

Vragen over AIDS bij de huisarts in de periode 1988 -1996

C.C. Ros
J.J. Kerssens
M. Foets
L. Peters

april 1997

 **NIVEL**
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg
drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 2319946 fax 030 2319290

1 Dit onderzoek is gefinancierd door de Stichting Aids Fonds, in het kader van het Stimuleringsprogramma Aids-onderzoek van de Programma coördinatie commissie Aids-onderzoek (projectnummer 1313).

ISBN 90-6905328-4

Lay-out
Omslag

Bernadette Kamphuys
Mieke Cornelius

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	5
1.1	Aanleiding tot het onderzoek	6
1.2	Vraagstellingen	7
1.3	De opbouw van het rapport	10
2	DE OPZET VAN DE GEGEVENSVERZAMELING	11
2.1	Inleiding	11
2.2	De CMR Peilstations Nederland	11
2.3	De registratie van 'Vragen over AIDS bij de huisarts'	14
3	CONTACTEN WAARIN AIDS TER SPRAKE KOMT	16
3.1	Inleiding	16
3.2	Kenmerken van patiënten met vragen over AIDS	16
3.3	Een beschrijving van de hulpvraag	18
3.4	Het handelen van de huisarts	21
3.5	Een onderscheid tussen eerste contacten en vervolcontacten	24
3.6	Verbanden tussen de hulpvragen, de handelingen van de huisarts en patiëntkenmerken	26
4	VRAGEN OVER AIDS NAAR REGIO EN URBANISATIEGRAAD	30
4.1	Inleiding	30
4.2	Het aantal contacten per praktijk	30
4.3	Invloed urbanisatiegraad op hulpvraag patiënt en handelen huisarts	31
4.4	Invloed regio op hulpvraag patiënt en handelen huisarts	33
5	VERANDERINGEN IN DE TIJD 1988-1996	35
5.1	Inleiding	35
5.2	Een trend in het aantal AIDS-gerelateerde contacten	35
5.3	Een trend in de inhoud van de AIDS-gerelateerde contacten	39
6	SAMENVATTING EN BESCHOUWING	44
6.1	Samenvatting	44
6.2	Beschouwing	48
	LITERATUUR	51
	BIJLAGEN	55
	Bijlage I Weekstaat CMR-Peilstations 1996	56
	Bijlage II Registratieformulier CAIDS	57
	Bijlage III Registratieformulier CAIDS testuitslag	59

De resultaten van deze analyse zijn gepubliceerd in het NIVEL-rapport "Vragen over AIDS bij de huisarts" (Moons & Peters, 1994; Moons, Peters, Bartelds & Kerssens, 1996). De afgelopen drie jaar (1-04-1993 tot 31-03-1996) is de registratie van contacten waarin AIDS ter sprake kwam, gecontinueerd in het kader van de monitoringfunctie van het CMR-project. De gegevens van de totale acht jaar registratieperiode zullen in dit rapport worden geanalyseerd, grotendeels op dezelfde manier zoals dit ook in het eerdere rapport is gebeurd. Dit rapport vervangt daarom ook het eerste rapport. Naast patiëntkenmerken, de hulpvraag, het handelen van de huisarts en het aantal contacten per praktijk, worden veranderingen in de tijd beschreven.

1.1 Aanleiding tot het onderzoek

Ten tijde van het eerste rapport (1994) was nog weinig bekend over de mate waarin AIDS ter sprake kwam in de huisartspraktijk, het soort vragen dat patiënten hadden en het handelen van de huisarts.

Nu, een aantal jaar later, is er bij patiënten meer bekend over AIDS. Als gevolg van grote collectieve preventie-campagnes met betrekking tot seksueel overdraagbare aandoeningen en HIV is het kennisniveau in Nederland hoog wat betreft het voorkomen ervan. Mensen worden voorgelicht via overheids campagnes, zorgverleners op scholen en de media (Van Bergen, 1996). Hiernaast kunnen ze met vragen bij verschillende instanties terecht. De inhoud van de contacten met huisartsen waarin AIDS ter sprake gebracht wordt, is als gevolg hiervan wellicht veranderd. Met het oog op de vele specifieke voorlichting is het interessant te weten wat de patiëntkenmerken zijn van de patiënten die zich zorgen maken. Steeds meer wordt de nadruk gelegd namelijk gelegd op preventie op maat, dus rekening houdend met kennis en wensen van de patiënt (Bergen, 1996; Jongh-Wieth, e.a., 1996; Coenders ea., 1996). Ook de reactie en het handelen van de huisarts kan in de loop der jaren veranderd zijn. Huisartsen weten meer over AIDS en het voorkomen en behandelen ervan. De resultaten van de behandeling zijn overigens verbeterd. AIDS is nog steeds niet te genezen, maar bij vroegbehandeling van HIV-geïnfecteerde patiënten met combinaties van verschillende proteaseremmers, kan het moment dat de patiënt daadwerkelijk AIDS krijgt steeds langer uitgesteld worden (AIDS-Conferentie Vancouver, 1996). De verwachting is dat patiënten hierdoor sneller bij ongerustheid naar de huisarts gaan en eerder om een HIV-test vragen, omdat een vroege ontdekking en behandeling gewenst is. Het testbeleid in Nederland is in vergelijking met de omliggende landen nog steeds terughoudend, maar daarin lijkt de laatste jaren verandering te komen (De Jongh-Wieth, 1996). Dit zou er toe kunnen leiden dat er tegenwoordig meer testen aangevraagd worden dan in het verleden.

Kortom: er zijn uiteenlopende redenen om de gegevens van de afgelopen acht jaar nader te analyseren en om mogelijke trends in de AIDS-gerelateerde contacten te onderzoeken. Met name voor de rol die de huisarts speelt, is het voor de preventie-activiteiten belangrijk te weten welke patiënten met vragen komen en voor het behandelen van de patiënten is het belangrijk inzicht te hebben in het aantal HIV-testen.

In de volgende paragraaf worden de vraagstellingen van het onderzoek gepresenteerd en toegelicht.

1.2 Vraagstellingen

De eerste vraagstelling heeft als doel inzicht te verschaffen in de *kenmerken van patiënten met AIDS-gerelateerde hulpvragen* in de huisartspraktijk. De huisarts zal in de meeste gevallen het eerste aanspreekpunt zijn voor mensen die vragen hebben of ongerust zijn. Een enkel onderzoek toont aan dat patiënten twijfelen aan de deskundigheid van de huisarts of liever naar een anonieme testlokatie gaan, omdat ze niet willen dat de huisarts en eventueel de familie op de hoogte komt van de testuitslag (Leenaars, 1992). Het is belangrijk om inzicht te verwerven in de achtergrondkenmerken van patiënten die met Aids-gerelateerde vragen bij de huisarts komen. Met het oog op 'voorlichting op maat' is het van belang te weten welke patiënten met hun vragen over AIDS bij de huisarts komen. Uit eerder onderzoek blijkt gemiddeld even veel mannen als vrouwen komen met vragen en dat de meeste mensen tussen de 20 en 40 jaar oud zijn. De belangrijkste risicogroep wordt gevormd door patiënten met heterosexuele contacten met meerdere partners (één derde van de contacten). Bij nogmaals één derde van de contacten is bij de huisarts geen risicocategorie bekend. De traditionele risicogroep (homosexuele contacten, bisexuele contacten en intraveneus druggebruik) bestaat uit slechts 16% van de contacten.

Vraagstelling één luidt:

1. Welke patiënten (geslacht, leeftijd en risicogroep) komen bij de huisarts met vragen over AIDS?

De tweede vraagstelling betreft de inhoud van de hulpvraag, meerbepaald *welke de onderwerpen zijn die de patiënt ter sprake brengt*. In het onderzoek van Moons en Peters (1994) bleek dat de HIV-antistoffentest een belangrijk onderwerp van gesprek was: bij tweederde werd de HIV-antistoffentest besproken. Vaak in combinatie met de HIV-antistoffentest werd gesproken over de mogelijke risico's naar aanleiding van seksuele contacten. Veel patiënten wilden weten of er sprake is geweest van onveilig gedrag en een gelopen risico. Ook kwamen er patiënten bij de huisarts met vragen over klachten of symptomen van AIDS.

2. Om welke hulpvragen gaat het tijdens deze consulten (testverzoek, informatie, lichamelijke klachten, sexueel gedrag)?

De derde vraagstelling van het onderzoek betreft het *handelen van de huisarts*. Preventie wordt nog steeds beschouwd als de enige mogelijkheid om de verspreiding en gevolgen van seksueel overdraagbare aandoeningen en HIV binnen de perken te houden. Patiënten staan positief tegenover preventieve maatregelen door de huisarts (Leenaars, 1992) en huisartsen blijken qua kennisniveau redelijk tot goed in staat zijn om te gaan met HIV-geïnfecteerde mensen (Veehof, e.a., 1994). De huisarts kan op het gebied van AIDS-voorlichting en preventie voor de individuele patiënt een belangrijke aanvulling zijn op de algemene en doelgroep-specifieke voorlichtingscampagnes via de media. Van Bergen (1996) beschrijft de preventie-activiteiten van huisartsen met betrekking tot seksueel overdraagbare infecties. Hij pleit voor individuele voorlichting op maat, hetgeen betekent dat de preventie aansluit bij wat de patiënt al weet en wenst. De huisartsen zijn volgens hem "potentieel uitstekende preventiewerkers, omdat er in

de huisartsenpraktijk veel momenten zijn om risico-inschatting en veilig vrijen op eigen wijze en maat te bespreken, bijvoorbeeld tijdens anticonceptiegesprekken of verzoeken om morning-afterpil en HIV-test". Huisartsenorganisaties hebben preventie de laatste jaren hoog op de agenda staan (Wigersma, 1996). Ze zien in dat de huisarts, en met name die in opleiding moet leren preventief te handelen. Met het oog hierop is het van belang om goed in kaart te brengen in hoeverre de huisarts de voorlichtersrol vervult.

Naast het geven van voorlichting en advies, kan het handelen van de huisarts inhouden dat deze lichamelijk onderzoek uitvoert of een HIV-antistoffentest aanraadt en aanvraagt. Het beleid in Nederland met betrekking tot het uitvoeren van testen is terughoudend vergeleken met andere landen. Binnen het registratie-project Eurosentinel (1995) waarbij Peilstationnetwerken uit verschillende landen van Europa zijn aangesloten, zijn over de periode '90-'95 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.

Uit het onderzoek van Moons & Peters (1994) blijkt dat de HIV-antistoffentest wordt aangevraagd in 60% van de contacten en dat in 80% van de contacten informatie wordt gegeven. Adviezen worden gegeven in 30% van de contacten en lichamelijk onderzoek vindt plaats in 15% van de contacten.

De derde vraagstelling luidt:

3. Welke actie onderneemt de huisarts (test, advies, lichamelijk onderzoek, verwijzen)? Hoe vaak wordt een HIV-antistoffentest aangevraagd?

Nadat achtereenvolgens de kenmerken van de patiënten met een AidS-gerelateerde vraag aan de orde zijn geweest, evenals hun hulpvraag en het handelen van de huisarts, wordt vervolgens de vraag naar *de relatie tussen deze drie aspecten* aan de orde gesteld. Mogelijk is de aard van de hulpvraag verschillend afhankelijk van patiëntkenmerken. Ook kan worden verwacht dat er verbanden worden gevonden tussen het handelen van de huisarts enerzijds en de kenmerken van patiënten en hun hulpvraag anderzijds.

Vraagstelling vier luidt:

4. Welke relaties zijn er tussen patiëntkenmerken en hulpvraag, en tussen patiëntkenmerken, hulpvraag en het handelen van de huisarts?

Waar de vorige vraagstellingen de inhoud van AIDS-gerelateerde contacten betrof, is het daarnaast van belang om inzicht te verwerven in *het aandeel van AIDS-gerelateerde vragen op het totaal van de in de praktijken ingeschreven patiënten*: hierdoor wordt enig inzicht verkregen in de werkbelasting die AIDS-gerelateerde vragen met zich meebrengen. In het onderzoek van Moons en Peters (1994) bleek dat de Nederlandse huisarts gemiddeld 4 HIV-gerelateerde contacten per jaar heeft (uitgaande van een normpraktijk van 2350 patiënten). Tijdens verreweg de meeste contacten was het de patiënt zelf die het onderwerp AIDS ter sprake brengt.

Vraagstelling vijf luidt:

5. In welke mate worden huisartsen geconfronteerd met vragen over AIDS door patiënten die niet bewezen seropositief zijn?

Binnen Nederland kunnen er vervolgens grote verschillen bestaan tussen het aantal AIDS-gerelateerde contacten, bijvoorbeeld naar regio of naar urbanisatiegraad. Uit het onderzoek van Moons en Peters (1994) bleek dat met het toenemen van de verstedelijking ook het aantal AIDS-gerelateerde contacten toenam. Wat betreft regio was het aantal contacten het hoogst in het Zuiden van het land.

De zesde vraagstelling luidt:

6. In hoeverre bestaan er verschillen in het aantal contacten naar urbanisatiegraad en regio?

In het verlengde hiervan hebben Moons en Peters (1994) ook onderzocht of er verschillen zijn naar regio en urbanisatiegraad voor wat betreft de aard van de hulpvraag en het handelen van de huisarts. Zij vonden geen verschillen naar verstedelijking voor wat betreft het aandeel testverzoeken op het totaal aantal AIDS-gerelateerde contacten, maar wel meer testafspraken binnen AIDS-gerelateerde contacten in weinig verstedelijkte gebieden. Wanneer de gegevens van het Amsterdamse Peilstationproject, waaraan door 31 praktijken uit de stad wordt meegewerkt, worden vergeleken met die van de CMR Peilstations Nederland, blijkt dat het gemiddeld aantal testen per praktijk in de Amsterdamse registratie hoger te liggen (Wigersma, 1990-2). De zevende vraagstelling luidt:

7. In hoeverre zijn er verschillen in de aard van de hulpvraag en in het handelen van de huisarts naar urbanisatiegraad en regio?

De laatste vraagstelling tenslotte betreft de mogelijke veranderingen in de tijd. In het onderzoek van Moons en Peters (1994) was een duidelijke groei te constateren van 3,4 contacten per jaar en per normpraktijk in 1988 naar 5,7 contacten in 1993. Deze groei bleek zich alleen voor te doen in gemeenten met meer dan 100.000 inwoners en in de verstedelijkte gemeenten, maar niet in de plattelandsgemeenten waar juist sprake was van een afname. Naar regio waren er geen significante verschillen.

Aanvankelijk bezochten meer mannen dan vrouwen de huisarts; na drie jaar was de verhouding omgekeerd om uiteindelijk in het laatste registratiejaar uit te komen op gelijke aantallen contacten voor beide geslachten.

Zowel het aantal contacten waarin door de patiënt om een test is verzocht als het aantal contacten waarin een testafpraak is gemaakt (beide per 10 000 patiënten) is in de loop van de tijd toegenomen, en dan opnieuw met name in gemeenten met meer dan 100.000 inwoners en in verstedelijkte gemeenten, terwijl opnieuw een afname wordt geconstateerd op het platteland. Tenslotte bleek het aandeel van testverzoeken en testafspraken op het totaal aantal contacten te zijn toegenomen in de loop van de tijd. Omdat de laatste jaren het terughoudende testbeleid lijkt losgelaten te worden omdat de mogelijkheden voor vroegbehandeling sterk zijn verbeterd. In dit onderzoek wordt speciale aandacht aan de HIV-antistoffentest besteed.

De laatste vraagstelling luidt:

- 8. *Welke ontwikkelingen doen zich voor ten aanzien van bovengenoemde aspecten in de periode 1 april 1988 tot 1 april 1996?***

1.3 De opbouw van het rapport

In 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 AIDS-gerelateerde contacten: de kenmerken van de patiënten, hun hulpvraag en de handelingen van de huisarts. Deze aspecten worden eerst afzonderlijk en vervolgens in onderlinge samenhang bekeken. Hiermee wordt een antwoord gegeven op de vraagstellingen 1 tot en met 4.

In hoofdstuk 4 wordt berekend hoeveel AIDS-gerelateerde contacten er plaats vinden in een gemiddelde huisartspraktijk en wordt onderzocht of er hierbij verschillen naar urbanisatiegraad en regio zijn. Ook wordt in dit hoofdstuk gekeken naar verschillen in de aard van de hulpvraag en het handelen van de huisarts naar regio en urbanisatiegraad. Hiermee wordt een antwoord gegeven op de vijfde, zesde en zevende vraagstelling.

In hoofdstuk 5 staan de ontwikkelingen in de tijd centraal. Op kwartaalniveau worden trends in het aantal en de inhoud van de contacten bestudeerd. Hiermee wordt vraagstelling acht beantwoord.

De belangrijkste bevindingen worden in hoofdstuk 6 samengevat. In dit hoofdstuk worden ook conclusies getrokken voor het beleid en in het bijzonder voor de rol van de huisarts in de toekomst.

2 DE OPZET VAN DE GEGEVENSVERZAMELING

2.1 Inleiding

De verzameling van de gegevens voor dit onderzoek heeft plaatsgevonden binnen het registratienetwerk van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. Dit registratienetwerk functioneert al vanaf 1970 en het bestaat uit ruim 40 huisartsenpraktijken, waarin samen zo'n 60 huisartsen werkzaam zijn. Door de deelnemende huisartsen, de peilstationartsen, wordt wekelijks een formulier ingezonden, waarop bepaalde ziektebeelden, gebeurtenissen en verrichtingen genoemd zijn, die door de huisarts moeten worden geregistreerd. Voorbeelden van de onderwerpen die 'op de weekstaat staan' zijn nieuwe gevallen van influenza, het maken van een cervixuitstrijkje, lever-, galblaas- en pancreasziekten en sterilisatie. Elk jaar wordt de lijst met onderwerpen 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 1988-1996 tussen de 12 en 16 per jaar. De ingezonden gegevens worden wekelijks op het secretariaat van de CMR Peilstations Nederland centraal verzameld en gecontroleerd. Wanneer gegevens niet of onvolledig zijn ingevuld wordt contact gezocht met de betreffende huisarts. Een voorbeeld van een weekstaat is opgenomen als bijlage I.

Voor een beperkt aantal onderwerpen die op de weekstaat staan, wordt door de huisartsen een aanvullende vragenlijst ingevuld. Door middel van deze vragenlijsten geeft de huisarts aanvullende informatie over het contact met de patiënt.

