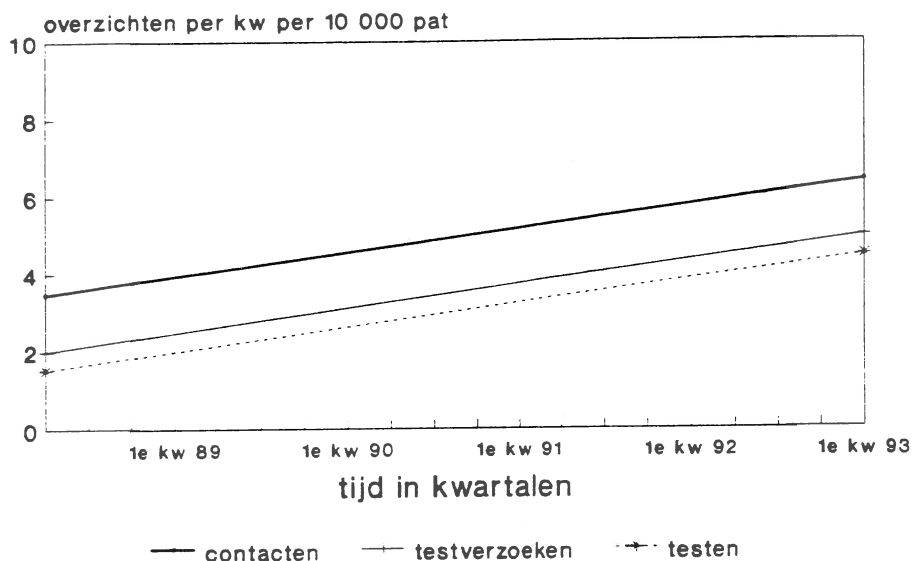
tie lag het aandeel van contacten met een testverzoek en met een testafsprak boven het landelijk gemiddelde en zelfs boven het aandeel in 'gemeenten met meer dan 100 000 inwoners' voor de testafspraken: in het eerste kwartaal werden er in een 'plattelandsgemeente' per 10 000 patiënten 2.5 testafspraken gemaakt tegen 1.5 voor het landelijk gemiddelde en 1.8 voor de grote steden. Voor de testverzoeken zijn deze aantallen respectievelijk 2.6 voor de 'plattelandsgemeenten', 2.0 voor het landelijk gemiddelde en 2.7 voor de 'steden met meer dan 100 000 inwoners'. Vijf jaar later blijken deze verhoudingen opzienbarend te zijn veranderd.

Uitgesplitst naar provincie-groep, blijkt dat de geconstateerde groei niet statistisch significant van elkaar verschilt (Tabel 5.2, stap 2b). Wel blijkt (stap 3b) het aantal contacten in de provincie-groep 'noord' waarin een testafpraak wordt gemaakt iets hoger te liggen.

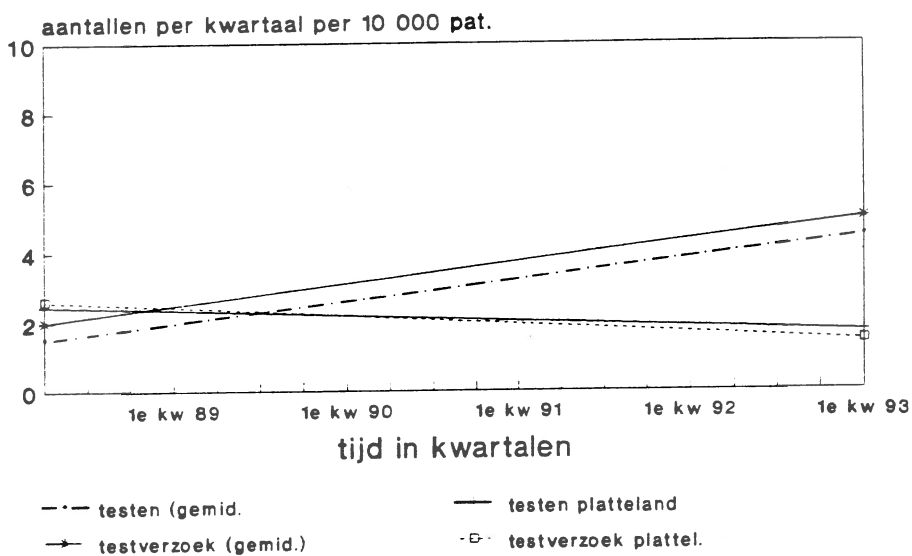
Tabel 5.2 Ontwikkeling van het aantal testverzoeken en van het aantal test-afspraken, als aandeel van het aantal AIDS-gerelateerde contacten in de tijd. Multiële regressie-analyse met gegevens per kwartaal en naar urbanisatiegraad en provinciegroep

	aandeel test			aandeel testverzoeken		
	R ²	significant	beta	R ²	significant	beta
<u>stap 1</u>	.18			.13		
kwart		p<.001	.43		p<.001	.37
<u>stap 2</u>	.38			.42		
kwart		p<.001	.42		p<.001	.35
stad>100 000 (dummy)		p<.001	.44		p<.001	.50
platteland (dummy)		n.s.			n.s.	
<u>stap 3</u>	.46			.48		
kwart		p<.001	.43		p<.001	.39
stad>100 000 (dummy)		n.s.			p<.05	.34
platteland (dummy)		p<.01	.40		p<.05	.35
interactiever. stad*kwartaal		n.s.			n.s.	
interactiever. platl.*kwartaal		p<.001	-.48		p<.001	-.48
<u>stap 2</u>	.23			.16		
kwart		p<.001	.43		p<.001	.37
regio noord (dummy)		p<.05	.17		n.s.	
regio west (dummy)		n.s.			n.s.	
regio zuid (dummy)		n.s.			n.s.	
<u>stap 3</u>	.26			.17		
kwart		p<.05	.38		p<.001	.54
interactiever. noord*kwartaal		n.s.			n.s.	
interactiever. west*kwartaal		n.s.			n.s.	
interactiever. zuid*kwartaal		n.s.			n.s.	
regio noord		n.s.			n.s.	
regio west		n.s.			n.s.	
regio zuid		n.s.			n.s.	

Figuur 5.2 De groeilijnen voor het aantal AIDS-gerelateerde contacten, het aantal testverzoeken en het aantal testafspraken per 10 000 patiënten, per kwartaal.



Figuur 5.3 Een beeld van de plattelandsgemeenten: De groeilijnen voor het aantal AIDS-gerelateerde contacten, testverzoeken en testafspraken per 10 000 patiënten, per kwartaal



6. BESCHOUWING

6.1 Inleiding

Het registratie-project 'Vragen over AIDS bij de huisarts' is opgezet met het doel een beeld te krijgen van de rol van de huisarts ten aanzien van de preventie en voorlichting bij de ziekte AIDS. Sinds 1988 worden er voor dit project door de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland, een landelijk netwerk van huisartsen, gegevens verzameld over arts-patiëntcontacten waarin ongerustheid of vragen over AIDS zijn besproken. Bij de samenstelling van het Peilstationnetwerk is rekening gehouden met een regionale spreiding en een spreiding naar gemeenten met een verschillende mate van verstedelijking. Er is hierbij gestreefd naar een steekproef van ongeveer 1% van de Nederlandse bevolking. Aan de registratie wordt door ongeveer 1% van de praktiserende huisartsen in Nederland meegewerkt: circa 45 praktijken, waaraan zo'n 62 huisartsen verbonden zijn maken deel uit van het netwerk. Aan de nagestreefde 1%-dekking blijkt (vergelijking in 1992) in grote lijnen te worden voldaan. Wel is er sprake van oververtegenwoordiging van patiënten in de noordelijke provincies (1.4%), in de plattelandsgemeenten (1.3%) en van patiënten in de oudere leeftijdscategorieën.

Door de peilstationartsen zijn gegevens verzameld over (face-to-face) contacten met patiënten waarin het onderwerp AIDS is besproken. Het gaat hierbij alleen om contacten van patiënten van wie geen seropositieve status bekend is. De term 'worried well' zou voor deze onderzoekspopulatie kunnen worden gebruikt. De definiëring van de term moet dan wel ruim worden opgevat: De patiënten zijn niet seropositief ('well') en hebben behoefte aan informatie of geruststelling ('worried').

Op basis van de verzamelde gegevens over de periode april 1988-1993 is er in dit rapport een beschrijving gegeven van de vragen, problemen en ongerustheid met betrekking tot AIDS waarmee patiënten hun huisarts bezoeken (vraagstelling A) en van het handelen van de huisarts naar aanleiding van de besproken hulpvraag (vraagstelling B). Ook is ingegaan op enkele kenmerken van patiënten die met de huisarts over AIDS hebben gesproken (vraagstelling C), alsmede op onderlinge relaties tussen deze drie aspecten van de AIDS-gerelateerde contacten (vraagstelling D). De belangrijkste bevindingen betreffende deze vraagstellingen en ook geografische patronen en ontwikkelingen in de tijd worden in de volgende paragraaf kort besproken (paragraaf

6.2). Op één aspect, de HIV-antistoffentest wordt vervolgens (paragraaf 6.3) wat nader ingegaan.

6.2 De contacten waarin AIDS aan de orde is gekomen

Een huisartspraktijk in Nederland heeft, gemiddeld, te maken gehad met ongeveer 17 contacten waarin het onderwerp AIDS ter sprake is gekomen per 10 000 patiënten, per jaar. Extrapolatie van dit aantal naar de totale Nederlandse bevolking levert een totaal aantal AIDS-gerelateerde contacten per jaar op van 26 000. Uitgaand van een normpraktijk van 2350 patiënten komt dit neer op 4 AIDS-gerelateerde contacten per praktijk per jaar.