Sinds 1988 staat het onderwerp 'Vragen over AIDS bij de huisarts' op de weekstaat. Ook bij dit onderwerp wordt verwacht dat de huisartsen een aanvullende vragenlijst invult (Bijlage II). Wanneer er een HIV-antistoffentest aangevraagd is, wordt bovendien nog een extra formulier ingevuld (Bijlage III). In paragraaf 2.3 wordt nader ingegaan op de drie onderdelen van de registratie 'Vragen over AIDS bij de huisarts'. In de volgende paragraaf wordt eerst een beschrijving van de CMR Peilstations Nederland gegeven.

2.2 De 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. Uit het jaarlijkse rapport van de CMR Peilstations 1995, waarin een vergelijking wordt gemaakt tussen de populatie van deze praktijken en de bevolkingsgegevens van Nederland (CBS), blijkt dat globaal aan de nagestreefde 1% dekking wordt voldaan (Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland, 1995). Wel is er sprake van oververtegenwoordiging van patiënten in de noordelijke provincies (1,5% van de peilstationpopulatie in plaats van 1%) en een ondervertegenwoordiging van patiënten op het platteland (0,7% in plaats van 1%).

De leeftijds- en geslachtsopbouw van de peilstations wordt ook bijgehouden. Met betrekking tot de beginjaren is er een kleine verschuiving opgetreden: in de jongste leeftijdsgroepen zijn er anno 1996 vergeleken met de voorgaande tellingen meer subgroepen met een percentage kleiner dan één, in de oudste zijn er minder. Dit wijst er op dat de oudere categorieën licht oververtegenwoordigd zijn.

De representativiteit van de deelnemende praktijken

In tabel 2.1 wordt een overzicht gegeven van het aantal deelnemende huisartspraktijken over de jaren '88-'96.

Tabel 2.1 Het aantal praktijken (en het aantal huisartsen) naar provinciegroep en urbanisatiegraad, dat in de periode van 1988 tot en met 1996 deel uitmaakt(e) van het Peilstationnetwerk

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
<u>provinciegroep</u>									
noord	6 (10)	6 (10)	6 (10)	6 (10)	6 (10)	6 (10)	6 (10)	6 (10)	6 (10)
oost	8 (10)	8 (10)	8 (10)	8 (10)	8 (10)	10 (12)	11 (13)	11 (14)	11 (14)
west	21 (28)	21 (28)	20 (28)	19 (29)	19 (29)	19 (28)	18 (26)	17 (24)	17 (24)
zuid	10 (14)	10 (13)	10 (13)	10 (14)	10 (14)	10 (14)	10 (15)	10 (15)	10 (15)
<u>urbanisatiegraad</u>									
plattelands	6 (9)	6 (9)	6 (10)	6 (10)	6 (10)	6 (10)	7 (9)	7 (10)	7 (10)
verstedelijkt	26 (39)	26 (38)	25 (37)	25 (39)	24 (37)	26 (38)	29 (41)	28 (42)	28 (42)
stedelijk (>100 000 inw.)	13 (14)	13 (14)	13 (14)	12 (14)	13 (16)	13 (17)	9 (14)	9 (13)	9 (13)
Nederland totaal	45 (62)	45 (61)	44 (61)	43 (63)	43 (63)	45 (65)	45 (64)	44 (65)	44 (65)

Over het algemeen zijn de praktijken in gebieden met verschillende urbanisatiegraden gelijkmatig verspreid over de verschillende regio's. Alleen in de regio zuid is geen plattelandsgemeente opgenomen.

Voor 1996 is het mogelijk om een vergelijking te maken tussen landelijke gegevens over het aantal huisartsen en het aantal peilstationartsen. In tabel 2.2 is het aantal huisartsen per provinciegroep (Hingstman en Harmsen, 1996) en naar urbanisatiegraad weergegeven.

Tabel 2.2 Peilstationnetwerk vergeleken met Nederland naar provinciegroep (1996) en naar urbanisatiegraad.

	gegevens over de aantal huisartsen		
	Ned.	Peilstat.	% (gestreefd wordt naar 1%)
<u>provinciegroep</u>			
noord	726	10	1.4%
oost	1412	14	1.0%
west	3050	24	0.8%
zuid	1662	15	0.9%
<u>urbanisatiegraad</u>			
plattelandsgemeenten	737	10	1.4%
verstedelijkte gemeenten	4373	42	1.0%
steden > 100 000 inw.	1704	13	0.8%
Nederland totaal	6814	63	0.9%

In 1996 waren er in Nederland 6814 praktizerende huisartsen. Uit de tabel komt naar voren dat er over het algemeen voldoende vertegenwoordiging van huisartsen in het peilstationnetwerk is (Hingstman e.a.,1996) Er is sprake van een oververtegenwoordiging in de provinciegroep 'noord'. In de andere drie provincies bevinden zich wel 1% van het aantal huisartsen dat landelijk in deze provincies zit. Wat betreft het aantal huisartsen in de gebieden met een verschillende urbanisatiegraad is het aantal plattelandsgemeenten oververtegenwoordigd (1,4%).

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 provinciegroep



De peilstationartsen werken en rapporteren niet alle dagen van het jaar. In het algemeen geven huisartsen door wanneer zijn bijvoorbeeld door vakantie of ziekte niet geregistreerd hebben. Het maximum aantal dagen waarover kan worden gerapporteerd, is afhankelijk van het aantal weken in het betreffende jaar en van het aantal peilstations. Voor 1995 bijvoorbeeld bedroeg het 11.440 dagen (52 weken * 5 dagen * 44 peilstations). Gemiddeld is het percentage feitelijk geregistreerde dagen 87-88% van

het maximale aantal 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.

De betrouwbaarheid de verzamelde gegevens

De gegevens die door de peilstations verzameld worden, kunnen beschouwd worden als representatief voor de totale Nederlandse bevolking. Zoals uit het voorgaande blijkt zijn de praktijken die deelnemen aan het peilstationnetwerk een representatieve afspiegeling van alle praktijken in Nederland.

Hiernaast vindt de deelname aan het peilstationnetwerk plaats op basis van vrijwilligheid. Er wordt dan ook verondersteld dat de participerende huisartsen worden gemotiveerd 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 duidelijk gedefinieerd te zijn, zodat verschillen in interpretatie tussen de huisartsen worden beperkt. Tijdens een jaarlijkse bijeenkomst van alle peilstationartsen wordt op nieuwe onderwerpen een toelichting gegeven. Vaak wordt ook nog aandacht besteed aan de registratie van 'oude onderwerpen' en is er gelegenheid voor de peilstationartsen om vragen te stellen met betrekking tot het registreren.

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 (zie ook Bartelds, 1993).

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. In het tweede kwartaal van 1988 zijn de huisartsen begonnen ook een aanvullende vragenlijst in te vullen over de inhoud van het contact. Op dit aanvullende formulier worden zaken geregistreerd over de hulpvraag van de patiënt, het handelen van de huisarts en gegevens over de kenmerken van de patiënt.

In principe registreren de huisartsen elk face to face contact met een patiënt uit de eigen praktijk waarin het onderwerp AIDS op enigerlei wijze ter sprake is gekomen. Registratie vindt niet meer plaats vanaf het moment waarop patiënten besmet blijken met het HIV: de laatste melding in dergelijke gevallen betreft dan het contact met de patiënt waarin de positieve uitslag van de test meegedeeld wordt.

In Bijlage II 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 (geboortjaar, 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 Peilstationsecretariaat verstuurd. Wanneer een HIV-antistoffentest wordt uitgevoerd betekent dit doorgaans dat de uitslag van de test pas enkele weken later bekend is. Vanuit het Peilstationsecretariaat wordt daarvoor 'een testuitslagformulier' (zie Bijlage III) 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.

3 CONTACTEN WAARIN AIDS TER SPRAKE IS GEKOMEN

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de eerste vier vraagstellingen van het onderzoek beantwoord. Achtereenvolgens wordt beschreven welke patiënten bij hun huisarts komen met vragen over AIDS (3.2), met welke vragen patiënten bij hun huisarts komen (3.3) en hoe de huisarts handelt (3.4). De meeste mensen van wie het contact geregistreerd is, hebben voor het eerst bij hun huisarts het onderwerp AIDS ter sprake gebracht. Er is een kleine groep patiënten die dat al eerder gedaan heeft. In 3.5 wordt gekeken of er verschillen bestaan tussen eerste en vervolcontacten wat betreft het soort patiënten, hulpvragen en handelingen van de huisarts.

Hierna wordt in 3.6 onderzocht in hoeverre er in het algemeen een verband bestaat tussen de voorgaande punten: hangt de hulpvraag samen met patiëntkenmerken en kan het handelen van de huisarts verklaard worden door de patiëntkenmerken en hulpvraag?

3.2 Kenmerken van patiënten met vragen over AIDS

In acht jaar tijd (1988-1996) zijn door de peilstationartsen 2021 contacten geregistreerd waarin het onderwerp AIDS ter sprake is gekomen. De artsen registreren alleen die contacten met patiënten die in hun eigen praktijk ingeschreven staan en waarvan nog niet bekend is of ze seropositief zijn.

Uit tabel 3.1 blijkt dat de meeste van deze patiënten tussen de 20 en de 40 jaar zijn. Het aantal mannen en vrouwen verschilt niet veel van elkaar (1014 mannen en 974 vrouwen). Wel valt op dat vrouwen over het algemeen iets jonger zijn. De gemiddelde leeftijd van de mannen is 34, terwijl vrouwen gemiddeld 31 jaar zijn.

Tabel 3.1 Geslacht en de leeftijdscategorie van de patiënten in geregistreerde contacten (N=2021 contacten)

leeftijdscategorie	mannen		vrouwen		totaal	
	N	%	N	%	N	%
<15 jaar	6	0,3	6	,3	12	0,6
15-19	138	1,9	63	3,2	101	5,1
20-24	168	8,5	232	11,7	400	20,1
25-29	203	10,2	244	12,3	447	22,5
30-34	191	9,6	147	7,4	338	17,0
35-39	140	7,0	121	6,1	261	13,1
40-44	108	5,4	56	2,8	164	8,2
45-49	64	3,2	42	2,1	106	5,3
50-54	29	1,5	29	1,5	58	2,9
55-59	26	1,3	14	0,7	40	2,0
>60	41	2,1	20	1,0	61	3,1
onbekend				33		
	1014	100%	974	100%	2021	100%

De huisarts kan per contact aangeven of de patiënt volgens hem tot een potentiële risicocategorie behoort. Hiervoor zijn op het registratieformulier tien mogelijke categorieën aangegeven, bijvoorbeeld 'homosexuele contacten', 'contacten met prostituées' en 'intraveneus druggebruik'. Er is tevens gevraagd of de huisarts al eerder wist dat de patiënt tot deze risicocategorie behoorde. In tabel 3.2a is per risicogroep aangegeven hoeveel patiënten hierbij door de huisarts zijn ingedeeld en het percentage dat de risicogroep van het totaal uitmaakt. Er is ook aangegeven van welke patiënten de huisarts al vooraf wist dat de patiënt tot deze groep gerekend kon worden. Het percentage heeft hier betrekking op het totaal aantal patiënten in één risicocategorie. Het kan voorkomen dat een patiënt gerekend wordt tot verschillende risico-categorieën.

Tabel 3.2a Risico-categorieën van patiënten in geregistreerde contacten (meerdere antwoorden mogelijk) en bekendheid risico bij huisarts (N=2021 contacten)

	absoluut	(%)	aantal eerder bekend bij huisarts (% van groep)
Geen risico-groep	662	(32,8)	
Homosexuele contacten	196	(9,7)	157 (80,0)
Bisexuele contacten	63	(3,1)	34 (54,3)
Intraveneus druggebruik	27	(1,3)	20 (74,1)
Contacten met prostituées	150	(7,4)	52 (34,7)
Heterosexuele contacten met meerdere partners	668	(33,1)	245 (36,7)
Sexueel contact met lid risico-groep	205	(10,1)	34 (16,6)
Sexueel contact in buitenland/met buitenlander	130	(6,4)	35 (26,9)
Beroepsrisico	59	(2,9)	39 (66,1)
medisch/verzorgend:	32		-
prostitutie:	14		-
openbare orde:	4		-
Ontvanger bloedproducten binnenland	26	(1,3)	16 (61,5)
Ontvanger bloedproducten buitenland	2	(0,1)	1 (50,0)
Overig risico	66	(3,3)	13 (19,7)

De bovenstaande indeling naar risico's is zeer gedetailleerd. Het ingedeeld zijn bij een risicogroep vormt een mogelijke verklaring voor de hulpvraag van de patiënt of het handelen van de huisarts. Hiertoe is gezocht naar een indeling in een beperkt aantal categorieën. In de literatuur worden drie 'traditionele' risico-categorieën onderscheiden; homosexuele contacten, bisexuele contacten en intraveneus druggebruik. Voor deze groepen patiënten bestaat al langer specifieke aandacht, in de vorm van gerichte voorlichting en gespecialiseerde hulpverleners. In het vervolg van dit rapport worden deze traditionele risicogroepen in één categorie ondergebracht. Hiernaast worden nog twee andere hoofdcategorieën gevormd. Concreet betekent dit dat risicocategorie 1 gevormd wordt door alle combinaties van risico-categorieën waarin homosexuele contacten, bisexuele contacten of intraveneus druggebruik voorkomen ("traditioneel risico"). Risicocategorie 2 bevat alle combinaties (die nog niet in de eerste categorie opgenomen zijn) waarin heterosexuele contacten met meerdere partners, contacten met prostituées of sexueel contact met een persoon van een risico-groep voorkomen ("risicovolle heterosexuele contacten"). De derde risicocategorie betreft een restcategorie van patiënten met een verhoogd risico. Het gaat hier om mensen die seksuele contacten in buitenland/met buitenlander hebben gehad, beroepsrisico lopen, ontvanger zijn van bloedproducten ("overig risico"). Het aantal patiënten in deze nieuwe indeling van risicogroepen is weergegeven in tabel 3.2b.

Tabel 3.2b Risicocategorieën van patiënten (N=2021 contacten)

Geen risico	662 (32,8%)
Traditionele risicocategorie (homosexueel, bisexueel, intrav.druggebruik)	274 (13,6%)
Heterosexuele risicocategorie (risicovolle contacten, prostitutiebezoek)	902 (44,6%)
Overige risicogroepen (ontvanger bloedproducten, etc.)	183 (9,1%)

3.3 Een beschrijving van de hulpvraag

Bij de registratie van AIDS-gerelateerde contacten heeft de huisarts bij elk contact aangegeven wie het *initiatief* heeft genomen om het onderwerp AIDS ter sprake te brengen. Het blijkt dat de patiënt dit in verreweg de meeste contacten doet (86,8%). Bij 6,1% van de contacten begint de huisarts over AIDS, omdat de patiënt de indruk wekt zich zorgen te maken. Bij 4,1% van de contacten brengt de huisarts geheel op eigen initiatief het onderwerp AIDS naar voren. Bij de overige contacten (3,0%) is niet bekend wie het onderwerp ter sprake gebracht heeft.

Aard van de hulpvraag

Op het registratieformulier zijn zeven hulpvragen genoemd waarmee de huisarts mogelijk geconfronteerd is tijdens het consult. Deze *hulpvragen* zijn: het verzoek om een HIV-test; vragen met betrekking tot symptomen, diagnostiek of de behandeling van AIDS; somatische klachten die door de patiënt in verband worden gebracht met AIDS; vragen naar aanleiding van één of meer incidentele seksuele contacten; vragen naar aanleiding van seksuele contacten met een vaste partner; vragen die betrekking hebben op niet-seksuele contacten; algemene vragen; en, tenslotte, overige vragen.

Per mogelijke hulpvraag heeft de huisarts aangegeven of deze wel of niet in het contact ter sprake gekomen is en bestaat de mogelijkheid een toelichting te geven op de hulpvraag van de patiënt. Het is mogelijk dat in één contact meerdere hulpvragen genoemd zijn. Bij 1981 van de 2021 geregistreerde contacten heeft de huisarts aangegeven welke hulpvraag in het contact aan de orde geweest is.

Uit tabel 3.3 blijkt dat het verzoek om een HIV-antistoffentest het meest naar voren gebracht is (73,1%). In 16,8% van de contacten wordt gesproken over symptomen, diagnostiek en behandeling van AIDS. In 21,6% van de contacten komt de patiënt met somatische klachten bij de huisarts en denkt dat deze klachten met AIDS te maken hebben. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om moeheid, algemene malaise, huidaandoeningen, klieropzettingen of diarree. Daarnaast is er een kleine groep patiënten die klachten als 'ontstoken tandvlees', 'rode ogen' of 'chronische keelpijn' als een mogelijk voorteken van AIDS beschouwen.

De huisarts kan aangeven of hij de klacht ook in verband brengt met AIDS. Dit is meestal niet het geval: in 9,7% van de contacten waarin de patiënt zelf de klacht in verband brengt met AIDS, ziet ook de huisarts in de klachten een mogelijke indicatie voor een HIV-infectie.

Tabel 3.3 Hulpvragen van de patiënt, meerdere mogelijk (N=2021 contacten)

aard van de hulpvraag	absoluut	%
verzoek om een HIV-antistoffentest	1477	73,1%
vraag over symptomen, diagnose, behandeling	340	16,8%
somatische klacht door patiënt in verband gebracht met AIDS	411	20,3%
vraag in verband met incidenteel sexueel contact	482	23,8%
vraag in verband met vast sexueel contact	520	25,7%
vraag in verband met niet-sexueel contact	99	4,9%
algemene vraag	42	2,1%
overige vraag	124	6,1%

De hulpvragen 'vragen over symptomen, diagnose of behandeling' en 'klachten door patiënt in verband gebracht met AIDS' lijken veel op elkaar en worden vaak samen genoemd. Voor de verdere analyses in dit rapport worden deze twee hulpvragen gecombineerd in één hulpvraag, namelijk 'vragen over mogelijke AIDS-klachten'.

Voor de hulpvraag 'vragen over sexuele contacten' is op het formulier een onderscheid gemaakt tussen vragen over 'incidentele sexuele contacten' en 'vaste sexuele contacten'. Een omschrijving van de begrippen 'incidenteel' en 'vast' is vooraf niet gegeven, maar aan de interpretatie van de registrerende artsen overgelaten. Het aantal contacten waarin deze twee onderwerpen worden besproken is ongeveer hetzelfde: in 23,8% van de contacten gaat het over vragen over incidentele sexuele contacten en in 25,7% om vragen over vaste sexuele contacten. De artsen kunnen per vraag een toelichting geven op de vraag die de patiënt gesteld heeft. De meest voorkomende toelichtingen staan in tabel 3.4.

Tabel 3.4 Meest genoemde toelichtingen op de hulpvragen met betrekking tot incidentele sexuele contacten (N=482 vragen) en vaste sexuele contacten (N=520 vragen)

	absolute aantallen
<i>incidentele contacten</i>	
risico's van incidentele sexuele contacten in het verleden	280
risico's van incidentele sexuele contacten in het buitenland	98
veilig vrijen en incidentele sexuele contacten	68
overig	36
<i>vaste contacten</i>	
zekerheid in verband met een nieuwe relatie	188
risico om besmet te worden door vaste partner	123
risico besmet te zijn door voormalige partner	78
veilig vrijen binnen een vaste relatie	43
risico om vaste partner te besmetten	32
zekerheid/vragen over risico in verband met (voorgenomen) zwangerschap	23
besmettingsgevaar van/door eigen gedrag	14
overig	19

Voorbeelden van vragen die naar aanleiding van incidentele seksuele contacten gesteld worden:

'Ik heb in het verleden een keer onveilig seksueel contact gehad, met iemand van wie ik nu hoor dat hij seropositief is', 'Heb ik risico gelopen door mijn seksuele contact in de afgelopen vakantie?' 'Ik had zoveel jaar geleden een one-night-stand met iemand waarvan ik eigenlijk niets weet, hoeveel risico is er?'

Bij vragen die patiënten over vaste seksuele contacten stellen, gaat het vaak over eerder gelopen risico's. Patiënten willen zekerheid in verband met de start van een nieuwe relatie. In een klein aantal contacten wordt hierbij ook een geplande zwangerschap genoemd. 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. Enkele specifieke voorbeelden van vragen over 'vaste' seksuele contacten:

'Na drie jaar een vaste relatie wil de patiënt geen condoom meer gebruiken, is dat veilig?' 'De patiënt start een nieuwe relatie, maar heeft in het verleden wisselende contacten gehad. Is hij/zij besmet?', 'De partner wil binnen relatie geen condooms gebruiken ondanks het feit dat hij ook nog andere 'losse' contacten heeft'.

'Vragen over niet-seksuele contacten' hebben bijvoorbeeld betrekking op het bezoeken of verzorgen van AIDS-patiënten. Een voorbeeld hiervan is een vader van een HIV-patiënt die zich afvraagt hoe hij zijn zoon veilig kan verzorgen. Er worden ook vragen gesteld over bloed-bloed contact. Wat is het risico dat een spelend kind gelopen heeft na zich geprikt te hebben aan een gevonden injectienaald? Algemene/informatieve vragen hebben bijvoorbeeld betrekking op de mogelijke risico's bij het uitoefenen van een beroep, zoals een laborante die op zoek is naar passende handschoenen. Andere voorbeelden van algemene vragen zijn:

'Krijg ik AIDS via gebruik van hetzelfde bestek of glas?', 'Kun je besmet worden via lipstick?', 'Heeft iedereen met HIV ook AIDS?', 'Hoe zie je of iemand AIDS heeft?'

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 2,1%, 4,9% en 6,1%. Deze hulpvragen worden voor verdere analyses gecombineerd, namelijk als categorie 'algemene informatie over AIDS'.

Combinatie van hulpvragen

Vaak gaat het tijdens de contacten om een *combinatie van hulpvragen*: bij 48,1% (972) van de contacten werd één hulpvraag gesteld, bij 42,3% (854) werden twee hulpvragen geuit en bij 7,7% (155) meer dan twee. Van 40 contacten is er geen hulpvraag geregistreerd.

In tabel 3.5 wordt een overzicht gegeven van de besproken combinaties van onderwerpen. Hiervoor zijn vier hoofdcategorieën hulpvragen bekeken: het verzoek om een HIV-test, het uiten van een AIDS-klacht, vragen over seksuele contacten (hier zijn vaste en incidentele contacten samengenomen) en vragen over algemene informatie. In de tabel is eerst aangegeven in hoeveel contacten deze hulpvragen afzonderlijk dus niet in combinatie met andere hulpvragen ter sprake gekomen zijn. Hierna zijn de combinaties aangegeven. Dat de HIV-antistoffentest een belangrijke plaats inneemt, kwam al in

tabel 3.3 naar voren. De test wordt in 30,1% van alle contacten alleen genoemd en bij 43,0% in combinatie met andere onderwerpen.

Tabel 3.5 Hulpvragen en combinaties van hulpvragen (N=2021 contacten)

Hulpvraag	%
<i>enkelvoudige hulpvragen</i>	
verzoek om een HIV-antistoffentest	30,1
klacht met betrekking tot AIDS	7,5
vraag i.v.m. vast of incidenteel sexueel contact	7,0
algemene informatie over AIDS	3,5
<i>combinaties</i>	
testverzoek in combinatie met één andere hulpvraag	35,8
testverzoek in combinatie met twee of drie andere hulpvragen	7,2
klacht mbt AIDS in combinatie met één of twee andere hulpvragen (niet testverzoek)	7,4
onbekend	1,5

Het is interessant na te gaan of er een verband bestaat tussen de aard van de hulpvragen waarmee patiënten komen. Het is namelijk denkbaar dat de patiënt bijvoorbeeld bij het verzoek om een test, ook andere hulpvragen heeft die dit verzoek ondersteunen of verklaren. Om te kijken of er inderdaad een samenhang bestaat is deze statistisch getoetst door middel van de chikwadraat-toets. Weinig hulpvragen blijken met elkaar samen te hangen. De 'vragen met betrekking tot seksuele contacten' hangen positief samen met 'het uiten van klachten door de patiënt' en met 'algemene vragen over AIDS' ($p < 0,001$), dus als de patiënt een klacht heeft, is zijn behoefte naar algemene informatie groter. Het verzoek om een HIV-test blijkt een negatieve samenhang te vertonen met de vraag naar algemene informatie ($p < 0,001$). Dit wil zeggen: als patiënten met algemene vragen over AIDS komen, vragen ze minder vaak om een test. Andersom stellen patiënten die een test willen geen vragen van algemene aard. Het lijkt er dus op dat patiënten die met een testverzoek bij de huisarts komen, dat heel bewust doen.

3.4 Het handelen van de huisarts

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op het handelen van de huisarts naar aanleiding van de hulpvraag van de patiënt. Op het registratieformulier zijn zes mogelijke 'handelingen' van de huisarts onderscheiden: het aanvragen van een test; het geven van informatie; het geven van (gedrags)advies; het uitvoeren van een lichamelijk onderzoek; het doorverwijzen van de patiënt en overige hulpverlening. Tabel 3.6 geeft een overzicht van hetgeen de huisarts gedaan heeft in de contacten waar AIDS ter sprake kwam. Ook voor deze gegevens geldt dat ze door de huisarts zelf geregistreerd zijn.

Tabel 3.6 Handelen van de huisarts, meerdere mogelijkheden (N=2021 contacten)

aard van de handelingen	absoluut	%
afspraken voor een HIV-antistoffentest	1341	66.4%
geven van informatie	1636	81.0%
geven van (gedrags)advies	565	28.0%
lichamelijk onderzoek verrichten	229	11.3%
patiënt doorverwijzen	67	3.3%
overige hulpverlening	106	5.2%

Opnieuw blijkt dat de HIV-antistoffentest een belangrijke plaats in het contact inneemt, want 66,4% van de contacten eindigt uiteindelijk met het maken van een test-afspraken. Daarnaast is de informerende en adviserende functie van de huisarts van groot belang. Deze geeft in 81,0% van de contacten informatie over AIDS en in 28,0% een (gedrags)advies zoals 'veilig vrijen' of het 'beperken van het aantal seksuele partners'. Lichamelijk onderzoek vindt bij ruim een tiende van de patiënten plaats. De huisarts heeft ook de mogelijkheid de patiënt door te verwijzen naar een andere instantie, maar dit gebeurt slechts sporadisch (3,3%). De huisartsen verwijzen 17x naar een internist, 9x naar een ander somatisch specialisme en 15x naar de RIAGG, overige GGZ, AMW of een categorale hulporganisatie.

Als de huisarts aangeeft 'overige hulpverlening' verleend te hebben (5,2%), bedoelt hij bijvoorbeeld dat er een gesprek over achterliggende problemen van de hulpvraag van de patiënt gevoerd is.

Uit tabel 3.6 blijkt dat in 1341 contacten een HIV-test aangevraagd wordt. In 674 contacten is geen test aangevraagd. In de vorige paragraaf - over de hulpvraag van de patiënt - kwam naar voren dat in 1477 contacten de patiënt om een test verzoekt. De huisarts kon op het registratieformulier aangeven wat de achterliggende overwegingen voor het wel of niet aanvragen zijn geweest. Hiervoor is een beperkt aantal antwoord-categorieën aangegeven. Er moet opgemerkt worden dat de huisarts een inschatting maakt van deze overwegingen en zijn beoordeling mogelijk niet overeenkomt met de mening van de patiënt. In tabel 3.7a staan de redenen vermeld waarom er geen test is aangevraagd (in 674 contacten) en in tabel 3.7b waarom er wel een test is aangevraagd (in 1341 contacten).

Tabel 3.7a De motieven om geen test aan te vragen (N=674 contacten waarin test niet is aangevraagd)

motieven	abs.	%
kans nihil	281	41,7
patiënt ziet zelf af waarvan 44x kans op besmetting is nihil	109	16,1
beslissing uitstellen waarvan 90x bedenktijd waarvan 70x risico op besmetting te kort geleden gelopen	160	23,7
overig	124	18,4

De meest genoemde reden om niet te laten testen is volgens de artsen, dat het gelopen risico nihil is. Daarnaast is er een aantal contacten waarin de patiënt na het gesprek met de huisarts van een test afziet of de beslissing uitstelt. Wanneer de patiënt van de test afziet, is dit meestal omdat de kans op besmetting nihil is. Wanneer de beslissing wordt uitgesteld, is dit in meer dan de helft van de gevallen omdat de patiënt nog meer bedenktijd nodig heeft. Een andere reden voor uitstellen is dat het moment waarop er een mogelijke besmetting met het virus heeft plaatsgevonden tekort geleden is.

Tabel 3.7b De motieven om wel een test aan te vragen (N=1341 contacten waarin test is aangevraagd)

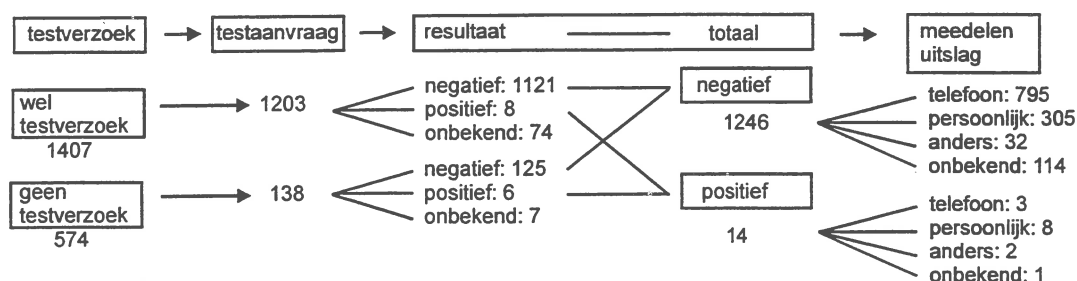
ter geruststelling	936	69,8
patiënt heeft reële kans	227	16,9
op verzoek van externe instantie	32	2,4
zekerheid ivm zwangerschap	15	1,2
overig	131	9,8

Geruststelling is veruit de belangrijkste reden om wél een HIV-antistoffentest af te spreken. Een andere belangrijke reden is dat de patiënt een reële kans op besmetting heeft gelopen. Het testen voor een externe instantie wordt niet vaak genoemd als reden. Dit hangt waarschijnlijk samen met het feit dat de eigen huisarts voor verzekeringen, hypotheek en dergelijke niet als testlocatie mag fungeren en er volgens de regels van de CMR Peilstationregistratie alleen 'eigen patiënten' geregistreerd worden. Voorbeelden van mensen die voor een 'externe instantie' getest worden, zijn zij die met een buitenlander willen trouwen of een AIDS-vrij verklaring voor een opleiding/cursus nodig hebben.

Van de contacten waarin een test is afgesproken is in 15,5% van de gevallen al eerder een test uitgevoerd. In alle gevallen bleek deze test negatief, hetgeen logisch is omdat de patiënten die geregistreerd worden, niet bewezen positief mogen zijn.

In schema 1 is aangegeven hoeveel mensen om een test verzocht hebben, bij wie deze test uiteindelijk afgenomen is en wat het resultaat van deze test is. Hierna is aangegeven hoe het resultaat meegedeeld is.

Schema 1. Het traject van testverzoeken, aanvragen en resultaat (N=2021 contacten)



Bij 1203 van de contacten waarin een testverzoek ter sprake komt, wordt ook daadwerkelijk een test aangevraagd. Hiernaast wordt bij 138 mensen die niet om een test vragen er toch één aangevraagd. In totaal wordt dus bij 1341 contacten een test aangevraagd. Deze testen tonen voor het merendeel van de patiënten aan dat ze seronegatief zijn. Veertien mensen zijn positief, waarbij opvalt dat hieronder zes mensen vallen die in eerste instantie zelf niet om een test verzocht hebben.

In de meeste gevallen is de test uitgevoerd in het huisartsenlaboratorium (66,1%). Andere lokaties zijn het ziekenhuislaboratorium (27,3%) en de BGD/GGD (3,8%). Voor de overige testaanvragen is niet bekend waar de test is uitgevoerd. Het is onduidelijk of deze testen ooit uitgevoerd zijn: de patiënt kan zich alsnog bedacht hebben en van de test afgezien. Ook kan de patiënt gekozen hebben voor een andere (anonieme) testlocatie.

De huisarts heeft geregistreerd hoe het resultaat van de test meegedeeld is aan de patiënt. Opvallend is dat dit meestal (63,3%) telefonisch gedaan wordt, zelfs bij drie van de veertien patiënten die HIV-positief bevonden zijn. In 27,3% van de gevallen wordt de uitslag in een persoonlijk gesprek verteld. Bij een klein aantal contacten (3,4%) wordt op een andere manier de uitslag doorgegeven, bijvoorbeeld 'bij bezoek aan patiënt in het ziekenhuis', 'op verzoek schriftelijk doorgegeven'.

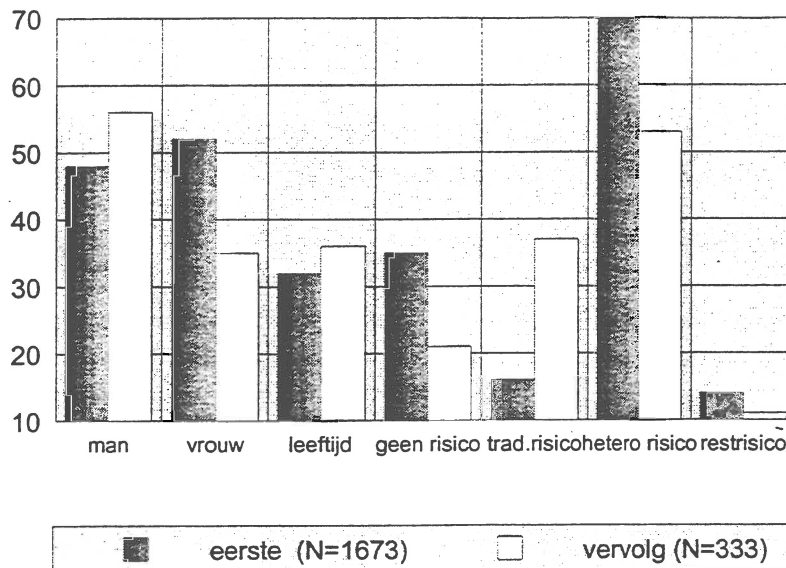
Per contact heeft de huisarts aangegeven welke vervolgspraken met de patiënt gemaakt zijn. Bij de positief bevonden patiënten is meestal afgesproken dat de patiënt terug moet komen of kan bellen in geval hij of zij problemen ondervindt. De patiënten die niet positief zijn, wordt aangeraden te bellen als ze zich verder nog ongerust maken of vragen hebben.

3.5 Een onderscheid tussen eerste contacten en vervolgscontacten

De gegevens die tot nu toe gepresenteerd zijn, hebben betrekking op alle geregistreerde contacten van de afgelopen acht jaar. Bij het merendeel van deze contacten gaat het om een patiënt die voor het eerst met een vraag over AIDS bij de huisarts komt (83%). In 16% van de contacten echter, betreft het een patiënt die al eerder het onderwerp AIDS bij zijn huisarts ter sprake heeft gebracht. Bij de overige contacten is het onbekend of het de eerste keer is. In deze paragraaf worden de eerste- en vervolgsconsulten met elkaar vergeleken. Mogelijk is er verschil qua inhoud: patiënten komen misschien met andere hulpvragen en huisartsen voeren andere handelingen uit. Ook interessant is te zien of de patiëntengroep die voor het eerst komt, verschilt van de groep die al eerder geweest is. Hiertoe worden in figuur 3.1, 3.2 en 3.3 de patiëntkenmerken, de hulpvragen en het handelen van de huisarts voor beide groepen naast elkaar gezet.

Bij de patiëntkenmerken (figuur 3.1) valt op dat het in vervolgscontacten vaker mannen betreft die met AIDS-gerelateerde hulpvragen komen. Het percentage vrouwen is significant lager en de groep terugkomers heeft een hogere gemiddelde leeftijd. Wat betreft het verschil in 'behoren tot een risicogroep' blijkt dat de patiënten die voor een vervolgscontact bij hun huisarts komen, significant vaker tot een groep met een verhoogd risico te behoren. Zij zijn zelf waarschijnlijk goed op de hoogte van het risico dat ze lopen en maken zich daardoor eerder ongerust of brengen hun klachten eerder in verband met AIDS dan andere patiënten. Met name de 'traditionele risicogroep' bestaande uit patiënten met homofiele en bisexuele contacten of druggebruikers, blijken vaker een vervolgscontact te hebben.