Bij de constatering dat de huisarts slechts in beperkte mate wordt geconfronteerd met vragen over AIDS van niet-seropositieve patiënten, moeten een aantal kanttekeningen worden geplaatst. Ten eerste, zijn de verschillen tussen de aantallen AIDS-gerelateerde contacten per praktijk vrij groot: Per normpraktijk ligt het minimum aantal contacten om 0 en het maximum op 13 per jaar per praktijk. Het gaat hierbij om gemiddelden over vijf jaar registratie. Ten tweede, is er over de periode april 1988 tot april 1993 een groei geweest in het aantal AIDS-gerelateerde contacten. Lag het aantal contacten voor een normpraktijk in het eerste jaar van registratie op 3.4 contacten, in het vijfde jaar is dit opgelopen tot 5.7 AIDS-gerelateerde contacten. De eerder genoemde verschillen tussen de praktijken blijken in de loop der tijd groter te zijn geworden: Terwijl de geregistreerde contacten in 'gemeenten met meer dan 100 000 inwoners' en in 'verstedelijkte gemeenten' zijn gegroeid, nam het aantal in 'plattelandsgemeenten' af. En ten derde, kan het werkelijke aantal AIDS-gerelateerde contacten waarmee een huisarts te maken heeft hoger liggen als gevolg van mogelijke onderrapportage: Er wordt immers niet alle dagen van het jaar (maar 89%) geregistreerd en er is binnen het netwerk sprake van oververtegenwoordiging van patiënten in de plattelandsgemeenten en in de oudere leeftijdscategorieën.

Wanneer wordt gekeken naar de inhoud van de contacten dan blijkt dat de HIV-antistoffentest een belangrijk onderwerp van gesprek is tijdens deze contacten: Bij tweederde van de contacten wordt de HIV-antistoffentest besproken. Het aantal testverzoeken en het aantal testafspraken blijkt over de vijf jaar van registratie eenzelfde groei door te maken als het aantal AIDS-gerelateerde contacten. De verhouding tussen het aantal contacten en het aantal testen (verzoek of afspraak) is wel veranderd: De HIV-antistoffentest is relatief gezien tijdens de contacten een belangrijkere plaats ingaan nemen. De andere hulpvragen van patiënten en handelingen van de huisarts blijken over de periode van registratie vrij constant te zijn.

Naast de HIV-antistoffentest, en vaak in combinatie hiermee, wordt tijdens de AIDS-gerelateerde contacten tussen huisarts en patiënt gesproken over mogelijke risico's naar aanleiding van seksuele contacten. Voortgaand op het begrip 'worried well', lijkt het gerechtvaardigd om vast te stellen dat veel van de patiënten juist met de huisarts willen bespreken óf er sprake is (en of er in het verleden sprake is geweest) van onveilig gedrag en een gelopen risico. De patiënten verkeren in onzekerheid of men zich hierover zorgen moet maken, of men terecht 'worried' is. Ook komen er patiënten bij de huisarts met vragen over klachten of symptomen van AIDS. Slechts een beperkt deel van deze klachten acht de huisarts ook alarmerend (7%). Het gaat bij het bespreken van 'AIDS' klachten om ongeveer een derde van alle AIDS-gerelateerde contacten. In contacten waarin klachten worden geuit, wordt veel minder vaak om een test gevraagd. Patiënten die zich zorgen maken over klachten brengen de huisarts in dit verband vaak nogmaals een bezoek.

In grote lijnen lijkt het mogelijk om een twee- of driedeling aan te brengen in arts-patiënt contacten: Angst, onwetendheid of onzekerheid is voor alle patiënten de drijfveer om het onderwerp AIDS met de huisarts te bespreken. Wanneer er echter sprake is van onzekerheid naar aanleiding van (met name vaste) seksuele contacten wordt er vaker gesproken over een test. Men is redelijk snel gerustgesteld en bezoekt de huisarts veelal eenmalig. Wanneer er sprake is van onzekerheid die de patiënt uit via klachten wordt er veel minder vaak over een test gesproken. Het gaat vaker om contacten van mannelijke patiënten en om contacten van patiënten uit een risico-categorie. Men zoekt geruststelling door de huisarts nogmaals te bezoeken. De contacten waarin algemene of informatieve vragen worden gesteld zijn minder duidelijk te typeren: Hele triviale vragen over AIDS of besmettingsrisico's blijken bij de huisarts nauwelijks te worden gesteld.

De verschillen tussen mannen en vrouwen naar aanwezigheid van een risico-categorie zijn opvallend te noemen. Vrouwen komen vooral vaak bij de huisarts omdat zij zich zorgen maken over het risicovolle gedrag van een (voormalige) partner. De verhouding tussen het aantal AIDS-gerelateerde contacten van mannen en van vrouwen blijkt, na een aantal verschuivingen, over de gehele periode gezien, met elkaar in evenwicht te zijn: In de beginperiode bezochten meer mannen dan vrouwen de huisarts en deze verhouding bleek na ongeveer drie jaar te zijn omgekeerd. In het laatste jaar van registratie zijn er evenveel contacten van mannen als vrouwen geregistreerd.