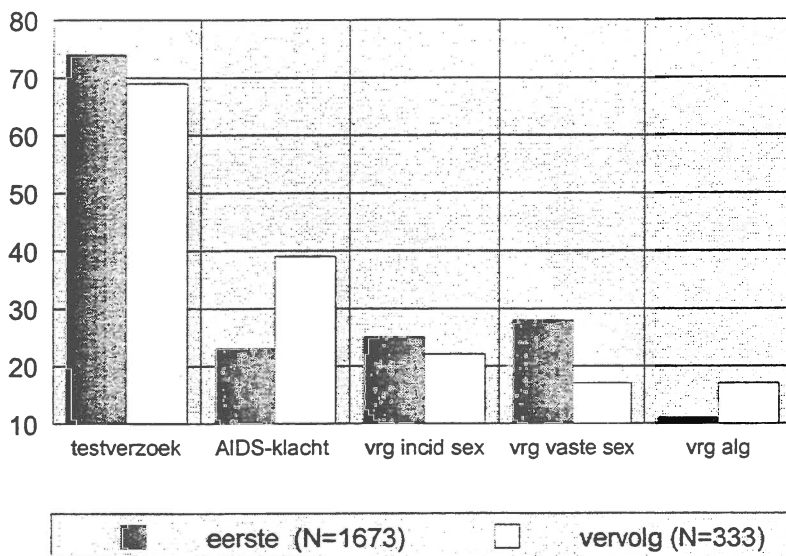
Figuur 3.1 Patiëntkenmerken in eerste en vervolcontacten (aandeel in %, gemiddelde leeftijd in jaar)



Bij de hulpvragen (figuur 3.2) is geen groot verschil te zien tussen de eerste contacten en vervolcontacten (toetsing met chi kwadraat toets). Wat betreft de klachten die de patiënt in relatie brengt met AIDS, is er een significant verschil tussen eerste- en vervolcontacten te zien ($p < 0,001$). Ook worden er significant minder vragen over vaste seksuele contacten gesteld in vervolcontacten.

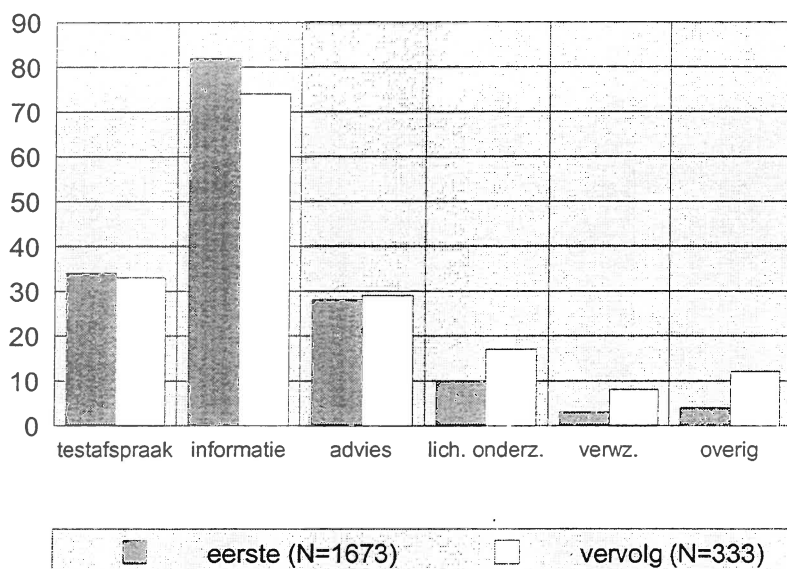
Opmerkelijk is dat het verzoek om een HIV-test niet vaker in een vervolgconsult aan de orde komt, terwijl misschien verwacht kan worden dat patiënten na een contact met algemene vragen of klachten, na een korte bedenktijd toch een test willen laten uitvoeren.

Figuur 3.2 Hulpvraag patiënt in eerste en vervolcontacten (in % van de contacten)



Hoewel de hulpvraag van patiënten dus niet erg verschilt, handelt de huisarts over het algemeen wel anders in een contact waarbij de patiënt voor het eerst komt dan in een vervolcontact (zie figuur 3.3). Met name de rol die de huisarts inneemt bij het geven van voorlichting en advies komt duidelijk naar voren in de eerste contacten. In de vervolcontacten doet de huisarts vaker lichamelijk onderzoek of verwijst patiënten door.

Figuur 3.3 Handelen huisarts in eerste en vervolcontacten (in % van de contacten)



3.6 Verbanden tussen de hulpvragen, de handelingen van de huisarts en patiëntkenmerken

In deze laatste paragraaf worden de verschillende aspecten van een contact die hiervoor besproken zijn (de hulpvrager, de hulpvraag en het handelen van de huisarts) met elkaar in verband gebracht. Er wordt eerst onderzocht of de hulpvraag van patiënten samenhangt met bepaalde patiëntkenmerken en daarna of het handelen van de huisarts samenhangt met de patiëntkenmerken en met de hulpvraag van de patiënt. Voor de patiëntkenmerken, de hulpvragen, het handelen van de huisarts worden dezelfde categorieën aangehouden als in 3.2, 3.3 en 3.4. De samenhangen worden statistisch getoetst met behulp van een logistische (multiple) regressie-analyse.

In tabel 3.8 worden de resultaten van de analyse van het verband tussen hulpvraag en patiëntkenmerken gegeven. De sterkte van het verband wordt in odds ratio's gepresenteerd, waarbij een odds ratio kleiner dan 1 een negatief verband betekent en boven de 1 een positief verband. In de tabel zijn alleen die verbanden aangegeven die statistisch significant bevonden zijn. Onder de ratio's staat tussen haakjes het 95% betrouwbaarheidsinterval.

Tabel 3.8 Odds ratio's tussen patiëntkenmerken en hulpvragen (N=2021 contacten).

	testverzoek	Aids-klacht	infovraag	vraag inc.sex	vraag vastsex
vrouw	1,32 (1,08-1,61)	0,50 (0,41 -0,61)	--	--	10,87 (1,53-2,30)
leeftijd	0,97 (0,97-0,98)	1,02 (1,01-1,03)	1,03 (1,02-1,04)	0,99 (0,98-1,00)	0,99 (0,98-1,00)
risicogroepen: (in verg. tot geen risico)					
traditioneel risico	0,58 (0,43-0,78)	3,25 (2,39-4,40)	0,55 (0,35-0,84)	--	0,43 (0,30-0,62)
hetero risico	1,46 (1,16-1,84)	--	0,31 (0,22-0,43)	2,08 (1,62-2,66)	--
overig risico	--	--	1,50 (1,02-2,22)	1,68 (1,14-2,48)	0,39 (0,25-0,60)

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat vrouwen in vergelijking met mannen vaker verzoeken om een HIV-antistoffentest en ook vaker vragen stellen over vaste seksuele contacten. Mannen daarentegen vragen vaker over mogelijke AIDS-klachten. Ook leeftijd hangt significant samen met alle hulpvragen. Naarmate de leeftijd stijgt, vraagt men vaker om informatie en brengt men vaker klachten en symptomen in verband met AIDS. Het aantal testverzoeken en vragen over vaste en incidentele contacten neemt af, naarmate de leeftijd toeneemt.

De odds ratio's van de risicogroepen geeft een vergelijking met de groep patiënten die niet bij een groep met verhoogd risico zijn ingedeeld. De traditionele risicogroep van homoseksuelen, biseksuelen en intraveneuze drugsgebruikers brengt relatief vaker een vraag ter sprake over mogelijke AIDS klachten dan de groep patiënten zonder verhoogd risico. Er wordt door de traditionele risicogroep daarentegen minder vaak om een HIV-test of algemene informatie gevraagd. Ook patiënten uit de tweede risicogroep - heteroseksuelen met meerdere partners, prostituées of risicopersonen - stellen minder algemene vragen. Zij vragen wel meer over incidentele seksuele contacten en ze verzoeken ook vaker om een test in vergelijking met de groep zonder verhoogd risico. De patiënten die in de overige categorie van risico's vallen, vragen - in vergelijking tot de patiënten zonder verhoogd risico - meer algemene informatie en ook meer over incidentele seksuele contacten, maar minder vragen over vaste seksuele contacten.

Om een beeld te krijgen van de aspecten - patiëntkenmerken en hulpvragen - die mogelijk tegelijkertijd van invloed zijn op het handelen van de huisarts is een multiple logistische regressie-analyse uitgevoerd. Het handelen van de huisarts wordt hierbij telkens als afhankelijke variabele beschouwd terwijl onderzocht wordt of de variatie in het handelen samenhangt met patiëntkenmerken en hulpvraag.

Naast de in de vorige paragrafen al beschreven hulpvragen en patiëntkenmerken is bij deze regressie-analyse nog een andere bepalende factor voor het handelen van de huisarts toegevoegd. Het gaat om de vraag of de huisarts een mogelijke relatie ziet tussen een lichamelijke klacht van een patiënt en besmetting met HIV. De verwachting is dat het handelen van de huisarts voor een groot deel hieruit verklaard kan worden. Als de huisarts vooraf al een relatie legt met AIDS zal hij waarschijnlijk vaker een test aanvragen. De huisarts legt overigens niet vaak een relatie tussen de klachten van de patiënt en AIDS (in 4,2% van alle contacten).

Tevens wordt in de multiple logistische regressie-analyse aandacht besteed aan een

extra aspect van het gedrag van de huisarts, namelijk het 'nemen van het initiatief om het onderwerp AIDS met de patiënt te bespreken'. Dit aspect kan niet verklaard worden door de hulpvraag van de patiënt, want de patiënt heeft nog geen AIDS-gerelateerde hulpvraag als de huisarts zelf het onderwerp ter sprake brengt. In de analyses wordt dan ook alleen onderzocht of de kenmerken van een patiënt samenhangen met het feit dat de huisarts zelf over AIDS begint.

In tabel 3.9 staan de resultaten van deze analyses. Met betrekking tot het maken van een testafpraak blijkt dat vooral het verzoek om een test daarmee samenhangt, hetgeen natuurlijk niet verwonderlijk is. Ook wanneer de huisarts zelf de klachten van de patiënt in verband brengt met AIDS wordt er verhoudingsgewijs meer getest dan in het geval dat de huisarts geen verband ziet.

Het geven van algemene informatie vindt vooral plaats wanneer de patiënt vragen stelt over vaste en incidentele seksuele contacten. Wanneer de huisarts zelf de klachten in verband brengt met AIDS wordt daarentegen veel minder algemene informatie gegeven.

Advies wordt door de huisarts vooral gegeven aan jongere patiënten (de samenhang met leeftijd is negatief), aan de traditionele risicogroep en aan de patiënten met vragen over incidentele seksuele contacten. Wanneer de huisarts zelf de klachten in verband brengt met AIDS wordt niet alleen veel minder algemene informatie maar ook veel minder advies gegeven.

Met betrekking tot het verwijzen valt op dat de traditionele risicogroep minder kans op een verwijzing maakt dan de patiënten die niet tot een risicogroep behoren. Ook wanneer de patiënt komt met algemene vragen of de gepresenteerde klachten in verband met AIDS brengt is het aantal verwijzingen minder. Hetzelfde geldt voor de contacten waarin de huisarts zelf de klachten in verband brengt met AIDS.

Lichamelijk onderzoek verricht de huisarts vooral bij patiënten uit de heteroseksuele risicocategorie, bij patiënten die om algemene informatie vragen en bij patiënten die hun klachten in verband brengen met AIDS, of waarbij de huisarts dat zelf doet. Patiënten die om een test verzoeken worden relatief weinig lichamelijk onderzocht. Het verband tussen lichamelijk onderzoek en leeftijd en geslacht is niet meer statistisch significant.

De meest rechtse kolom van tabel 3.9 laat zien dat nemen van het initiatief om het onderwerp AIDS met de patiënt te bespreken alleen een samenhang vertoont met die situaties waarin de huisarts zelf de klachten van de patiënt in verband heeft gebracht met AIDS.

Tabel 3.9 Logistische regressie-analyse handelen huisarts odds ratio's (N=2021)

afhankelijke variabelen	test	informatie geven	advies geven	verwijzen onderzoek	lichamelijk huisarts	initiatief
verzoek test	12,53 (9,45-16,63)	--	--	--	0,61 (0,43-0,86)	
'AIDS' klacht	0,76 (0,57-1,00)	--	--	0,36 (,20-0,64)	13,18 (8,92-19,48)	
algemeen/informatief	0,63 (0,44-0,90)	--	--	0,32 (0,16-0,64)	1,63 (1,02-2,60)	
vr. incidenteel sex. cont0,	0,75 (0,57-0,99)	1,61 (1,17-2,22)	1,88 (1,48-2,39)	--	--	
vr. vast sex. cont.	--	1,43 (1,05-1,93)	--	--	--	
geslacht (vrouw)	--	--	--	--	--	--
leeftijd	--	--	0,97 (0,96-0,98)	--	--	--
risico traditioneel	-- (1,07-2,44)	1,62	-- (1,79-3,80)	2,61 (0,10-0,58)	0,24	-- --
risico hetero	1,55 (1,18-2,05)	--	--	--	1,66 (1,07-2,59)	--
risico rest	1,55 (1,00-2,40)	--	0,90 (0,57-1,43)	--	--	--
'AIDS' klacht arts	3,52 (1,97-6,30)	0,39 (0,23-0,67)	0,43 (0,23-0,81)	0,17 (0,08-0,36)	2,36 (1,31-4,24)	16,24 (9,63-27,39)

4 VRAGEN OVER AIDS NAAR REGIO EN URBANISATIEGRAAD

4.1 Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk is een overzicht gegeven van de patiëntengroep die bij de huisarts komt met vragen over AIDS en het aantal contacten die de afgelopen acht jaar geregistreerd zijn. Er is tevens een beeld geschetst van de inhoud van de contacten, met name wat betreft de hulpvraag en het handelen van de huisarts. In dit hoofdstuk worden onderzoeksvraag 5, 6 en 7 beantwoord. Eerst wordt bekeken in welke mate huisartsen geconfronteerd worden met vragen over AIDS (vraag 5). Dit betekent dat de gegevens per peilstation worden geanalyseerd. In 4.2 wordt ook antwoord gegeven op de zesde onderzoeksvraag naar de verschillen die bestaan in het aantal contacten naar urbanisatiegraad en regio. Vervolgens wordt in paragraaf 4.3 gekeken of er verschil bestaat wat betreft de inhoud van het contact en het handelen van de huisarts naar urbanisatiegraad. In 4.4 wordt hetzelfde gedaan voor het verschil in regio (vraag 7).

4.2 Het aantal contacten per praktijk

Iedere twee jaar wordt in elk peilstation geteld hoeveel patiënten er in de praktijk staan ingeschreven. Op basis van deze praktijkstellingen is de gemiddelde praktijkomvang over de totale onderzochte periode berekend. Ook is het aantal AIDS-gerelateerde contacten per praktijk bekend. Op grond van deze gegevens is het gemiddelde aantal contacten per jaar per 10.000 patiënten van elke praktijk berekend. Daarbij deed zich wel een complicatie voor: niet elke praktijk heeft alle kwartalen geregistreerd. Door bijvoorbeeld langdurige ziekte van de arts of overname van de praktijk kon af en toe een periode niet geregistreerd worden. Op deze wijze is 7,5% van de tijd niet geregistreerd. De gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor de verloren gegane tijd. Voor elke praktijk is op basis van het gemiddelde aantal AIDS-contacten per jaar per 10.000 patiënten onderzocht of er verschil bestaat tussen de praktijken naar urbanisatiegraad en regio. De peilstations zijn onderverdeeld naar regio en urbanisatiegraad en per groep is het gemiddelde aantal contacten per 10.000 patiënten berekend (zie tabel 4.1).

Tabel 4.1 Gemiddeld aantallen contacten per 10.000 patiënten per jaar

	contacten	min	max	aantal praktijken
<u>provinciegroep</u>				
noord	11	2	33	6
oost	11	0	45	10
west	25	3	65	22
zuid	23	8	46	10
<u>urbanisatiegraad</u>				
plattelandsgemeenten	6	0	12	6
verstedelijkte gemeenten	17	0	46	30
steden >100 000 inw.	34	14	66	13
Nederland totaal	20	0	66	48

Uit deze tabel blijkt dat een huisartspraktijk in Nederland gemiddeld over de acht registratiejaren te maken heeft gehad met 20 AIDS-gerelateerde contacten per 10.000 patiënten per jaar. Uitgaand van een normpraktijk van 2350 patiënten komt dit neer op 4,7 contacten per praktijk per jaar. Over de acht jaar van registratie blijkt het minimum en maximum van het aantal AIDS-gerelateerde contacten uiteen te lopen van 0 tot 66 per 10.000 patiënten, ofwel per normpraktijk van 0 tot 15,5 contacten per jaar.

Er blijken grote verschillen te bestaan tussen het aantal AIDS-gerelateerde contacten, wanneer een verdeling naar regio en urbanisatiegraad wordt aangebracht. Met name bij het onderscheid naar urbanisatiegraad verschillen de praktijkgemiddelden van elkaar: 6 in de plattelandsgemeenten en 34 in de steden. Dit is niet zo vreemd gezien AIDS en seropositiviteit in stedelijke gebieden vaker voorkomt dan in op het platteland.

4.3 Invloed urbanisatiegraad op hulpvraag patiënt en handelen huisarts

Zoals in paragraaf 4.2 duidelijk is geworden, verschilt het aantal contacten per regio en urbanisatiegraad opmerkelijk van elkaar. Het is de vraag of dit ook geldt voor de inhoud van de contacten, het handelen van de huisarts en de kenmerken van de patiënten. Per regio en urbanisatiegraad is onderzocht of er verschillen bestaan. In deze paragraaf worden de verschillen naar urbanisatiegraad geanalyseerd. In tabel 4.2 staat een cijfermatig overzicht, dat in de figuren 4.1 en 4.2 grafisch wordt weergegeven.

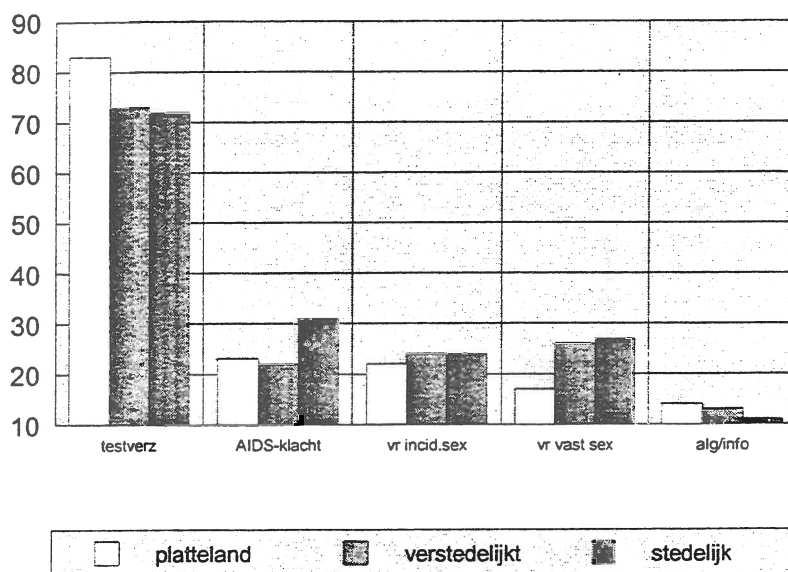
Tabel 4.2 Overzicht naar urbanisatiegraad (als % van totaal aantal contacten)

	platteland	verstedelijkt	stad	significantie
<i>Hulpvraag</i>				
Verzoek test	83,3	72,8	72,3	p<0,05
Aidsklacht	23,1	22,0	31,0	p<0,001
Vragen seksuele contacten				
incidentele	22,2	23,9	23,9	-
vaste	17,6	25,9	26,5	-
Vragen anders	13,9	13,1	11,0	-
<i>Handelen van de huisarts</i>				
test	84,9	66,8	64,1	p<0,001
informatie	80,6	80,9	81,0	-
advies	37,0	24,0	32,0	p<0,001
lichamelijk onderzoek	12,0	10,0	12,8	-
verwijzingen	3,7	2,7	4,1	-
overige hulpverlening	4,6	5,8	4,6	

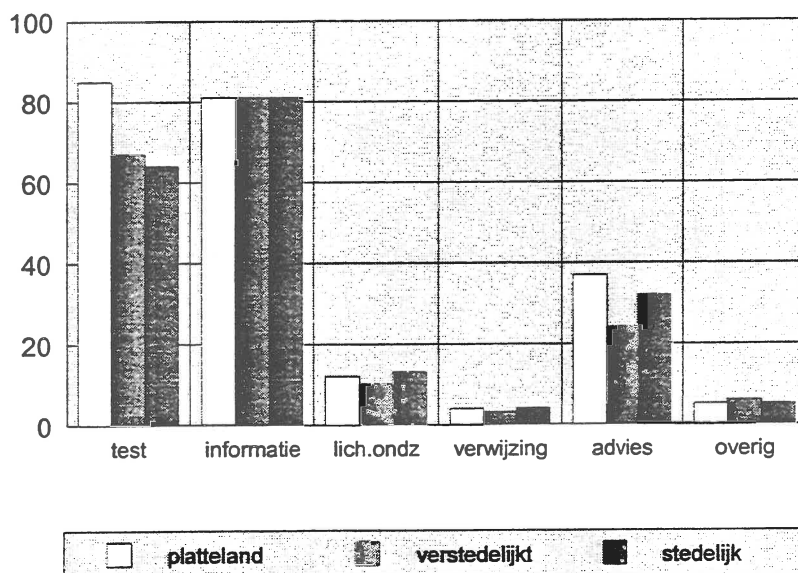
Globaal gezien lijkt de *hulpvraag* waarmee patiënten bij hun huisarts komen niet erg te verschillen in de praktijken met een verschillende urbanisatiegraad. Naarmate de urbanisatie toeneemt, komen patiënten iets vaker bij de huisarts met vragen die betrekking hebben op seksuele contacten, terwijl de algemene vragen met betrekking tot AIDS juist afnemen. Deze verschillen worden echter niet duidelijk aangetoond (niet significant na statistische toetsing). Bij twee andere hulpvragen - AIDS-klachten en een testverzoek - is het verschil wel duidelijk. Op het platteland komen patiënten minder vaak bij hun huisarts met klachten die ze in verband brengen met AIDS, dan in de verstedelijkte gemeenten en de steden. In de plattelandsgemeenten blijkt echter wel dat het verzoek om een AIDS-test een belangrijke plaats inneemt. Het percentage

verzoeken wijkt hier namelijk significant af van het percentage in gebieden met een hogere urbanisatiegraad.

Figuur 4.1 Verschil in urbanisatiegraad. Hulpvraag patiënt (N=2021)



Figuur 4.2 Verschil in urbanisatiegraad. Handelen huisarts (N=2021)



Het *handelen van de huisarts* levert ook geen duidelijke verschillen op wanneer gekeken wordt naar urbanisatiegraad. De meeste verschillen zijn na statistische toetsing aan toeval toe te schrijven.

Parallel aan het significant hoge percentage testverzoeken in plattelandsgebieden, is het percentage testaanvragen tussen de gemeenten in verschillende urbanisatiegraden wel significant verschillend ($p < .001$). In huisartspraktijken in 'plattelandsgemeenten' zijn relatief gezien vaker testafspraken gemaakt dan elders in Nederland. Dit hoge aantal testaanvragen in de plattelandsgemeenten betekent overigens 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.

Een tweede significant verband is gevonden tussen het geven van (gedrags)adviezen en urbanisatiegraad. Huisartsen op het platteland registreerden relatief gezien het gemiddeld hoogste aantal adviezen ($p < ,001$).

4.4 Invloed regio op hulpvraag patiënt en handelen huisarts

Naast een onderscheid naar urbanisatiegraad is onderzocht of het verschil tussen regio's van invloed is op de inhoud van de AIDS-contacten en het handelen van de huisarts. In tabel 4.3 wordt een overzicht gegeven van de verschillen naar provinciegroep. De figuren 4.3 en 4.4 illustreren deze tabel.

Tabel 4.3 Overzicht naar regio (als % van totaal aantal contacten)

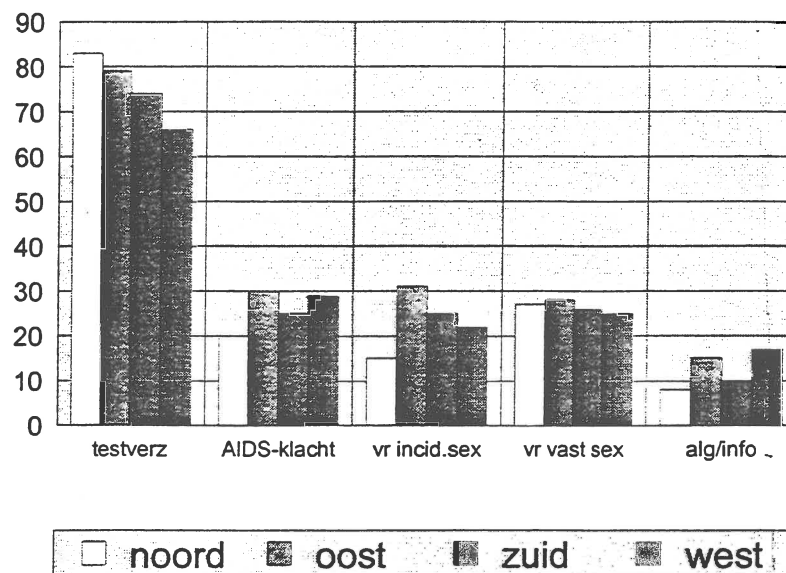
	noord	oost	west	zuid	significantie
<i>Hulpvraag</i>					
Verzoek test	83,1	78,6	73,6	66,2	$p < 0,001$
Aidsklacht	20,3	29,6	24,5	28,7	$p < 0,05$
Vragen seksuele contacten					
incidentele	14,7	31,1	25,1	22,4	$p < 0,001$
vaste	27,3	27,7	25,5	24,6	-
Vragen anders	8,2	14,6	10,4	16,7	$p < 0,001$
<i>Handelen van de huisarts</i>					
test	81,2	73,8	64,4	62,2	$p < 0,001$
informatie	79,2	83,0	79,2	84,0	-
advies	30,3	40,3	23,5	30,5	$p < 0,001$
lichamelijk onderzoek	11,3	14,6	9,4	13,5	$p < 0,05$
verwijzingen	2,2	3,4	3,6	3,2	-
overige hulpverlening	5,2	8,7	4,6	5,2	-

In het soort *hulpvraag* waarmee de patiënt bij de huisarts komt, blijkt een aantal significante verschillen te bestaan. In de regio noord wordt relatief het hoogste aantal testverzoeken gedaan en komen patiënten significant minder vaak met AIDS-klachten of vragen over incidentele seksuele contacten en algemene vragen, dan in de andere regio's.

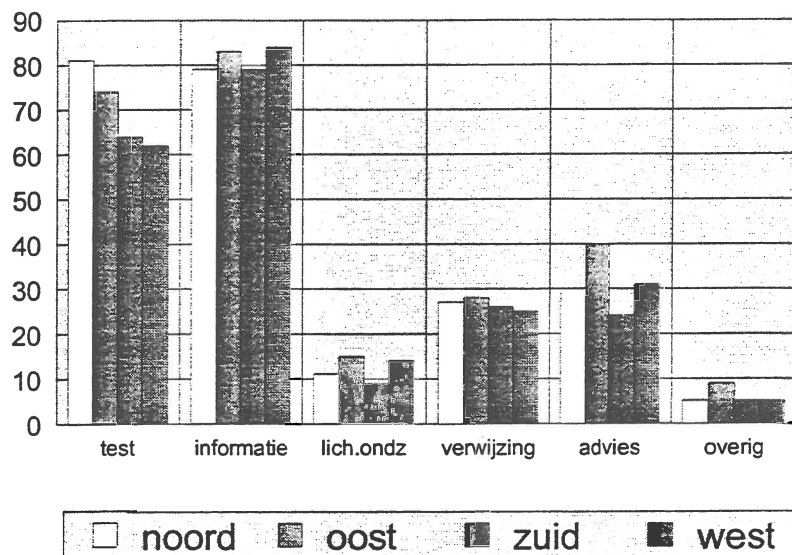
Bij het *handelen van de huisarts* wordt ook een aantal significante verschillen gevonden, maar hier is het beeld minder eenduidig. Het lijkt logisch dat het aantal testaanvragen in de regio noord het hoogst is, gezien het grote aantal testverzoeken in dit gebied. De andere verschillen zijn grilliger en minder verklaarbaar. In de regio oost wordt significant meer gedragsadvies gegeven en in zuid wordt minder lichamelijk onderzoek gedaan.

Zoals al eerder opgemerkt is moet bij de bovenstaande gegevens worden bedacht dat aan de hand van de figuren en chikwadraattoetsen slechts het relatieve belang van de hulpvragen en het handelen van de huisarts bekeken is. Het aantal AIDS-gerelateerde contacten per 10.000 patiënten blijkt (zie tabel 4.1) naar urbanisatiegraad en provinciegroep sterk van elkaar te verschillen.

Figuur 4.3 Verschil in regio. Hulpvraag patiënt (N=2021)



Figuur 4.4 Verschil in regio. Handelen huisarts (N=2021)



5 VERANDERINGEN IN DE TIJD: 1988-1996

5.1 Inleiding

Tot nu toe zijn de gegevens steeds gepresenteerd als een gemiddelde over de acht 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 contacten. Dit hoofdstuk, waarin veranderingen in de tijd centraal staan, richt zich op de beantwoording van vraagstelling 8: welke ontwikkelingen doen zich voor ten aanzien van de AIDS-gerelateerde contacten in de periode 1 april 1988 tot 1 april 1996. Allereerst wordt onderzocht of het aantal contacten zich in de loop der tijd heeft gewijzigd (paragraaf 5.2). Daarna wordt bezien of zich een verschuiving heeft voorgedaan in het soort patiënten dat de huisarts bezoekt met vragen over AIDS, of eventuele veranderingen in de hulpvragen zijn opgetreden en of de huisarts anders is gaan handelen in de onderzochte periode (paragraaf 5.3). Hierbij wordt met name aandacht besteed aan de HIV-antistoffentest.

5.2 Een trend in het aantal AIDS-gerelateerde contacten

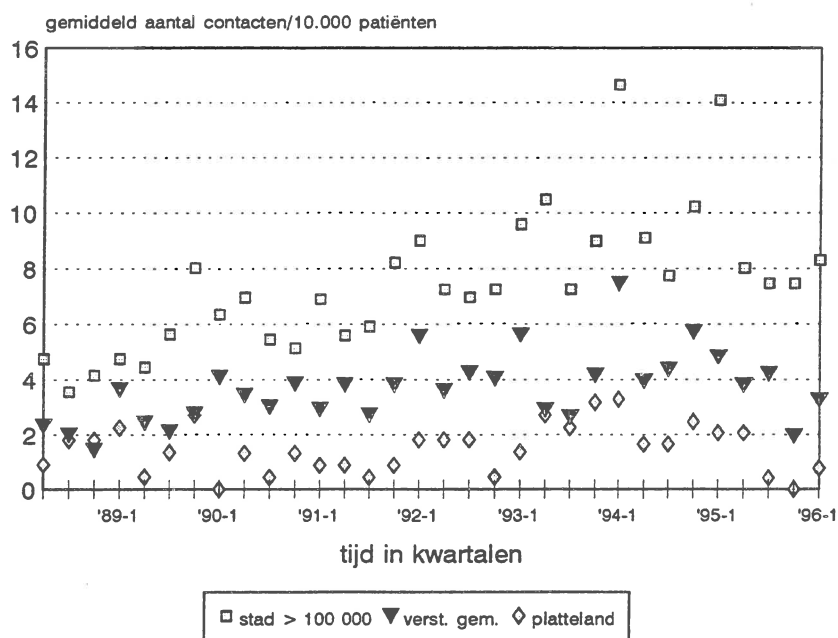
De beschikbaarheid van registratie-gegevens over acht jaar biedt de mogelijkheid om naar ontwikkelingen in de tijd te kijken. In deze paragraaf wordt onderzocht of het aantal AIDS-gerelateerde contacten in de periode 1988-1996 is afgenomen, stabiel is gebleven of is gegroeid. Hierbij wordt gelet op verschillen tussen regio's en verschillen tussen stad en platteland, de variabelen die ook al in hoofdstuk 4 aan de orde kwamen.

Alvorens een trendanalyse is uitgevoerd hebben enige bewerkingen van het gegevensbestand plaatsgevonden. Allereerst zijn de contactgegevens per regio en urbanisatiegraad bijeen genomen. Omdat er vier verschillende regio's zijn en drie urbanisatiegraden, zijn er twaalf verschillende combinaties mogelijk. Maar door het ontbreken van plattelandspraktijken in de zuidelijke regio zijn er slechts elf. Voor elke combinatie is het aantal geregistreerde contacten gedeeld door het totaal van de betreffende praktijkpopulaties. Er is dus rekening gehouden met de wisselingen in de omvang van de praktijken: de populatie is voor elk kwartaal op basis van de tweejaarlijkse praktijk-tellingen en veranderingen in de samenstelling van het peilstationnetwerk aangepast. Figuur 5.1 (volgende bladzijde) geeft een strooidiagram weer van het relatieve aantal contacten vanaf het tweede kwartaal van 1988 tot en met het eerste kwartaal van 1996. De figuur maakt geen onderscheid naar de vier regio's, wel zijn de cijfers uitgesplitst naar platteland, verstedelijkte gebieden en steden met meer dan 100.000 inwoners.

Het aantal geregistreerde contacten vertoont een groei tot medio 1994. Daarna worden de aantallen weer kleiner. Werden er in het eerste kwartaal van de registratie-periode 3 AIDS-gerelateerde contacten per 10.000 patiënten geregistreerd, in het eerste kwartaal van 1994 was dat aantal opgelopen tot 8. Daarna is er een daling ingezet. In het laatste kwartaal werden er 4 contacten per 10.000 patiënten geteld. Per jaar betekent dit dat er aanvankelijk 11 contacten per 10.000 patiënten zijn geregistreerd, in het topjaar 1994 waren het er 22, terwijl er in het laatste jaar 16 contacten per 10.000

patiënten geteld werden. Voor een normpraktijk* komt dit anno 1996 neer op ongeveer 4 contacten per jaar. Ook is zichtbaar in de figuur dat er in de steden meer contacten zijn geregistreerd dan in de verstedelijkte gebieden. Het platteland laat steeds de kleinste aantallen zien.

Figuur 5.1 Strooidiagram van het aantal AIDS-gerelateerde contacten per 10.000 patiënten per kwartaal, onderscheiden naar urbanisatiegraad, in de periode 1988-1993.



In het tweede en vierde kwartaal van elk jaar zijn er relatief meer contacten geregistreerd dan in het eerste en derde kwartaal van elk jaar. Er is dus een zeker seizoens-effect wat het meest duidelijk geïllustreerd wordt door de cijfers van de verstedelijkte gebieden rond 1991. Voordat de trendanalyse door middel van multipale lineaire regressie is uitgevoerd, zijn de kwartaalcijfers daarom gecorrigeerd voor deze seizoenschommelingen. Steeds is het voortschrijdende gemiddelde van drie opeenvolgende kwartalen berekend.** Omdat we nu beschikken over 12 extra meetmomenten, in vergelijking met de vorige studie (Moons en Peters, 1994), is het ook mogelijk te bepalen of de toen gesignaleerd groei in het aantal contacten in de stad en op het verstedelijkt platteland, wellicht is afgenomen. Ook in deze analyse zijn de geregistreerde contacten van 48 peilstations meegenomen (zie paragraaf 2.3). Het aantal AIDS-gerelateerde contacten is weergegeven per 10.000 patiënten.

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

** Stel dat r_t het relatieve aantal contacten in kwartaal t is, dan is de formule van het voortschrijdende gemiddelde: $\frac{1}{4}r_{t-1} + \frac{1}{2}r_t + \frac{1}{4}r_{t+1}$, waarbij $t = 2$ t/m 31. Als t de waarde 1 heeft: $\frac{1}{2}r_t + \frac{1}{2}r_{t+1}$, en als t de waarde 32 heeft: $\frac{1}{2}r_{t-1} + \frac{1}{2}r_t$.