Het actieve handelen van de huisarts

Een conclusie die op basis van de gevonden resultaten kan worden getrokken is dat de huisarts bij zijn uitoefening van preventie en voorlichting ten aanzien van AIDS een pragmatische aanpak hanteert: In grote lijnen betekent dit dat er

een afspraak wordt gemaakt voor een test wanneer er een testverzoek is, er lichamelijk onderzoek wordt verricht bij lichamelijke klachten en gedragsadviezen worden gegeven bij vragen over incidentele seksuele contacten. De huisarts neemt vooral het initiatief om het onderwerp AIDS met een patiënt te bespreken wanneer de arts klachten signaleert die mogelijk zouden kunnen wijzen in de richting van een HIV-infectie. Tijdens contacten waarin de patiënt de indruk wekt zich over HIV of AIDS zorgen te maken roert de arts dit onderwerp zelf aan (6.5% van alle contacten). Gezien de betrekkelijk kleine aantallen geregistreerde AIDS-gerelateerde contacten lijkt dit er niet op te wijzen dat huisartsen op een structurele wijze AIDS-voorlichting geven op momenten dat patiënten de huisarts bezoeken voor bijvoorbeeld pilcontrole, het bespreken van seksuele moeilijkheden, geslachtsziekten of anderszins. De mate waarin huisartsen zélf het onderwerp AIDS aanroeren blijkt per praktijk nogal uiteen te lopen. Gemiddeld over vijf jaar, zijn er praktijken waarin de arts nooit zelf het initiatief neemt en praktijken waarin in 75% van de contacten de arts het onderwerp AIDS ter sprake heeft gebracht.

Preventie en voorlichting

Uit andere onderzoeken (Epstein, 1991; Gerbert e.a., 1990) kwam al naar voren dat er voor patiënten een behoorlijke drempel blijkt te zijn om ongerustheid of onzekerheid met betrekking tot AIDS met de huisarts te bespreken. Daarnaast zal ook de huisarts mogelijk belemmeringen ondervinden om het onderwerp AIDS en het daarmee in verband staande 'sexualiteit en sexueel gedrag' aan de orde te stellen. Frenken (Frenken e.a. 1988) signaleerde dat er nogal wat schort aan de taakopvattingen, vaardigheden en vernieuwingsgezindheid van huisartsen op dit gebied. Een mogelijke angst bij huisartsen om als zedenmeester te worden gezien en het respect van de arts voor de persoonlijke levenssfeer en het privé-leven van de patiënt kunnen ook bijdragen aan het innemen van een terughoudende opstelling. De geconstateerde verschillen tussen praktijken in het aantal geregistreerde contacten en ook in de mate waarin de huisarts zich actief opstelt bij het ter sprake brengen van AIDS tijdens het contact onderstrepen dat alertheid, openheid en extra aandacht van huisartsen voor de 'verscholen andere kant van de AIDS-epidemie' (Brody e.a. 1992) meer aandacht verdient te krijgen. De rol van de huisarts op het gebied van AIDS-voorlichting en preventie, die voor de individuele patiënt een belangrijke aanvulling blijkt te zijn op de algemene en doelgroep-specifieke voorlichtingscampagnes via de media, zou hiermee aan betekenis winnen.

6.3 De HIV-antistoffentest

De HIV-antistoffentest komt uit de registratie-gegevens naar voren als een belangrijk onderwerp van gesprek tijdens de contacten tussen huisartsen en patiënten. Gebleken is dat in de loop der tijd het belang van test tijdens de contacten zelfs nog is toegenomen.

Enige relativering van de in dit onderzoek naar voren komende 'belangrijkheid' van de test, wordt geboden door de cijfers van de Peilstations Nederland naast die van andere Peilstations in Europa te leggen.

In het kader van het project Eurosentinel (Institute of Hygiene and Epidemiology, 1993) zijn door Peilstations in verschillende landen van Europa in de periode '90-'92 gegevens verzameld. Ook de in Nederland verzamelde gegevens van de CMR Peilstations Nederland, die betrekking hebben op de HIV-antistoffentest, zijn binnen het project Eurosentinel gebruikt. Een vergelijking van de Nederlandse gegevens met die van België, Frankrijk, Spanje en Zwitserland laat zien dat de Nederlandse huisarts ten aanzien van de HIV-antistoffentest een uitzonderlijke positie inneemt: Het aantal testen per huisarts per jaar ligt in Nederland op 2, terwijl dat in Frankrijk bijvoorbeeld op 6 tot 10 testen en in Zwitserland zelfs op 17 per jaar ligt. Het bestaan van anonieme testlocaties in Nederland is, naast het terughoudende beleid, één van de mogelijke verklaringen voor dit verschil. Onmiddellijk valt ook op dat in Nederland de redenen om te testen vooral samenhangen met angst en ongerustheid, al dan niet als gevolg van een mogelijk gelopen risico. Elders wordt ook veelvuldig getest om pure administratieve redenen: Er wordt dan bijvoorbeeld altijd getest bij huwelijk of zwangerschap en ook voor zakelijke redenen wordt er via de huisarts een test gedaan. In Nederland is het vooral de patiënt die om een test vraagt, terwijl in de andere landen de huisarts hierop van grotere invloed is (Nederland: 87% van de testen aangevraagd door de patiënt tegenover 36-58% elders in Europa).

Gegevens van het Peilstationproject Amsterdam (Wigersma, 1990-1992) maken een vergelijking van de ervaringen van huisartspraktijken binnen Nederland mogelijk. Door 31 huisartspraktijken in Amsterdam wordt het verzoek om een HIV-antistoffentest, tezamen met enkele achtergrondgegevens, geregistreerd. In 1990 waren er voor mannen 67 aanvragen per 10 000 patiënten en voor vrouwen 42 per patiënten. Voor de Peilstations Nederland ligt het aantal verzoeken per 10 000 patiënten aanzienlijk lager: Gemiddeld over de vijf jaar op 13 per 10 000 (In 1990 was het aantal 12 per 10 000). De redenen voor de patiënten om zich te willen laten testen komen veel meer overeen: vooral motieven als 'wegens heterosexuele wisselende contacten', 'wegens het begin van een vaste relatie en ook 'homo- of bisexuele contacten' en 'voor een keuring' worden genoemd. Dit laatste motief geeft aan dat de

gegevens niet helemaal vergelijkbaar zijn: De Peilstations Nederland registreren alleen voor hun eigen patiënten, verzekeringskeuringen zijn dan ook uitgesloten van registratie. Uit een ander onderzoek (van Lierop e.a., 1991) kwam naar voren dat 39% van alle testen voor verzekeringskeuringen door de huisarts worden gedaan. Een deel van het verschil in aantal testen tussen de Peilstations Nederland en Amsterdam kan hiermee worden verklaard, maar een aanzienlijk deel van het verschil blijft bestaan. Gezien de in dit onderzoek geconstateerde verschillen in het aantal AIDS-gerelateerde contacten naar urbanisatiegraad, waarbij de 'gemeenten met meer dan 100 000 inwoners' het hoogste gemiddelde hadden, is een dergelijk verschil tussen Nederland en Amsterdam ook wel enigszins verklaarbaar. Ook enkele andere resultaten liggen in Nederland lager: Het percentage testverzoeken dat door de arts niet wordt ingewilligd ligt in Amsterdam rond de 23%, tegenover 15% bij de Peilstations Nederland. Bij de Peilstations Amsterdam waren er 19 positieve uitslagen: 1% van de testen bij vrouwen en 9% bij die van mannen. Het cijfer voor Nederland met 5 positieve testen in 5 jaar (0.9% totaal) ligt hier ook onder.

Zoals al eerder werd aangegeven zijn er in Nederland meer mogelijkheden dan alleen de huisarts om een HIV-antistoffentest te laten verrichten. Leenaars en anderen (1992) stellen te vermoeden dat mensen met risicovol seksueel gedrag juist niet naar de huisarts gaan voor een test. Aan een steekproef van bezoekers van GGD's en drempelvrije SOA-poliklinieken hebben zij gevraagd naar motieven om voor deze locatie te kiezen: Redenen om niet naar de huisarts te gaan blijken veelal te maken te hebben met het taboe rondom HIV-besmetting: Schaamte, het op de hoogte komen van het seksuele verleden en angst voor afkeuring van seksueel gedrag spelen hier een rol. Ook wil men niet graag dat de huisarts de testuitslag te weten komt (42%) of dat de partner/familie (11%) hiervan op de hoogte wordt gesteld. Bovendien geeft 11% aan dat de vermeende ondeskundigheid van de huisarts een rol heeft gespeeld bij hun keuze.

Bij de bezoekers van anonieme testlocaties zijn de twintigers en dertigers sterk vertegenwoordigd, net als bij de Peilstations. De verhouding mannen/vrouwen is in de onderzoekspopulatie (n=326) 60/40. Als belangrijkste motieven om een HIV-antistoffentest te willen laten verrichten werden 'de behoefte aan zekerheid vanwege een seksuele relatie (87-85%)' en 'nieuwe partner' (55%-50%) genoemd. Het motief 'mogelijkheid van vroegtijdige interventie' werd bij 29% van de mannen en 27% van de vrouwen genoemd. Opvallend is verder dat 98% van de personen na het prétest gesprek een test ondergaat: de mensen lijken al vastbesloten te zijn. Velen geven overigens ook aan er al lang van tevoren over na gedacht te hebben. Van de onderzoekspopulatie bleek er slechts één seropositieve testuitslag te hebben. Dit

lage aandeel, trekt de veronderstelling van Leenaars en anderen in twijfel: De aandelen van positieve uitslagen bij de registrerende huisartsen in zowel Amsterdam als Nederland blijken duidelijk hoger te liggen. Wordt de rol die de huisarts op het gebied van preventie en voorlichting van AIDS speelt, dit gegeven kennende, wellicht toch onderschat?

In het onderzoek van Leenaars (1992) is verder gekeken naar de ervaringen van de pré en post-testcounseling. De richtlijnen hiervoor zijn vrij strikt: Volgens de NCAB (1990) duurt een pré- en posttest gesprek bij het door-nemen van de volledige checklist gemiddeld zo'n 60 minuten. De testuitslag dient in een persoonlijk gesprek te worden meegedeeld. De Peilstation-gegevens geven aan dat deze richtlijnen in de huisartspraktijk niet worden nageleefd: immers slechts in een kwart van de gevallen wordt het meedelen van de testuitslag op deze wijze overgebracht. Maar ook op de anonieme testlocaties is de praktijk anders: Een prétestgesprek duurt gemiddeld zo'n 20 minuten en het posttestgesprek gemiddeld 5 tot 10 minuten. Niet alle voorgescreven onderwerpen worden aangeroerd. De gebruikers van deze testlocaties waren over het algemeen echter tevreden met de gesprekken; deze voldeden aan hun behoefte.

Deze ervaring sluit aan bij de mening die Wigersma (1993) in zijn inaugurele rede verdedigt:

De geprotocolleerde pré- en posttestcounseling was gebaseerd op de situatie van homoseksuele mannen en dus toegesneden op mensen met een relatief hoog risico. Bij hen was het evident dat een testverzoek uitvoerig werd besproken. Deze noodzaak voor uitgebreide pré- en posttestcounseling werd ook het officiële advies.

Dit keurslijf van de richtlijnen past echter niet bij de dagelijkse praktijk van huisarts en anonieme testlocatie: Mensen die vastbesloten zijn zich te laten testen en nauwelijks of geen risico hebben gelopen kunnen zonder uitvoerige procedure worden getest.

Ook op terrein van de HIV-antistoffentest blijkt een pragmatische aanpak, waarbij de testcounseling wordt aangepast aan de behoefte van een patiënt bruikbaar te zijn dan de gangbare richtlijnen op dit gebied.

LITERATUUR

- Bartelds A.I.M. Validation of Sentinel Data. *Gesundheitswesen*. 55(1993) 3-7 Sonderheft 1
- Brody D.S., C. Lerman, J.B. Jemmott. AIDS concerns among low-risk heterosexuals: the other side of the epidemic. *Medical Care*; 30, 1992, 276-281
- Centraal Bureau voor de Statistiek, Statistisch Zakboek 1992. 's-Gravenhage: SDU Uitgeverij, 1992
- Continue Morbiditeits Registratie Nederland, Jaarverslag 1992. NIVEL: Utrecht, 1993
- Epstein R. Patient attitude and knowledge about HIV infection and AIDS. *The Journal of Family Practice*; 32, 1991, 373-377
- Frenken J., K. Rodenburg, B. van Stolk. Huisartsen helpen bij seksuele moeilijkheden, Onderzoek naar belemmeringen in de hulpverlening. Van Loghum Slaterus, NISSO, 1988
- Gallagher M., C. Foy, T. Rhodes, P. Philips, J. Setters, M. Moore, S. Najj, C. Donaldson, J. Bond. HIV infection and AIDS in England and Wales; general practitioners' workload and contact with patients. *British Journal of General Practice*; 40, 1990, 154-157
- Gerbert B., B.T. Maguire, T.J. Coates. Are patients talking to their physicians about AIDS? *American Journal of Public Health*; 80, 1990, 467-468
- GGD Zuid-Kennemerland, Rapportage Huisartsenpeilstation Zuid-Kennemerland. Registratiejaar September 1988-september 1989. Haarlem: GGD Zuid-Kennemerland, afdeling Algemene Gezondheidszorg, 1990
- GGD Zuid-Kennemerland, Rapportage Huisartsenpeilstation Zuid-Kennemerland. Registratiejaar September 1989-september 1990. Haarlem: GGD Zuid-Kennemerland, afdeling Algemene Gezondheidszorg, 1991
- Green J., A. McCreaner. The worried well. In: *Counselling in HIV infection and AIDS*. Green J.C., A. McCreaner. Londen: Blackwell Scientific Publications, 1989
- Hingstman L., J.B. Pool. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: Nivel, 1992
- Houweling H., J.C. Jager. Epidemiologie van AIDS en HIV-infectie. SOA-reeks deel 7. Infectieziekten bulletin 1993; jaargang 4, nummer 13, p.268-276
- Institute of Hygiene and Epidemiology. Collection of data about HIV-antibody Tests. Surveillance of prescriptions of HIV-tests in General Practice by Sentinel Networks in Europe - Final Report. Brussels: Institute of Hygiene and Epidemiology, 1993
- Leenaars P.E.M., Th.G.M. Sandfort, A.J.M. Oliehoek, A.J.P. Schrijvers. Een HIV-test: méér dan de vraag alléén. Utrecht: vakgroep AGE, Rijksuniversiteit Utrecht, 1992

Lierop G.S. van, H. Houweling, L.G. Wiessing, J.N. Katschaki. Surveillance van HIV-infecties in de regio Arnhem; deel 2. Bilthoven RIVM-rapport 528910002, 1991

Meijman F.J. Van AIDS-ongerustheid naar HIV-behandeling? Trends in AIDS problematiek in twee Amsterdamse huisartspraktijken 1986-1989. Huisarts en Wetenschap; 1990, 96-97

Miller D. The worried well. In: The management of AIDS patients. Miller D., Weber J., Green J. Londen: Macmillan, 1986

Moons M.A.W., L. Peters. Huisarts en vragen over AIDS: anderhalf jaar registratie Peilstations Nederland. Medisch Contact; 1990, 45, 1055-1057.

Naij S.A., I.T. Russel, C.J.W. Foy, T.J. Callagher, T.J. Rhodes, M.P. Moore. HIV infection and Scottish general practice: workload and current practice. Journal of the Royal College of General Practitioners; 39, 1989, 234-238

Nationale Commissie AIDS Bestrijding. Vroegtijdige interventie bij personen met een HIV-infectie. Amsterdam: NCAB, 1990

Nijhuis H.G.J., I. Verkade-Burger. Vragen over AIDS op het spreekuur. Epidemiologisch Bulletin; 1987, 22, no 2, 26-28

Veehof L.G.J. Kennis en attitude van de Nederlandse huisarts ten aanzien van HIV-AIDS problematiek (onderzoek in afrondingsfase).

Wigersma L. Verzoeken om onderzoek op HIV-antistoffen. In: Jaarverslagen Amsterdams Peilstationsproject, 1989-1991. Amsterdam: GG & GD 1990-2

Wigersma L. De AIDS-zorg en de wegen naar Rome. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1993 (Inaugurale rede)

BIJLAGEN

- 1 De aanvullende vragenlijst
- 2 Het test-uitslagformulier

Bijlage 1

CONTINUE MORBIDITEITS REGISTRATIE PEILSTATIONS 1993

CAIDS (CONCERNS ABOUT AIDS)

Toelichting: Dit formulier invullen bij alle consulten (zowel eerste als vervolgconsulten) waarbij het onderwerp AIDS ter sprake komt. Dit formulier hoeft niet (meer) ingevuld te worden met betrekking tot patiënten die na een bevestigingsreactie seropositief blijken te zijn (zie eventueel de toelichting op de weekstaat).

Gegevens peilstationproject:

code peilstationarts: ☐ ☐

gemeld week: ☐ ☐

Gegevens patiënt:

m/v

geboortedatum: ☐ ☐ ☐ ☐

ziekenfondsverzekerd ☐ particulier verzekerd ☐

hoe lang in uw praktijk ingeschreven

< 2 jaar ☐; 3 t/m 4 jaar ☐; > 5 jaar ☐

1. SPECIEFIEKE PATIENTENKENMERKEN

Behoort de patiënt -naar uw weten- tot één of meer van de volgende categorieën en zo ja, was dit u al eerder bekend? (Graag hokje aankruisen in de categorieën die van toepassing zijn).

	Patiënt behoort tot deze categorie		Dit was mij al eerder bekend
a. homoseksuele contacten	☐ →	indien ja	→ ☐
b. bisexuele contacten	☐ →	"	→ ☐
c. contacten met prostituees	☐ →	"	→ ☐
d. heteroseksuele contacten met meerdere partners	☐ →	"	→ ☐
e. intraveneus druggebruik	☐ →	"	→ ☐
f. ontvanger bloedprodukten binnenland (indien ja, welk jaar periode)	☐ →	"	→ ☐
g. ontvanger bloedprodukten buitenland (indien ja, land en jaar)	☐ →	"	→ ☐
h. (homo/hetero-) seksuele contacten in buitenland/ met buitenlander (indien ja, land)	☐ →	"	→ ☐
i. beroepsrisico (indien ja, welk beroep)	☐ →	"	→ ☐
j. seksueel contact met lid risico groep (indien ja, toelichten)	☐ →	"	→ ☐
k. overig, te weten	☐ →	"	→ ☐

2. a. Was dit het eerste consult met deze patiënt waarbij AIDS/HIV-besmetting (of een daaraan gerelateerd probleem) ter sprake kwam? ☐ ja ☐ nee

b. Is de patiënt eerder op de aanwezigheid van antistoffen tegen HIV getest?

☐ nee

☐ ja, indien ja, ☐ uitslag positief ☐ uitslag negatief

c. Is tijdens dit consult AIDS(problematiek) door u of door de patiënt ter sprake gebracht?

☐ door de patiënt

☐ door uzelf(huisarts) omdat u de indruk had dat de patiënt zich zorgen over AIDS (problematiek) maakte

☐ door uzelf(huisarts), zonder dat u de indruk had dat de patiënt zich zorgen over AIDS (problematiek) maakte

3. Met welke (hulp)vragen werd u tijdens het consult geconfronteerd?

(meerdere antwoorden mogelijk)

☐ verzoek HIV-test

☐ vraag over symptomen, diagnostiek en/of behandeling van AIDS die in direct verband wordt gebracht met de vraagsteller zelf, indien ja, eventueel kort toelichten:

.....

.....

☐ vraag n.a.v. één of meer incidentele seksuele contacten, indien ja, eventueel kort toelichten:

.....

- ☐ vraag m.b.t. seksuele contacten met een vaste partner, indien ja, eventueel kort toelichten:
- ☐ vraag m.b.t. andere dan seksuele contacten: Bijv. bloed-bloed contacten (kapper, tandarts) toilet-gebruik, ect.....
- ☐ algemene vragen, die niet in verband worden gebracht met de vraagsteller, indien ja, eventueel kort toelichten:.....
- ☐ overige (hulp)vragen, te weten:

5. Somatische klachten

- a. Werden door de patiënt somatische klachten geuit die hij/zij in verband met AIDS/HIV-besmetting bracht?
- ☐ nee ☐ ja, welke klachten
- b. Werden door u (de huisarts) klachten/symptomen van de patiënt in verband gebracht met (een vermoeden) op AIDS/HIV-besmetting? ☐ nee ☐ ja, welke klachten/symptomen

6. H.I.V.-test

Wordt de patiënt getest op antistoffen tegen HIV?

- ☐ nee, waarom niet ☐ het risico op HIV-besmetting is verwaarloosbaar
- ☐ de patiënt ziet af van een test
- ☐ patiënt neemt bedenktijd
- ☐ het (eventueel) gelopen besmettingsrisico is van te recente datum (voor een test)
- ☐ andere reden, te weten:.....
- ☐ ja
- a. door welke instantie: ☐ huisarts-laboratorium ☐ BGD/GGD ☐ ziekenhuislaboratorium
- ☐ anders:
- b. waarom wordt de patiënt getest? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐ reële kans op HIV-besmetting
- ☐ om de patiënt gerust te stellen (terwijl kans op besmetting verwaarloosbaar is)
- ☐ omdat een externe instantie (verzekering, bedrijf) dit als voorwaarde heeft gesteld, zo ja, toelichten:
- ☐ i.v.m. zwangerschap.....
- ☐ overige reden, te weten

7. Welke (overige)hulp hebt u m.b.t. AIDS-problematiek aan de patiënt verleend? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- ☐ informatie gegeven
- ☐ lichamelijk onderzoek verricht
- ☐ de patiënt verwezen (excl. voor HIV-test)
- indien verwezen, naar: ☐ RIAGG ☐ AMW
- ☐ internist ☐ overige GGZ-voorziening
- ☐ overige somatische specialist
- ☐ categorale instelling (b.v. Schorerst., SAD) te weten
- ☐ anders, te weten:.....
- ☐ (gedrags) adviezen gegeven: ☐ 'veilig vrijen'
- ☐ beperking seksuele partners/monogamie.....
- ☐ overige, te weten
- ☐ overige hulpverlening, te weten:

8. Welke vervolgafspraken zijn (m.b.t. AIDS-problematiek) met de patiënt gemaakt?

- ☐ geen afspraken
- ☐ opbellen over weken
- ☐ terugkomen over weken
- ☐ contact opnemen bij geen verbetering/recidief en/of problemen
- ☐ overig, te weten

Bijlage 2

CONTINUE MORBIDITEITS REGISTRATIE PEILSTATIONS 1994

CAIDS (CONCERNS ABOUT AIDS)

Toelichting: Dit is een **"speciaal"** testuitslag-formulier

<u>Gegevens peilstationproject:</u> code peilstationarts: ☐ ☐ gemeld in week: ☐ ☐	<u>Gegevens patiënt:</u> M/V geboortedatum: ☐ ☐ ☐ ☐ ziekenfonds verzekerd ☐ particulier verzekerd ☐ hoe lang in uw praktijk ingeschreven < 2 jaar ☐ ; 3 t/m 4 jaar ☐ ; > 5 jaar ☐
---	--

De uitslag van de HIV-antistoffentest is:

- ☐ negatief
☐ positief
☐ niet bij ons bekend, want
.....
.....

De testuitslag is:

- ☐ in een persoonlijk gesprek meegedeeld
☐ per telefoon meegedeeld
☐ anders nl.:
.....