Vooraf een paar technische opmerkingen: In tabel 5.1 worden eventuele veranderingen in de tijd weergegeven door de variabele 'kwartaal'. De variabele 'kwartaal' geeft aan in hoeverre er sprake is van een afnemende groei. Om te zien of er sprake is van geografische verschillen in de omvang van het aantal contacten zijn er in de analyse variabelen toegevoegd voor urbanisatiegraad en regio. Als referentiecategorie voor urbanisatiegraad zijn de 'verstedelijkte gemeenten' genomen. Dat betekent dat zowel het platteland als de stad in de analyse als zogenaamde dummy (0/1) variabelen zijn opgenomen. Voor de regio's is 'oost' de referentie categorie. Hier zijn dus de andere regio's - noord, west en zuid - de dummy variabelen. Tenslotte zijn er in de analyse interactievariabelen opgenomen, bijvoorbeeld de interactie tussen platteland en kwartaal. Een significant effect van zo'n variabele houdt in dat de groei op het platteland verschilt van de groei in de referentiecategorie (de verstedelijkte gemeenten).

In tabel 5.1 en figuur 5.2 staan de resultaten vermeld.

De analyse naar urbanisatiegraad toont aan dat het aantal contacten in steden met meer dan 100.000 inwoners al vanaf het begin duidelijk hoger is dan elders (tabel 5.1, stap 3a 'stad'). Het platteland telt steeds de minste contacten, terwijl de verstedelijkte gemeenten een tussenpositie innemen (Tabel 5.1, stap 3a). De aanvankelijke groei van het aantal AIDS-gerelateerde contacten verschilt ook per urbanisatiegraad. In de stad is de groei het grootst (tabel 5.1, stap 3a 'interactie stad*kwartaal'), op het platteland het kleinst. De verstedelijkte gemeenten zitten er weer tussenin (tabel 5.1, stap 3a 'kwartaal'). De groei neemt in de onderzochte periode af, hetgeen wordt weergegeven door het significante effect van de variabele 'kwartaal²'. De verklaarde variantie van de analyse naar urbanisatiegraad is 65%, wat wijst op een redelijk goed model van het aantal AIDS gerelateerde contacten per 10.000 patiënten over de periode 1988-1996.

Ook per regio zijn er verschillen. In vergelijking met de oostelijke en de noordelijke provincies, zijn er in de zuidelijke, maar vooral in de westelijke provincies meer AIDS-gerelateerde contacten per 10.000 patiënten (tabel 5.1, stap 3b 'regio west' en 'regio zuid' - het effect van 'zuid' wordt deels veroorzaakt door het ontbreken van plattelandspraktijken daar). De groei van het aantal contacten in de onderzochte periode is voor elke regio ongeveer gelijk ('kwartaal'). Een afname in de groei wordt in deze analyse niet zichtbaar. De verklaarde variantie van de analyse naar regio is 12%, hetgeen wijst op een pover model van het aantal AIDS gerelateerde contacten per 10.000 patiënten over de periode 1988-1996.

Tabel 5.1 Multiple regressie analyse van het aantal AIDS-gerelateerde contacten in de periode 1988-1996. Gegevens per kwartaal, naar urbanisatiegraad en regio

	R ²	B	95% B.I.
<u>stap 1</u>	0,08		
kwartaal		0,106 ***	(0,067 0,146)
kwartaal ²		n.s.	
<u>stap 2a</u>	0,60		
kwartaal		0,106 ***	(0,080 0,133)
kwartaal ²		- 0,004 **	(-0,007 -0,001)
stad>100.000 (dummy)		4,65 ***	(4,09 5,21)
platteland (dummy)		-1,45 *	(-2,06 -0,84)
<u>stap 3a</u>	0,65		
kwartaal		0,070 ***	(0,029 0,110)
kwartaal ²		-0,004 *	(-0,007 0,001)
stad>100.000 (dummy)		4,58 ***	(4,06 5,10)
platteland (dummy)		-1,42 *	(-1,98 -0,85)
interactiever. stad*kwartaal		0,151 ***	(0,094 0,207)
interactiever. plattl*kwartaal		-0,066 *	(-0,127 -0,005)
<u>stap 2b</u>	0,11		
kwartaal		0,106 ***	(0,068 0,145)
kwartaal ²		n.s.	
regio noord (dummy)		n.s.	
regio west (dummy)		1,13 *	(0,162 2,09)
regio zuid (dummy)		2,01 ***	(0,93 3,01)
<u>stap 3b</u>	0,12		
kwartaal		0,088 *	(0,014 0,163)
kwartaal ²		n.s.	
regio noord		n.s.	
regio west		1,12 *	(0,15 2,09)
regio zuid		2,02 ***	(0,94 3,10)
interactiever. noord*kwartaal		n.s.	
interactiever. west*kwartaal		n.s.	
interactiever. zuid*kwartaal		n.s.	

* = p<0,05 ** = p<0,01 *** = p<0,001

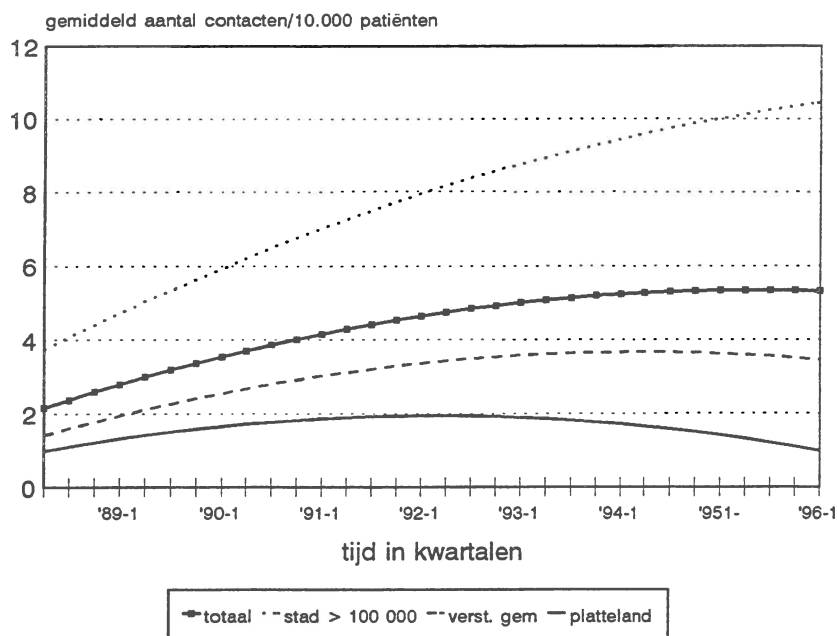
Figuur 5.2 geeft de resultaten van de analyse grafisch weer. Aanvankelijk is er een toename van het aantal contacten (de lijn 'totaal') maar na 1995 houdt de groei op. Het aantal blijft dan stabiel op het niveau van 5 contacten per 10.000 patiënten per kwartaal. In de figuur zijn ook de afzonderlijke groeilijnen naar urbanisatiegraad afgebeeld. Het aantal AIDS-gerelateerde contacten blijkt in de steden met meer dan 100.000 inwoners gegroeid te zijn van ongeveer 4 naar 10 contacten per 10.000 patiënten per kwartaal. In de verstedelijkte gemeenten werden in het begin van de registratie periode 2 AIDS-gerelateerde contacten geteld, aan het eind ongeveer 4. Na 1994 is het aantal in de verstedelijkte gemeenten duidelijk op zijn retour.

Ook in de plattelandsgemeenten is er sprake van een afname van het aantal contacten per 10.000 patiënten. Aan het eind van de registratieperiode is er ongeveer 1 contact per 10.000 patiënten per kwartaal.

De verschillende groeilijnen naar urbanisatiegraad duiden erop dat het aantal contacten per praktijk verder uit elkaar is komen te liggen. Anno 1996 ziet een huisarts in een

normpraktijk op het platteland ongeveer 1 AIDS-gerelateerd contact per jaar. In een normpraktijk in verstedelijkte gemeenten zijn dat er 3, terwijl dat er in de stad 7 zijn.

Figuur 5.2 Trendlijnen van het aantal AIDS-gerelateerde contacten per 10.000 patiënten per kwartaal. Het landelijk gemiddelde en het onderscheid naar urbanisatiegraad in de periode 1988-1996



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 aanvankelijk een groei vertoonde en zich daarna stabiliseerde. Of er over de tijd gezien ook verschuivingen zijn te constateren in het soort patiënten, de geregistreerde hulpvragen en het handelen van de huisarts, wordt in deze paragraaf onderzocht.

Verschillende aspecten van een AIDS-gerelateerd contact, zoals de besproken onderwerpen, de handelingen van de arts zijn afgezet tegen de kwartalen door middel van een chikwadraat toets. Ook zijn verschillende patiëntkenmerken onderzocht. In geval van een statistische significante toetsingsgrootte, is nader onderzocht of er een dalende of stijgende lijn valt te ontdekken, of dat het verloop in de tijd alleen wat grillig is.

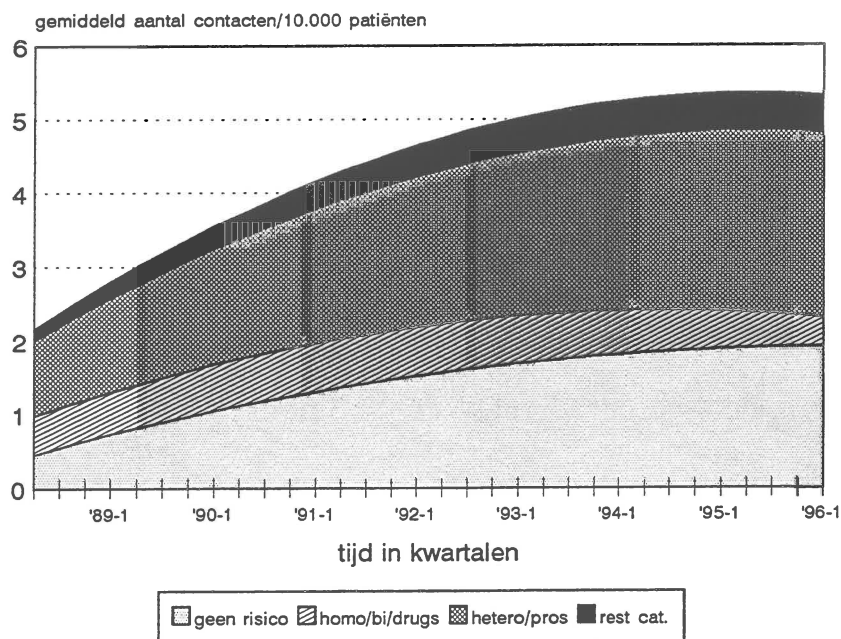
Bij de registratie van de AIDS-gerelateerde contacten heeft de huisarts aangegeven wie het onderwerp ter sprake bracht. In verreweg de meeste contacten, zo bleek in paragraaf 3.3, ligt het initiatief bij de patiënt. In de tijd gezien is hierin geen verandering opgetreden. Net als in het begin, ligt ook aan het eind van de registratieperiode het initiatief om over AIDS te praten, grotendeels bij de patiënt.

Patiëntkenmerken

Gedurende de onderzochte periode, blijkt de gemiddelde leeftijd van de patiënt geleidelijk te zijn afgenomen ($p < 0,001$ - ANOVA van leeftijd bij jaar). De patiënten die in 1988 het spreekuur bezochten waren gemiddeld 36 jaar oud, terwijl de patiënten die in 1996 kwamen, gemiddeld 31 jaar oud zijn. De verhouding tussen het aantal contacten van mannen en van vrouwen is, over de gehele periode gezien, met elkaar in evenwicht: In de beginperiode bezochten meer mannen dan vrouwen de huisarts en deze verhouding bleek na ongeveer drie jaar te zijn omgekeerd. De laatste jaren van de registratie telden evenveel contacten van mannen als vrouwen.

In de tijd gezien heeft er een relatieve verschuiving plaatsgevonden in de verdeling van de patiënten naar risicogroep ($p < 0,001$). Figuur 5.3 geeft dit grafisch weer. De cijfers betreffen weer het aantal contacten per 10.000 ingeschreven patiënten.

Figuur 5.3 Gebiedsgrafiek van het aantal AIDS- gerelateerde contacten naar risicogroep per kwartaal in de periode 1988-1996.



De omvang van de traditionele risicogroep, bestaande uit patiënten met homo- en/of bisexuele contacten alsmede de intraveneuze druggebruikers, is verhoudingsgewijs kleiner geworden. Zag de huisarts patiënten uit deze groep in 1988 in 23% van het totaal aantal contacten, in 1996 was dat afgenomen tot 7%. De risicogroep die contact heeft met prostituées of die heterosexuele contacten heeft met meerdere partners is vrij constant gebleven: het schommelt rond de 45% gedurende alle kwartalen. Ook de restcategorie is weinig veranderd. Deze categorie bestaat uit patiënten met seksuele contacten in het buitenland of met buitenlanders, degenen die een beroepsrisico lopen of die bloedprodukten ontvingen. De groep is steeds ongeveer 9% van het totaal blijven vormen. Wel toegenomen is de procentuele omvang van de groep patiënten zonder verhoogd risico op een HIV besmetting. In het begin van de registratie besloeg deze groep 27%, terwijl dat aan in de laatste kwartalen is toegenomen tot 37 procent

van het totaal aantal AIDS-gerelateerde contacten. De toegenomen omvang van de groep zonder verhoogd risico strookt met het eerder vermelde gestegen aantal vragen over vaste seksuele contacten. De trendlijnen in figuur 5.3 volgen het gestegen aantal contacten, met uitzondering van het aantal AIDS-gerelateerde contacten van personen uit de traditionele risicogroep. Dat aantal is ook in absolute zin wat afgenomen in de laatste kwartalen van de onderzochte periode. De teruggang van het totale aantal contacten is grotendeels terug te voeren door de afname van het aantal contacten in de traditionele risicogroep.

Hulpvragen

Ten aanzien van de besproken onderwerpen blijkt het aantal verzoeken om een HIV-antistoffentest ($p < 0,01$) tussen 1988 en 1996 te zijn gestegen. Vragen over vaste seksuele contacten laten eveneens een duidelijk opgaande lijn zien ($p < 0,001$) in tegenstelling tot vragen over incidentele seksuele contacten, die vrij constant bleven. Vragen in verband met niet-seksuele contacten, algemene vragen en overige vragen, voor deze analyse bijeen gevoegd, laten tezamen een dalende trend zien. Aan het eind van de jaren tachtig komen deze onderwerpen nog weleens ter sprake, daarna steeds minder ($p < 0,001$). Hetzelfde beeld vertonen vragen over symptomen, diagnose en behandeling gevoegd bij het aantal somatische klachten die door de patiënt in verband worden gebracht met AIDS: een geleidelijke afname gedurende de achtereenvolgende kwartalen ($p < 0,001$).

Het handelen van de huisarts

De afspraak voor een HIV-antistoffentest vertoont een significante groei ($p < 0,001$). Het verrichten van lichamelijk onderzoek daarentegen, laat een licht dalende trend zien ($p < 0,05$). Het aantal contacten waarin informatie en/of advies gegeven wordt blijft gedurende de onderzochte periode ongeveer gelijk. Dit geldt ook voor het - sporadische - aantal verwijzingen en de restcategorie van de overige hulpverlening.

Voor de aanvraag van de HIV-test en voor de testverzoeken is vervolgens nagegaan hoe zij veranderen in de tijd en of hierin geografische verschillen zijn te ontdekken. Voor deze trendanalyse is gebruik gemaakt van een multiële regressie analyse. De gegevens, verdeeld over de 32 kwartalen, zijn ook hier weer gecorrigeerd voor seizoensinvloeden en wisselende praktijkpopulaties. De twee variabelen waarvan het verloop wordt nagegaan, zijn, ten eerste, het aantal contacten met een verzoek om een HIV-antistoffentest en, ten tweede, het aantal contacten met een afspraak voor een test. Het aantal AIDS-gerelateerde contacten met een testverzoek of een testafspraken is uitgedrukt in aantallen per 10.000 patiënten.

In tabel 5.2 (volgende bladzijde) staan de resultaten van de trendanalyses bijeen. De begrippen in tabel 5.2 hebben dezelfde betekenis als die van tabel 5.1. Zie de tekst aldaar voor een uitleg. Het aantal testverzoeken volgt heel duidelijk het patroon van het aantal AIDS-gerelateerde contacten (tabel 5.2, stap 3a). Ook hier is dat het aantal contacten waarin om een test wordt verzocht, in steden met meer dan 100.000 inwoners al vanaf het begin duidelijk hoger dan elders (tabel 5.2, stap 3a 'stad'). Het platteland telt steeds de minste contacten, terwijl de verstedelijkte gemeenten weer een tussenpositie innemen. De aanvankelijke groei van het aantal testverzoeken verschilt wederom per urbanisatiegraad. In de stad is de groei het grootst, op het platteland het kleinst (tabel 5.2, stap 3a 'interactie platt*kwartaal'). De verstedelijkte gemeenten zitten er weer tussenin (tabel 5.2, stap 3a 'kwartaal'). De groei van het aantal testverzoeken

is weliswaar groter dan de groei van het aantal AIDS-gerelateerde contacten (vergelijk tabel 5.2 met tabel 5.1), toch neemt ook hier de groei wat af. Dit wordt weergegeven door het significante effect van de variabele 'kwartaal²'. De verklaarde variantie van de analyse met de verschillende urbanisatiegraden is 61%, en komt overeen met het eerdere model van het aantal AIDS-gerelateerde contacten. Ook dit wijst op een redelijk goed model van het aantal contacten met testverzoeken per 10.000 patiënten over de periode 1988-1996. Sterk overeenkomstig zijn de resultaten van het aantal testafspraken per 10.000 patiënten per kwartaal. Het enige verschil is dat de variabele die het afnemen van de groei weergeeft (tabel 5.2, stap 3a 'kwartaal²') net niet statistisch significant is.

Tabel 5.2 Multiple regressie analyse van aantal testverzoeken en van het aantal testafspraken per 10.000 patiënten in de periode 1988-1996. Gegevens per kwartaal, naar urbanisatiegraad en regio

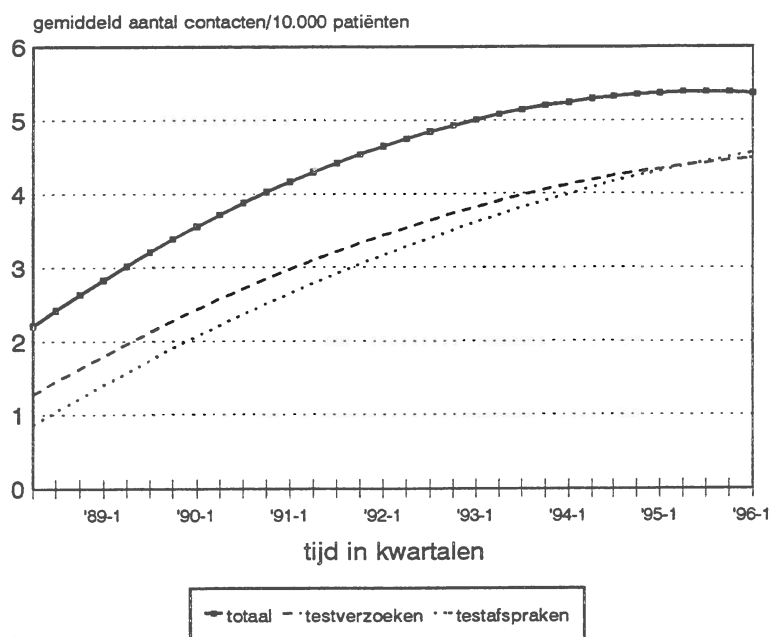
	aantal testverzoeken			aantal testafspraken		
	R ²	B	95% B.I.	R ²	B	95% B.I.
<u>stap 1</u>	0,12			0,15		
kwartaal		0,106***	(0,075 0,136)		0,121***	(0,091 0,151)
kwartaal ²		n.s.			n.s.	
<u>stap 2a</u>	0,53			0,48		
kwartaal		0,106***	(0,084 0,128)		0,121***	(0,097 0,145)
kwartaal ²		n.s.			n.s.	
stad>100.000 (dummy)		3,33***	(2,85 3,80)		3,05***	(2,53 3,56)
platteland (dummy)		-0,93***	(-1,45 -0,42)		-0,76**	(-1,32 -0,21)
<u>stap 3a</u>	0,61			0,59		
kwartaal		0,076***	(0,043 0,110)		0,077***	(0,042 0,112)
kwartaal ²		-0,002	(-0,005 -0,000)		n.s.	
stad>100.000 (dummy)		3,26***	(2,82 3,70)		2,96***	(2,50 3,42)
platteland (dummy)		-0,90***	(-1,37 -0,42)		-0,73**	(-1,22 -0,23)
interactievar. stad*kwartaal		0,133***	(0,086 0,181)		0,176***	(0,126 0,225)
interactievar. platl.*kwartaal		-0,070**	(-0,121 -0,018)		-0,074**	(-0,128 -0,021)
<u>stap 2b</u>	0,14			0,16		
kwartaal		0,106***	(0,076 0,136)		0,121***	(0,091 0,151)
kwartaal ²		n.s.			n.s.	
regio noord (dummy)		n.s.			.90*	(0,15 10,95)
regio west (dummy)		0,83*	(0,08 1,59)		n.s.	
regio zuid (dummy)		0,89*	(0,05 1,73)		n.s.	
<u>stap 3b</u>	0,14			0,17		
kwartaal		0,107***	(0,049 0,165)		0,100***	(0,043 0,158)
kwartaal ²		n.s.			n.s.	
regio noord (dummy)		n.s.			0,87*	(0,11 1,62)
regio west (dummy)		0,83*	(0,08 1,59)		n.s.	
regio zuid (dummy)		0,90*	(0,05 1,74)		n.s.	
interactievar. noord*kwartaal		n.s.			n.s.	
interactievar. west*kwartaal		n.s.			n.s.	
interactievar. zuid*kwartaal		n.s.			n.s.	

* = p<0,05 ** = p<0,01 *** = p<0,001

De geconstateerde groei is in elk van de vier regio's gelijk (tabel 5.2, stap 3b - het effect van de interactievariabelen is niet statistisch significant). Wel ligt het aantal contacten met een testverzoek in de westelijke en zuidelijke provincies steeds hoger dan elders (stap 3b). In de noordelijke provincies daarentegen worden relatief meer testafspraken gemaakt (tabel 5.2, stap 3b). De verklaarde variantie van de analyse naar de vier regio's is 14%-17%, hetgeen weer wijst op een slecht passend model voor zowel het aantal testverzoeken als het aantal testafspraken - zeker in vergelijking met de analyse naar urbanisatiegraad.

Zowel het aandeel van contacten waarin een testverzoek is besproken als het aandeel van contacten waarin een testafpraak is gemaakt blijkt dus een statistisch significante groei door te maken. In figuur 5.4 zijn de groeilijnen voor het aantal AIDS-gerelateerde contacten, voor verzoeken om een HIV-antistoffentest en voor testafspraken getekend.

Figuur 5.4 Trendlijnen van het aantal AIDS-gerelateerde contacten met een testverzoek of een testafpraak per 10.000 patiënten per kwartaal, in de periode 1988-1996.



De bovenste lijn geeft het aantal AIDS-gerelateerde contacten per 10.000 patiënten per kwartaal weer. De andere lijnen blijven daar natuurlijk onder. Het aantal testverzoeken (onderbroken lijn) groeit gedurende de registratieperioden van ongeveer 1,5 naar 4,5 per kwartaal. Relatief gezien wordt het aandeel van de testverzoeken op het totaal groter: van ongeveer zestig procent aan het begin van de registratieperiode tot meer dan tachtig procent aan het eind. In feite is de toename van het aantal testverzoeken de belangrijkste oorzaak van de groei van het totale aantal AIDS-gerelateerde contacten. Ook het aantal testafspraken is toegenomen (gestippelde lijn). Zelfs nog iets meer dan het aantal verzoeken. In het eerste registratie-jaar leidde 74% van het aantal verzoeken om een test ook daadwerkelijke tot een afspraak, in het laatste registratie-jaar was dat 88%. Er worden dus hedentendage meer verzoeken om een test ingewilligd dan voorheen.

6 SAMENVATTING EN BESCHOUWING

6.1 Samenvatting

Het Continue Morbiditeits Registratie (CMR) Peilstationnetwerk Nederland bestaat uit 65 huisartsen, werkzaam in 44 praktijken die wekelijks bijhouden met welke ziektebeelden en gebeurtenissen ze geconfronteerd worden en welke verrichtingen ze uitvoeren. Binnen het CMR-peilstationnetwerk houden de huisartsen sinds 1988 bij in hoeveel (face-to-face) contacten het onderwerp AIDS ter sprake komt. Het gaat hierbij alleen om contacten met patiënten van wie geen seropositieve status bekend is. De huisarts vult bij zo'n contact een registratieformulier in waarop hij aangeeft wat de hulpvraag van de patiënt is en wat hij als huisarts doet. Eveneens worden enkele kenmerken van de patiënt genoteerd. Over de periode 1988-1996 leverde deze registratie gegevens op over 2021 contacten.

De gegevens van de AIDS-gerelateerde contacten zijn in dit onderzoek geanalyseerd met als doel een beschrijving te geven van het aantal contacten, de patiënten, hun hulpvragen en het handelen van de huisarts. Door de inmiddels lange duur van de registratie was het mogelijk hierbij veranderingen in de tijd vast te stellen. Door het continue karakter van de registratie is er sprake van een monitoring-functie.

Het is belangrijk inzicht te hebben in de kenmerken van deze groep patiënten in verband met de 'voorlichting op maat' die de huisarts geacht wordt te geven in aanvulling op de grote publiekscampagnes. Uit verschillende onderzoeken blijkt het kennisniveau wat betreft AIDS bij veel mensen al redelijk hoog te zijn, dus waarschijnlijk komen algemene zaken minder vaak naar voren dan concrete vragen over eventueel gelopen risico. Als gevolg van de berichtgeving over combinatietherapieën en het beschikbaar komen van AIDS-remmende medicijnen, waarvoor een vroege diagnose van HIV-besmetting noodzakelijk is, zullen patiënten wellicht eerder om een HIV-antistoffentest vragen.

Het handelen van de huisarts is ook onderzocht. Vaak wordt de huisarts namelijk gezien als de aangewezen persoon om de patiënt voor te lichten en gerust te stellen wanneer deze vragen heeft over AIDS. Bovendien is de huisarts in de gelegenheid het onderwerp AIDS onder de aandacht van de patiënt te brengen, ook zonder dat de patiënt dit onderwerp aanroert. In dit onderzoek is tevens nagegaan of het handelen van de huisarts in de registratieperiode gewijzigd is.

Deze samenvatting volgt de acht onderzoeksvragen die in hoofdstuk 1 gesteld zijn.

1. Welke patiënten komen bij de huisarts met vragen over AIDS?

De meeste patiënten die met vragen over AIDS komen zijn veelal tussen de twintig en de veertig jaar. Het aantal mannen en vrouwen verschilt niet veel van elkaar, maar de vrouwen zijn over het algemeen iets jonger. De huisarts heeft per contact aangegeven of de patiënt gerekend kan worden tot een potentiële risicogroep, zoals 'patiënt heeft homoseksuele contacten', 'patiënt heeft wisselende heteroseksuele contacten', 'patiënt is intraveneuze druggebruiker'. In ruim tweederde van de contacten behoort de patiënt tot een groep met verhoogd risico. Het grootste deel hiervan heeft risicovolle hetero-

sexuele contacten, bijvoorbeeld met meerdere partners, prostituées of een persoon uit een andere risico-groep. Een tweede groep zijn de 'traditionele' risico-categorie van patiënten met homoseksuele of biseksuele contacten en intraveneuze druggebruikers. Een klein aantal patiënten loopt een verhoogd risico omdat ze seksuele contacten in buitenland/met buitenlander hebben gehad, beroepsrisico lopen of ontvanger zijn van bloedproducten.

2. Om welke hulpvragen gaat het tijdens deze consulten?

De belangrijkste hulpvraag die patiënten hebben, is het verzoek om een HIV-antistoffentest. Deze vraag komt in bijna driekwart van de contacten naar voren. In een vierde van de contacten wordt gesproken over symptomen, lichamelijke klachten en behandeling van AIDS. Verder worden er tijdens het consult vaak vragen gesteld met betrekking tot vaste en incidentele seksuele contacten. In een relatief klein deel van de contacten worden vragen gesteld die niet over seksuele contacten gaan, maar bijvoorbeeld over AIDS in het algemeen of beroepsrisico's.

3. Welke actie onderneemt de huisarts? Hoe vaak wordt een HIV-test aangevraagd?

Het aanvragen van de HIV-antistoffentest is één van de belangrijkste acties die de huisarts neemt. In tweederde van het aantal contacten wordt uiteindelijk een testafspraken gemaakt. Hierbij is geruststelling van de patiënt veruit de belangrijkste reden. Daarnaast is de rol van de huisarts als informatieverstrekker en verlener van gedragsadviezen van belang. In 81% van de contacten geeft de huisarts informatie over AIDS en bij 28.0% van de contacten een gedragsadvies, zoals 'veilig vrijen' of 'beperken van het aantal seksuele partners'. Slechts in een klein aantal contacten verricht de huisarts lichamelijk onderzoek of verwijst hij de patiënt door naar een internist of naar de RIAGG.

In de acht jaar registratieperiode is voor 1341 patiënten een test aangevraagd, meestal op aandringen van de patiënt zelf. Veertien patiënten bleken sero-positief. In de eerste vijf jaar waren overigens nog maar vijf patiënten sero-positief. Opvallend is dat in vijf van de contacten waarbij op aanraden van de huisarts een test aangevraagd is, de patiënt sero-positief is. In ruim een derde van de contacten waarbij een test is aangevraagd, deelt de huisarts het resultaat telefonisch mee. Dit gebeurt zelfs in drie van de veertien gevallen waarin de patiënt besmet blijkt te zijn. Bij ruim een kwart wordt het resultaat in een persoonlijk gesprek meegedeeld.

4. Welke relaties zijn er tussen patiëntkenmerken en hulpvraag en tussen patiëntkenmerken, hulpvraag en handelen van de huisarts?

Er bestaat een relatie tussen bepaalde kenmerken van patiënten en het soort vragen dat mensen stellen. Vrouwen en patiënten met een verhoogd risico vanwege onveilige heteroseksuele contacten bijvoorbeeld, verzoeken vaker om een test. Ouderen daarentegen doen dat wat minder.

Oudere patiënten en de patiënten die tot een potentiële risicogroep behoren, met name de patiënten met homo- of biseksuele contacten of druggebruikers, komen vaker met klachten die ze in verband brengen met AIDS. Samen met vrouwen stellen patiënten

uit deze risicogroep vaker vragen over vaste seksuele contacten.

Vragen over incidentele seksuele contacten worden het meest door patiënten met onveilige heteroseksuele contacten gesteld. Patiënten die risico lopen omdat ze bijvoorbeeld een risicovol beroep hebben -in dit onderzoek bekend als 'overig risico'- hebben ook significant meer vragen over incidentele seksuele contacten en willen vaker algemene informatie over AIDS.

Bij het ene contact geeft de huisarts alleen informatie of gedragsadviezen en bij het andere doet hij lichamelijk onderzoek of vraagt een test aan. Met behulp van de gegevens uit de registratie van de contacten is onderzocht hoe de variatie in het handelen van de huisarts samenhangt met de hulpvraag en de kenmerken van de patiënt. Het handelen van de huisarts kan ook bepaald worden door zijn inschatting of een klacht van de patiënt samenhangt met AIDS. Dit blijkt voor alle handelingen van de huisarts een belangrijke rol te spelen. Met name het aanvragen van een test wordt vaker gedaan als de huisarts zelf vermoedt dat de klacht op AIDS wijst. Het aanvragen gebeurt ook vaker als de patiënt tot de 'traditionele' risicogroep (homoseksuele contacten, bisexuele contacten, intraveneus druggebruik) behoort. Niet geheel onverwacht is het sterke verband dat bestaat tussen het verzoek van de patiënt om een test en het aanvragen van de test.

Het geven van algemene informatie vindt vooral plaats bij de risicogroep van heteroseksuelen en wanneer de patiënt vragen stelt over vaste en incidentele seksuele contacten. Er wordt minder vaak algemene informatie en advies gegeven als de huisarts de klachten van de patiënt zelf in verband brengt met AIDS.

Advies geeft de huisarts vooral aan jongere patiënten, patiënten uit een risicogroep en aan patiënten die vragen hebben over incidentele seksuele contacten.

Patiënten uit de traditionele risicogroep wordt minder vaak verwezen en dat geldt ook voor patiënten met algemene vragen of klachten. Lichamelijk onderzoek verricht de huisarts vooral bij patiënten uit de heteroseksuele risicocategorie, bij patiënten die om algemene informatie vragen en bij patiënten die hun klachten in verband brengen met AIDS, of waarbij de huisarts dat doet. Patiënten die om een test verzoeken worden relatief weinig lichamelijk onderzocht.

Als de huisarts AIDS op eigen initiatief ter sprake brengt (10% van de contacten) komt dat vooral omdat hij klachten van de patiënt in verband brengt met AIDS.

5. *In welke mate worden huisartsen geconfronteerd met vragen over AIDS door patiënten die niet bewezen seropositief zijn?*

Over de periode 1988-1996 zijn 2021 contacten geregistreerd. Het peilstationnetwerk bestaat uit 44 praktijken. Per praktijk is de gemiddelde populatie berekend en op basis daarvan het gemiddeld aantal AIDS-contacten per 10.000 patiënten. Dit zijn ongeveer 20 contacten. Per normpraktijk van 2350 komt dit neer op een gemiddelde van 5 contacten per jaar. Bij de beantwoording van vraag 8 blijkt overigens wel dat dit aantal per jaar fluctueert.

6. *In hoeverre bestaan er verschillen in het aantal contacten naar urbanisatiegraad en regio?*

Er blijken verschillen te bestaan tussen het aantal AIDS-contacten in de stad en op het platteland (urbanisatiegraad) en in verschillende provincies (regio's). Met name bij het onderscheid naar urbanisatiegraad verschilt het gemiddeld aantal contacten van elkaar:

6 in plattelandsgemeenten en 34 in steden met meer dan 100.000 inwoners. Dit is niet zo vreemd gezien AIDS en seropositiviteit in stedelijke gebieden vaker voorkomt dan op het platteland.

7. In hoeverre zijn er verschillen in de aard van de hulpvraag en in het handelen van de huisarts naar urbanisatiegraad en regio?

De hulpvraag waarmee patiënten bij hun huisarts komen verschilt niet erg tussen praktijken met een verschillende urbanisatiegraad of in een verschillende regio. Op het platteland komen patiënten minder vaak met klachten bij hun huisarts dan in de verstedelijkte gemeenten en de steden. Het verzoek om een AIDS-test blijkt op het platteland wel een relatief belangrijke plaats in te nemen. In de regio noord wordt relatief het hoogste aantal testverzoeken gedaan en komen patiënten significant minder met AIDS-klachten bij hun huisarts of met vragen over incidentele seksuele contacten en algemene zaken, dan in de andere regio's.

Het handelen van de huisarts verschilt niet duidelijk wanneer gekeken wordt naar de invloed van urbanisatiegraad of regio. In huisartspraktijken in 'plattelandsgemeenten' zijn relatief gezien vaker testafspraken gemaakt dan elders in Nederland. Deze huisartsen op het platteland registreren relatief gezien ook het hoogste gemiddelde aantal gedragsadviezen.

8. Welke ontwikkelingen doen zich voor ten aanzien van bovengenoemde aspecten in de periode 1 april 1988 tot 1 april 1996?

De patiëntengroep die bij de huisarts komt met vragen over AIDS is gedurende de onderzochte periode veranderd in samenstelling. De gemiddelde leeftijd van de patiënt is afgenomen van 36 naar 31 jaar. De verhouding tussen het aantal mannen en vrouwen was in het begin nog scheef, in die zin dat er veel meer mannen bij hun huisarts kwamen. Na ongeveer drie jaar was het aantal vrouwen net iets meer. De laatste jaren is het aantal mannen en vrouwen ongeveer gelijk.

De omvang van de traditionele risicogroep, bestaande uit patiënten met homo- en/of bisexuele contacten alsmede de intraveneuze druggebruikers, is kleiner geworden (23% van het totaal aantal contacten in het begin en 7% in 1996). Het aandeel van de andere risicocategorieën is niet erg veranderd. Opvallend is de procentuele toename van de groep patiënten zonder verhoogd risico.

Het aantal geregistreerde contacten vertoont een groei tot medio 1994. Daarna worden de aantallen weer kleiner. In het begin van de registratieperiode (1988) waren er 11 AIDS-gerelateerde contacten per 10.000 patiënten, halverwege in 1994 was dit opgelopen tot 22 contacten. Na 1995 slaat de groei om in een daling en aan het eind van de registratieperiode (1996) worden per 10.000 patiënten gemiddeld 16 contacten geregistreerd.

Het aantal contacten in de stad was al vanaf het begin duidelijk hoger dan elders en ook de groei is hier het grootst. Bovendien is de groei in de stad blijvend terwijl deze op het platteland en in de verstedelijkte gemeenten juist afneemt. Het aantal contacten per praktijk komt dan ook steeds verder uit elkaar te liggen. In een normpraktijk in de stad ziet een huisarts anno 1996 7 patiënten met AIDS-vragen per jaar, in een verstedelijkte gemeente zijn dit er vier en op het platteland wordt de huisarts gemiddeld slechts met één patiënt geconfronteerd. Wat betreft de verschillende regio's blijken er in zuid en west meer AIDS-gerelateerde contacten te zijn.

Het aantal verzoeken om een HIV-antistoffentest is gestegen. Relatief gezien wordt het aandeel van de testverzoeken op het totaal groter. Van ongeveer zestig procent aan het begin van de registratieperiode tot meer dan tachtig procent aan het eind. De toename van het aantal contacten is dan ook in hoge mate te verklaren uit de toename van het aantal testverzoeken. Het aantal afspraken voor een test neemt ook daadwerkelijk toe gedurende de registratieperiode, zelfs nog meer dan het aantal verzoeken. De verklaring hiervoor is dat vaker op aanraden van de huisarts een test wordt aangevraagd. Er worden in vergelijking met het begin van de registratie meer verzoeken om een test ingewilligd: in het begin leidde 74% van de verzoeken tot een afspraak en aan het eind was dat 88%.

De vragen over vaste seksuele contacten laten eveneens een duidelijk opgaande lijn zien, terwijl de vragen over niet-seksuele contacten en algemene vragen afnemen. Dit zelfde geldt voor klachten en vragen over symptomen van AIDS. Het aantal contacten waarin informatie en advies wordt gegeven en het aantal verwijzingen blijft overigens ongeveer gelijk.

6.2 Beschouwing

De resultaten over acht jaar registratie van AIDS-gerelateerde contacten bij de huisarts leiden tot twee algemene conclusies. Er is in toenemende mate sprake van 'veralledaagsing' van AIDS en de rol van de huisarts verbreedt zich van reageren en geruststellen tot een meer actieve rol bij het aanvragen van een HIV-test.

Er zijn een aantal ontwikkelingen zichtbaar die op veralledaagsing wijzen. Na een aanvankelijke groei van het aantal contacten sinds 1988 is na 1995 het aantal contacten gestabiliseerd op vijf per normpraktijk. Het groeiende aantal testverzoeken was de belangrijkste reden voor de toename van het aantal contacten. Belangrijk is de constatering dat aan het eind van de registratieperiode ongeveer evenveel vrouwen als mannen hun huisarts consulteren met vragen over AIDS, terwijl in het begin het aandeel vrouwen slechts een derde bedroeg. Opvallend ook is de daling van het aandeel traditionele risico-groepen (mannen met homoseksuele en bisexuele contacten, intraveneuze druggebruikers): in 1988 nog verantwoordelijk voor 23 procent van de consulten, in 1996 zeven procent. Overigens betreft dit niet alleen een procentuele daling, ook absoluut is het aantal contacten van traditionele risico-groepen verminderd. Enerzijds hangt dit samen met de toename van andere groepen patiënten, anderzijds zou het er op kunnen wijzen dat deze 'risico-patiënten' hun hulp elders zoeken. Zij gaan met (test-aan)vragen bijvoorbeeld minder snel naar hun huisarts, maar eerder naar bijvoorbeeld de GGD, een soa-polikliniek of een homospecifieke voorziening. Wat betreft de vraag naar 'algemene informatie' kan voor hen gelden dat er al zoveel aandacht en informatie specifiek voor deze groep is, buiten de huisarts om, dat deze mensen minder vaak met AIDS-vragen naar hun huisarts gaan.

Wat betreft de inhoud van de consulten kan geconstateerd worden dat de hulpvraag bijna altijd betrekking heeft op risicovolle seksuele contacten van de patiënt zelf, irreële besmettingsangst vormt slechts zelden een aanleiding om de huisarts te consulteren. AIDS wordt steeds meer gezien als een ziekte die iedereen kan overkomen en niet als een specifieke "homo-ziekte" of alleen gevaarlijk voor druggebruikers. Een verklaring voor deze ontwikkeling ligt voor de hand. Er is en wordt in de media veel aandacht aan AIDS besteed, er zijn grote voorlichtingscampagnes gehouden die zich in de loop der tijd gericht en op meer doelgroepen hebben toegespitst. AIDS lijkt momenteel een

minder groot taboe dan in 1988, het begin van de registratie. Waarschijnlijk praten mensen er makkelijker over met hun huisarts, zijn beter geïnformeerd over besmettingsrisico's, en komen vaak met een duidelijk doel voor ogen: een HIV-test.

Hoewel er veel aandacht in het algemeen voor AIDS is, is het blijkbaar moeilijk voor mensen deze informatie op zichzelf te betrekken. Er bestaat nog steeds een discrepantie tussen wat mensen weten en wat ze uiteindelijk doen, getuige het onderzoek onder studenten over het gebruik van pil en condoom (Coenders, e.a, 1996). De huisarts heeft in een consult de mogelijkheid een 'advies op maat' te geven.

Van meet af aan is de HIV-test het belangrijkste gespreksonderwerp, meestal door de patiënt naar voren gebracht. Desondanks lijkt het erop dat de huisarts steeds vaker zelf een testadvies geeft. In het onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat in 1995 het aantal testaanvragen het aantal testverzoeken is gaan overstijgen, hetgeen alleen toegeschreven kan worden aan een actievare rol van de huisarts. In ruim een derde van de testen waarbij de patiënt seropositief bleek, heeft de huisarts een test aangevraagd, hoewel de patiënt hier in eerste instantie niet om gevraagd had. De huisarts heeft in deze situaties de ernst van de situatie dus terecht onderkend.

Deze ontwikkeling loopt in de pas bij veranderende opvattingen over het testen. Tot voor kort werd - in Nederland althans - een terughoudend testbeleid gepropageerd. Inmiddels is dit beleid onder invloed van verbeterde mogelijkheden tot vroegbehandeling genuanceerd en wordt mensen die risico hebben gelopen geadviseerd zich, na inwinning van deskundig advies, te bezinnen op een test. De in dit onderzoek beschreven gegevens zijn gebaseerd op consulten tot en met het eerste kwartaal van 1996. Of de publiciteit over recent beschikbaar gekomen medicijnen en de positieve resultaten van combinatietherapie nadien geleid heeft tot meer testverzoeken van patiënten en/of tot meer situaties waarin de huisarts het initiatief voor een test neemt, is in deze rapportage nog niet na te gaan.

De huisarts vervult nog steeds een belangrijke rol wat betreft AIDS-gerelateerde problematiek. Naast het aanvragen van een HIV-antistoffentest, is de aanvullende informatie bij het geven van voorlichting en advies van belang. De kennis van huisartsen omtrent AIDS blijkt onder meer uit onderzoek van Veehof (1994) voldoende hoog te zijn om goed om te gaan met AIDS-problematiek. Bovendien wordt ook voortdurend aandacht besteed aan bijscholing van de huisarts. Een belangrijk voorbeeld hiervan is het project deskundigheidsbevordering huisartsen met betrekking tot HIV/AIDS dat vanaf 1995 loopt. Hierin worden per regio huisartsen getraind tot HIV-consulenten (inmiddels 25 verspreid over het hele land), waarbij andere huisartsen terecht kunnen met vragen en die bijscholing verzorgen voor de huisartsen uit hun regio (Van Bergen, 1996).

Het onderzoek geeft echter aanleiding de huidige ontwikkelingen op het gebied van vroegbehandeling op hun gevolgen voor de mogelijke en wenselijke rol van de huisarts te blijven volgen. In die gevallen waar patiënten risico op besmetting hebben gelopen kan de afweging 'wel of niet testen' vaker in een positief testadvies van de huisarts resulteren en zal de huisarts mogelijk eerder geneigd zijn zelf het onderwerp 'AIDS' ter sprake te brengen. Alertheid lijkt met name geboden in die huisartspraktijken die weinig met AIDS-gerelateerde problematiek te maken hebben. Uit dit onderzoek komt naar voren dat het vooral plattelandspraktijken zijn waarin de huisarts niet alleen veel minder dan elders, maar ook in steeds mindere mate met AIDS-gerelateerde contacten te maken hebben.

Tot slot een opmerking over dit registratieproject zelf. Al eerder is opgemerkt dat dit project geen totaal overzicht geeft van ontwikkelingen met betrekking tot vragen over AIDS van patiënten van wie geen seropositieve status bekend is. Het is beperkt tot die patiënten die zich hiermee tot hun huisarts wenden of waarvan de huisarts het onderwerp zelf ter sprake brengt. Vergelijkbare gegevens van andere instellingen die met vragen over AIDS, met name testverzoeken, te maken hebben zijn niet - soms op een enkel onderdeel - beschikbaar. Dit bemoeilijkt enerzijds het krijgen van een overall beeld op bevolkingsniveau, anderzijds is het onvoldoende mogelijk om de feitelijke rol van huisartsen en andere instellingen bij AIDS-gerelateerde problemen op waarde te kunnen schatten en wenselijke veranderingen in de hulpverlening aan te brengen.

LITERATUUR

- AIDS-Bestrijding. Tweemaandelijks uitgave van Stichting AIDS-Fonds; 1996
- AIDS-Weekly (Plus.) News Reports Conference Vancouver; 1996
- Anderson, P., Mayon-White, R. General Practitioners and management of infection with HIV. *British Medical Journal*; 296, 1988, 535-536
- Avonts, D. Het natuurlijke verloop van een infectie met het human immune deficiency virus (hiv). *Huisarts Nu*; 17, 1988, no.10, 507-512
- Avonts, D. Hiv-testen: sta nooit op een been. *Huisarts Nu*; 17, 1988, no.10, 513-515
- Bergen, J.E.A.M. van. Preventie van seksueel overdraagbare infecties. De rol van de huisarts. *Medisch Contact*; 51, 1996, no.3, 84-88
- Bergen, J.E.A.M. van. The role of the general practitioner in the prevention of sexually transmitted infections in the Netherlands, Preliminary results of a peer-centered continuous education programme. SAD-Schorer Stichting (submitted), 1996
- Bergen, J.E.A.M. van. Huisarts, HIV en 'Sexual Health'. *SOA bulletin*; 16, 1995, 3
- Blanken, K. Nascholing met het condoom op tafel. *De huisarts in Nederland*; 10, 1995
- Buunk, B.P., Bakker, A.B., Siero, F.W., Dijkstra, P. Preventie van de HIV-infectie. In: HIV-infectie in onderzoek en kliniek, *Cahiers Bio-wetenschap en maatschappij*, 19e jaargang, nr.1 december, 1996
- Buunk, B. HIV-stress. In: *Volkskrant* 7/12/96
- Van Casteren, V., Renterghem, H. van, Szecsenyi J. Collection on Patterns of demands for HIV-antibody Testing and other HIV/AIDS-related consultations in General Practice. Surveillance by Sentinel networks in various European Countries. Final Report. Brussels: Institute of Hygiene and Epidemiology. DG V Project "Europe against AIDS", 1995
- Van Casteren, V. Vragen naar de HIV-antistoftest in de Belgische Huisartsenpraktijk. Resultaten van de morbiditeitsregistratie door de huisartsenpraktijken. *Huisarts Nu*; 17, 1991, no.10
- Coenders, A., Rademakers, J., Dersjant-Roorda, M., Helmerhorst, F.M. Veilig vrijen met pil en condoom. Studenten ondervraagd over hun opvattingen en gedrag. *Medisch Contact*; 51, 1996, no.3, 89-91
- Feenstra, G. Cocktails tegen de dood. In: *Volkskrant* 16/11/96.
- Hodgekin, P. HIV infection: the challenge to general practitioners. *British Medical Journal*; 296, 1988, 516-517
- Jongh-Wieth, F.E. de, Tonino-van der Marel, E., Broodbakker, A.B.A., Middelkoop, B.J.C. Testen op HIV-antistoffen. Informatie over GGD-testgesprekken. *Epidemiologisch Bulletin*; 31, 1996, no.3, 21-25
- Knipschild, P. Aids in Nederland. Kanttekeningen bij een onderzoek. *Medisch Contact*; 41, 1991, no.46
- Larsen, J., Lassen, L.C., Munster, K. HIV-infections and AIDS in Danish General Practice. The role of the GP in AIDS Prevention. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*; 8, 1990, 75-79
- Leenaars, P.E.M., Sandfort, Th.G.M., Oliehoek, A.J.M., Schrijvers, A.J.P. Een HIV-test: meer dan de vraag alleen. Utrecht: Vakgroep AGE RUU, 1992

- Meijman, F.J. Eleven years of experience with HIV infections in a general practice in Amsterdam. *European Journal of General Practice*; 1, 1995, 53-58
- Miller, E., Waight, P.A., Tedder, R.S., Sutherland, S., Mortimer, P.P., Shafi, M.S. Incidence of HIV infection of homosexual men in London, 1988-94. *British Medical Journal*; 311, 1995, 545
- Miller, R., Lipman, M. HIV pre-test discussion. Not just for specialists. *British Medical Journal*; 313, 1996, 130
- Milne, R.I.G., Keen, S.M. Are general practitioners ready to prevent the spread of HIV? *British Medical Journal*; 296, 1988, 533-535
- Moons, M.A.W., Peters, L. Vragen over AIDS bij de huisarts. Utrecht: NIVEL, 1994
- Moons, M.A.W., Peters, L., Bartelds, A.I.M., Kerssens, J.J. Concerns about AIDS in general practice. *British Medical Journal*; 312, 1996, 285-286
- Muilwijk, F.van. AIDS-preventie in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Nu*; 17, 1988, no.10, 516-519
- Naji, S.A., Russel, I.T., Foy, C.J.W., Gallagher, M., Rhodes, T.J., Moore, M.P. HIV infection and Scottish general practice: knowledge and attitudes. *Journal of Royal College of General Practitioners*; 39, 1989, 284-288
- Nijhuis, H.G.J. Vragen over AIDS op het spreekuur. *Epidemiologisch Bulletin*; 22, 1987, no.2, 26-28
- Rowan, M.S., Toombs, M., Bally, G., Walters, D.J., Henderson, J. Qualitative evaluation of the Canadian Medical Association's counselling guidelines for HIV serologic testing. *Canadian Medical Association Journal*; 154, 1996, 665-671
- Segal, A.I. Physician attitudes toward human immunodeficiency virus testing in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; 174, 1996, 1750-1755
- Shapiro, J.A. General practitioners' attitude towards AIDS and their perceived information needs. *British Medical Journal*; 298, 1989, 1563-1566
- Sheridan, J., Strang, J., Barber, N., Glanz, A. Role of community pharmacies in relation to HIV prevention and drug misuse: findings from the 1995 national survey in England and Wales. *British Medical Journal*; 313, 1996, 272-274
- Storosum, J.G. Attitude van artsen ten aanzien van AIDS. Discrepancie tussen kennis en bezorgdheid. *Medisch Contact*; 25, 1990, 797-798
- Sweetlove, P. HIV in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Nu*; 17, 1988, no.10, 503-504
- Veehof, L.J.G., Greeff, A.J. de, Wigtersma, L. Huisarts en HIV-zorg. Kennis en attitude van Nederlandse huisartsen met betrekking tot de HIV-problematiek. *Medisch Contact*; 49, 1994, 48, 1525-1527
- Visser, J. Huisartsen krijgen steeds vaker vragen over AIDS. *De huisarts in Nederland*; 10, 1994, 34-36
- Veken, J. van der, Casteren, V. van. Trends in HIV testing in de Belgische huisartsenpraktijken. Evolutie van 1988 tot 1991. Brussel: Instituut voor hygiëne en epidemiologie, 1993
- Wigtersma, L. Stabilisering van het aantal HIV-consulten in huisartspraktijken sinds 1989. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 135, 1991, 49
- Wigtersma, L., Heijnen, A.M., Hochheimer, E.H., Kloosterman, H. Samenhang tussen het gebruik van nascholingsmateriaal over het human immunodeficiëntievirus en het aantal HIV-consulten in huisartsenpraktijken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 135, 1991, no.5, 178-180
- Wigtersma, L. De AIDS-zorg en de weg naar Rome. Amsterdam: AIDS Fonds, 1993

Wigersma, L. Wat moeten de huisarts en de huisartsgeneeskunde met Hiv? Huisarts en wetenschap; 37, 1994, no.7, 278-280

Wigersma, L. Raad na daad komt te laat; preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen en van HIV-infectie door de huisarts. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 140, 1996, no.35, 1749-1751

BIJLAGEN

Bijlage I	Weekstaat CMR-Peilstations 1996
Bijlage II	Registratieformulier CAIDS
Bijlage III	Registratieformulier CAIDS testuitslag

BIJLAGE I WEEKSTAAT CMR-PEILSTATIONS 1996

Weekstaat t.b.v. centrale registratie

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE, PEILSTATION 1996

Proj. no.	verslagjaar	Code peilstat.	Week no.
4 0 0 0	6 9	1501	

	Leeftijdsgroep	Fysiek geweld ¹²⁾		Gastro-enteritis ¹³⁾		Leeftijdsgroep
		M	V	M	V	
1	< 1					< 1
2	1-4					1-4
3	5-9					5-9
4	10-14					10-14
5	15-19					15-19
6	20-24					20-24
7	25-29					25-29
8	30-34					30-34
9	35-39					35-39
10	40-44					40-44
11	45-49					45-49
12	50-54					50-54
13	55-59					55-59
14	60-64					60-64
15	65-69					65-69
16	70-74					70-74
17	75-79					75-79
18	80-84					80-84
19	≥ 85					≥ 85

Week nummer: _____ Opgemaakt d.d.: _____

Aantal dagen gerapporteerd (zie voetnoot 1) _____

0 1 2 3 4 5 Zie ommezijde voor voetnoten

BIJLAGE II REGISTRATIEFORMULIER CAIDS

CONTINUE MORBIDITEITS REGISTRATIE PEILSTATIONS 1996

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).

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

1. SPECIFIEKE 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).

	<u>Patiënt behoort tot deze categorie</u>		<u>Dit was mij al eerder bekend</u>
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 vervolgspraken 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 III REGISTRATIEFORMULIER CAIDS TESTUITSLAG

CONTINUE MORBIDITEITS REGISTRATIE PEILSTATIONS 1996

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:

