

Angst voor AIDS:

hulpvragen bij de huisarts in de periode

van 1988 tot en met 1997

J.J. Kerssens
L. Peters

juli 1998

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).

Lay-out
Omslag

Marcelle van der Meulen
Mieke Cornelius

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	5
METHODEN	9
RESULTATEN	11
SAMENVATTING EN DISCUSSIE	21
LITERATUUR	25
BIJLAGEN	
Bijlage I	29
Bijlage II	30
Bijlage III	32
Bijlage IV	34

INLEIDING

Behalve enkele uitzonderingen, in steden zoals Amsterdam en Rotterdam, worden Nederlandse huisartsen slechts in beperkte mate geconfronteerd met AIDS-patiënten en HIV-seropositiviteit. De ervaring van huisartsen met zorg voor HIV-seropositieve patiënten en patiënten die aan AIDS lijden is daarom beperkt. Toch bevindt de huisarts zich in principe in een gunstige positie om een bijdrage te leveren aan de preventie en voorlichting op het gebied van HIV. In een persoonlijk contact tussen arts en patiënt, kan hij of zij inspelen op individuele vragen en op ongerustheid met betrekking tot AIDS en seropositiviteit. Een huisarts is immers veelal bekend met de achtergronden van een patiënt en vaak is er sprake van een vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. Met name voor de vragen en ongerustheid van de niet als HIV-seropositief bekend staande patiënten, de zogenaamde "worried well" zou de huisarts een rol van betekenis kunnen spelen. Daarnaast zijn bij vroegbehandeling de resultaten van therapie verbeterd, reden waarom het belangrijk is dat de huisarts een goede inschatting maakt van de noodzaak om te laten testen.

Sinds 1988 worden er door de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland, een landelijk netwerk van huisartsen, gegevens verzameld over contacten tussen huisartsen en patiënten waarin vragen over AIDS of bezorgdheid over besmetting met HIV zijn besproken. De registratie wil inzicht verschaffen in de AIDS-gerelateerde hulpvragen bij huisartsen van patiënten die niet aan AIDS lijden en niet (bewezen) seropositief zijn. HIV-geïnfekteerden en patiënten die aan AIDS lijden worden in Nederland gevolgd door het surveillance systeem van de Geneeskundige Hoofdingspectie (Houweling 1997). De gegevens van de CMR huisartsenpeilstations zijn eerder beschreven door Moons & Peters (1994), Moons et al. (1996), Ros et al. 1997). De meest recente analyse vindt men in Kerssens & Peters (1997) met gegevens tot en met 31 december 1996. Nadien heeft de Stichting AIDS-fonds besloten de registratie wat sterker op *monitoring* te richten, door jaarlijks de registratie van de peilstations en gegevens van andere informatiebronnen op het terrein van HIV en AIDS te bundelen en te voorzien van commentaar op de belangrijkste ontwikkelingen (Oostrom 1998). Het doel van dit verslag is daarom inzicht te geven in de laatste stand van zaken in de ontwikkeling van AIDS-gerelateerde hulpvragen bij de huisarts. Het betreft de periode vanaf 1988 tot en met 1997 waarbij de nadruk ligt op het laatste jaar - 1997.

Onderzoek naar het functioneren van de huisarts op het gebied van AIDS heeft zich in Nederland met name gericht op kennis en attitude van huisartsen ten aanzien van HIV/AIDS (Veehof 1994) en op de werkbelasting en verleende zorg aan seropositieven en AIDS-patiënten (Meijman 1990, Wigersma 1997). Het functioneren van de huisarts wat betreft de "worried well" is zowel in de binnenlandse als internationale literatuur onderbelicht gebleven. Dit niettegenstaande het feit dat de contacten met deze groep het belangrijkste onderdeel is van hun werk. Uit twee Engelse onderzoeken (Naji e.a. 1989, Gallagher e.a. 1990) bleek dat respectievelijk 67% en 88% van de contacten in verband met HIV/AIDS afkomstig zijn van deze groep. Aan deze "verscholen" kant van de AIDS-epidemie wordt weinig aandacht besteed.

Het voorliggende onderzoek is gericht op de beantwoording van enkele vraagstellingen over het aantal contacten met hulpvragen op het gebied van AIDS/HIV. Ook wordt nagegaan wat er tijdens die contacten ter sprake komt en hoe de huisarts vervolgens

handelt. De eerste twee vraagstellingen betreffen het verloop van het *aantal* contacten:

1. Welke ontwikkelingen doen zich voor in de mate waarin huisartsen worden geconfronteerd met vragen over AIDS, van mensen die geen AIDS hebben, in de periode 1 april 1988 tot en met 31 december 1997?

2. In hoeverre zijn er verschillen in het aantal huisartscontacten naar urbanisatiegraad?

In deze vraagstellingen staan de ontwikkeling van het aantal AIDS-gerelateerde contacten centraal. Hierdoor wordt enig inzicht verkregen in de werkbelasting die AIDS-gerelateerde vragen met zich meebrengen. In het onderzoek van Ros et al. (1997) bleek dat de Nederlandse huisarts in 1994 relatief meer AIDS-gerelateerde contacten had dan in de periode daarvoor en daarna. Ook de sterfte aan AIDS - zo blijkt uit de CBS statistieken - bereikte in 1994 een maximum (CBS - Vademecum, p204 1998). Na 1994 is er een daling opgetreden in het aantal AIDS-gerelateerde huisartscontacten. De vraag is of die daling zich voortzet in 1997.

De vraagstelling richt zich ook op de grote verschillen die in Nederland zijn aangetroffen in het aantal AIDS-gerelateerde contacten naar urbanisatiegraad. Uit het onderzoek van Ros et al. (1997) bleek dat het aantal AIDS-gerelateerde contacten in steden en verstedelijkte gebieden hoger is dan op het platteland. Wat betreft regio (noord, oost, zuid, west) waren er veel minder grote verschillen. Het aantal contacten in de westelijke - en zuidelijke provincies was slechts in geringe mate hoger dan in de noordelijke en oostelijke provincies.

In de derde vraagstelling staat de *inhoud* van de contacten centraal:

3. Welke veranderingen doen zich voor in het initiatief om het onderwerp AIDS/HIV ter sprake te brengen, in het soort patiënten, de hulpvragen van de patiënten en de hulpverlening in de AIDS-gerelateerde contacten tussen 1 april 1988 en 31 december 1997?

Deze vraagstelling is er onder andere op gericht 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 testlocatie gaan (zoals een SOA-kliniek) omdat ze niet willen dat de huisarts en eventueel de familie op de hoogte komt van de testuitslag (Leenaars 1992, 1994 p85). 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 zeer wenselijk te weten welke patiënten met hun vragen over AIDS bij de huisarts komen. Uit eerder onderzoek blijkt dat 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). De traditionele risicogroep (homosexuele contacten, bisexuele contacten en intraveneus druggebruik) is qua omvang veel beperkter. De vraag is of er verschuivingen te zien zijn in de leeftijd, het geslacht en de risicogroepen in de onderzochte periode.

Ook is de derde vraagstelling gericht op de onderwerpen die in het contact tussen patiënt en huisarts worden besproken. Natuurlijk vormt de HIV-antistoffentest een belangrijk onderwerp. Vaak in combinatie met de mogelijke risico's naar aanleiding van seksuele contacten. Veel patiënten willen weten óf er sprake is geweest van onveilig gedrag en welk risico men liep. Ook komen er patiënten bij de huisarts met vragen over klachten of symptomen van AIDS (Moons & Peter 1994). Het onderzoek van Ros et al. (1997) toonde aan dat het aantal verzoeken om een HIV-test in de laatste jaren is gestegen. De vraag is of deze lijn zich heeft doorgezet in 1997.

Tenslotte is de derde vraagstelling gericht op het handelen van de huisarts. Preventie wordt nog steeds beschouwd als de belangrijkste voorwaarde om de verspreiding en gevolgen van seksueel overdraagbare aandoeningen en HIV in te perken (Wigersma 1998). Patiënten staan positief tegenover preventieve maatregelen door de huisarts (Leenaers 1992) en huisartsen blijken qua kennisniveau redelijk tot goed in staat zijn om te gaan met HIV-geïnfecteerde mensen (Veehof et al. 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) beschreef 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 op 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). De huisarts, en degene die voor huisarts wordt opgeleid, 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 (Casteren 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 in de ons omringende landen. Een mogelijke verklaring hiervoor zou het terughoudende beleid kunnen zijn dat in Nederland wordt gevoerd ten aanzien van het testen op HIV. Het onderzoek van Ros et al. (1997) daarentegen laat zien dat het aantal afspraken voor de HIV-antistoffentest in de laatste jaren is toegenomen, meer zelfs nog dan het aantal testverzoeken. Vanwege de veelbelovende resultaten van nieuwe combinaties van geneesmiddelen lijkt een minder terughoudend beleid ten aanzien van de HIV-test ook een raadzame strategie. De vraag is of dit beleid zijn weerslag heeft in de hulpvragen anno 1997.

De volgende paragraaf (2) van dit verslag gaat in op de opzet van de gegevensverzameling en op het registratie-netwerk van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. Daarna worden in paragraaf 3 de resultaten vermeld. De belangrijkste bevindingen, tenslotte, worden in paragraaf 4 samengevat en bediscussieerd.

METHODEN

Netwerk

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. 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. Wel is er sprake van oververtegenwoordiging van patiënten in de noordelijke provincies en een ondervertegenwoordiging van patiënten op het platteland. Voor meer informatie zij verwezen naar Ros et al. (1997).

Registratie

De participerende huisartsen zenden wekelijks een formulier - de weekstaat, waarop bepaalde ziektebeelden, gebeurtenissen en verrichtingen staan gerubriceerd. De weekstaat is afgebeeld in Bijlage I. Sinds 1988 staat het onderwerp 'Vragen over AIDS bij de huisarts' op de weekstaat. Bij dit onderwerp vult de huisarts een aanvullende vragenlijst in (zie bijlage II) over de hulpvraag van de patiënt, het handelen van de huisarts en gegevens over de kenmerken van de patiënt.

In principe registreren de deelnemende 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. Wanneer er een HIV-antistoffentest aangevraagd is, wordt bovendien nog een extra formulier ingevuld (Bijlage III).

Statistische analyses

Alle resultaten zijn door middel van beschrijvende statistische grootheden weergegeven: aantallen, percentages, gemiddelden etc.. De meeste resultaten staan in een grafiek. De cijfers die voor de grafieken zijn gebruikt, staan in Bijlage IV (1 t/m 8).

RESULTATEN

Het aantal AIDS-gerelateerde contacten

Er zijn in de periode 1 april 1988 tot en met 31 december 1997 in totaal 2525 contacten geregistreerd waarin het onderwerp AIDS/HIV te sprake kwam. Het jaar 1997 telde 292 van dergelijke contacten, evenwichtig over de vier kwartalen verspreid (respectievelijk 78, 73, 68 en 78). Over de gehele periode zijn er in totaal 1747 (69%) testafspraken gemaakt. In 1997 waren er 237 (81%) testafspraken. In tabel 1 wordt het absoluut aantal contacten per jaar en alsmede het aantal contacten per 10.000 patiënten weergegeven.

Tabel 1. Aantal geregistreerde AIDS-gerelateerde contacten per jaar. Eveneens is weergegeven de som van de praktijkpopulaties van alle peilstationspraktijken samen en het aantal contacten per 10.000 patiënten.

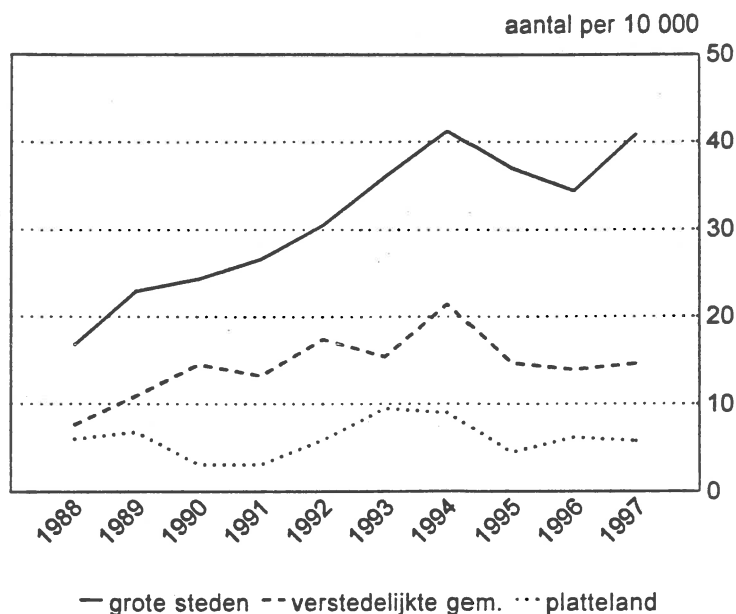
	Aantal contacten	Praktijkpopulaties	Aantal contacten/ 10.000 patiënten
1988*	139	146.520	9,5
1989	191	146.520	13,0
1990	210	140.990	14,9
1991	210	145.232	14,5
1992	278	148.376	18,7
1993	295	153.859	19,2
1994	380	156.845	24,2
1995	289	157.942	18,3
1996	272	155.177	17,5
1997	292	144.722	20,2
Gemiddeld	255,6	149.618	17,1

* Het jaar 1988 is berekend door vermenigvuldiging met 4/3 omdat de registratie in het tweede kwartaal van 1988 is begonnen en dus in dat jaar niet vier maar slechts drie kwartalen omvatte.

Het absolute aantal contacten is tot en met 1994 gestegen en daarna weer gedaald. Ook de som van de praktijkpopulaties van alle peilstations is tussentijds gestegen en wel met zo'n 10%. Na 1995 is de totale praktijkpopulatie weer gedaald, in 1997 zelfs met meer dan 10000, door het uitvallen van twee praktijken. Het aantal geregistreerde contacten en de omvang van de totale praktijkpopulatie bepalen samen het aantal AIDS-gerelateerde contacten per 10.000 patiënten. In het topjaar 1994 bedroeg dat aantal 24,2. In 1996 was het gedaald tot 17,0, om in 1997 weer te stijgen tot 20,2.

Figuur 1 geeft een grafiek van het relatieve aantal AIDS-gerelateerde contacten vanaf 1988 tot en met 1997. De figuur maakt onderscheid naar drie verschillende urbanisatiegraden: platteland, verstedelijkte gebieden en steden met meer dan 100.000 inwoners.

Figuur 1. Het aantal AIDS-gerelateerde contacten per 10.000 patiënten per jaar, onderscheiden naar urbanisatiegraad, in de periode 1988-1997

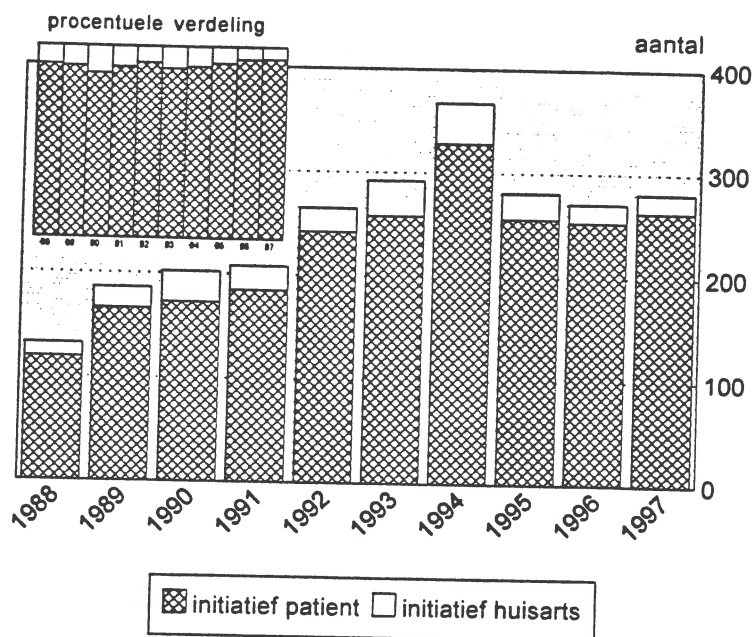


De uitsplitsing naar urbanisatiegraad toont aan dat het aantal contacten in steden met meer dan 100.000 inwoners al vanaf het begin duidelijk hoger is dan elders. Het platteland telt steeds de minste contacten, terwijl de verstedelijkte gemeenten een tussenpositie innemen. De aanvankelijke groei van het aantal AIDS-gerelateerde contacten verschilt ook per urbanisatiegraad. In de stad is de groei het grootst. Het platteland en de verstedelijkte gemeenten wijken hier van af. De daling die na 1994 werd ingezet is afgelopen. In 1997 zijn de cijfers per 10.000 patiënten weer hoger dan daarvoor: op het platteland zijn er 5,8 contacten per 10.000 patiënten, in de verstedelijkte gemeenten zijn het er 14,6 en in de grote steden 40,9.

Een trend in de inhoud van de AIDS-gerelateerde contacten

Bij de registratie van de AIDS-gerelateerde contacten heeft de huisarts aangegeven wie het onderwerp ter sprake bracht. In verreweg de meeste contacten ligt het initiatief bij de patiënt. In de tijd gezien is hierin geen verandering opgetreden. Dit geldt evenzeer voor 1997 als voor de voorgaande jaren. In 1997 wordt het onderwerp AIDS in 94% van de contacten ter sprake gebracht door de patiënt.

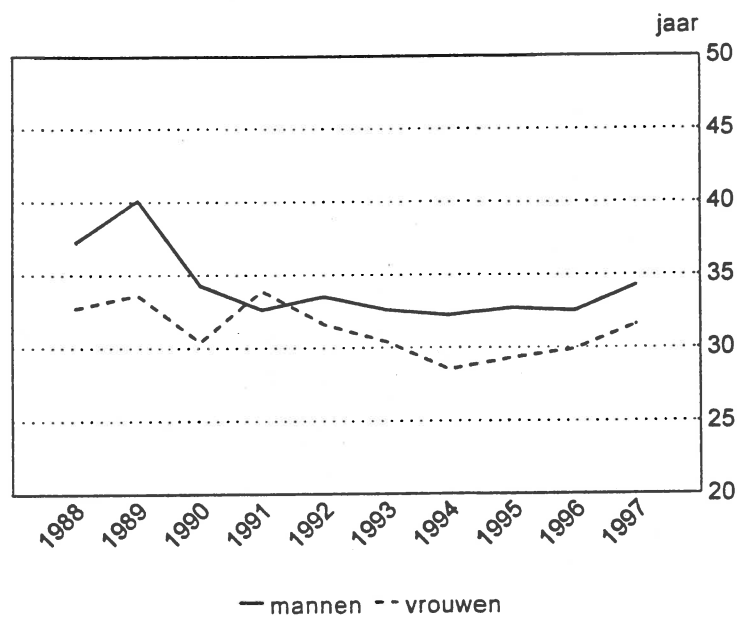
Figuur 2. Het aantal AIDS-gerelateerde contacten per jaar, onderscheiden naar degene die het onderwerp ter sprake bracht, in de periode 1988-1997



Patiëntkenmerken

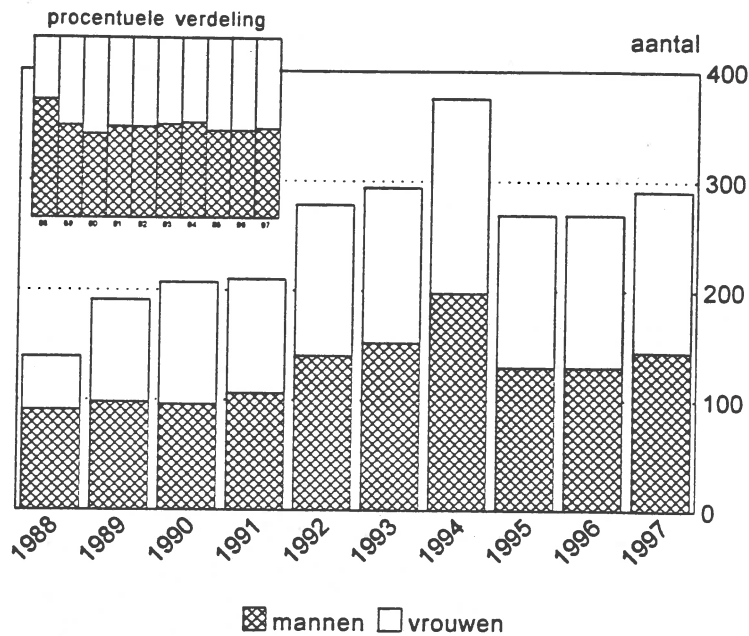
Gedurende de onderzochte periode, blijkt de gemiddelde leeftijd van de patiënt geleidelijk te zijn afgenomen. Die afname geldt niet meer voor 1997. De patiënten die in 1988 het spreekuur bezochten waren gemiddeld 36 jaar oud, terwijl de patiënten die in 1997 kwamen, gemiddeld 31 jaar oud zijn.

Figuur 3. Gemiddelde leeftijd van patiënten met hulpvragen over AIDS/HIV in de periode 1988-1997



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. Later telde de registratie ongeveer evenveel contacten van mannen als vrouwen. Dit geldt ook voor 1997, met een verdeling van 49% mannen en 51%.

Figuur 4. Het aantal AIDS-gerelateerde contacten per jaar, onderscheiden naar het geslacht van de patiënt, in de periode 1988-1997

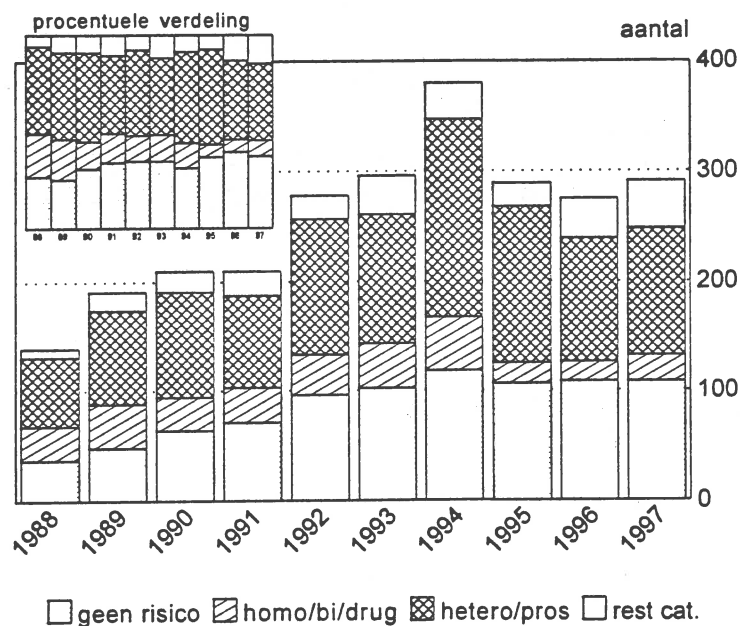


Risicogroepen

In de tijd gezien heeft er een relatieve verschuiving plaatsgevonden in de verdeling van de patiënten naar risicogroep

De omvang van de traditionele risicogroep, bestaande uit patiënten met homo- en/of bisexuele contacten alsmede de intraveneuze druggebruikers, is kleiner geworden. Niet alleen verhoudingsgewijs, maar ook in absolute zin. Zag de huisarts patiënten uit deze groep in 1988 in 23% van het totaal aantal contacten, in 1997 was dat afgenomen tot 8%. De risicogroep die contact heeft met prostituees of die heteroseksuele contacten heeft met meerdere partners is vrij constant gebleven: het schommelt rond de 44% gedurende alle jaren (in 1997 was het 40%). De restcategorie is iets veranderd. Deze categorie bestaat uit patiënten met seksuele contacten in het buitenland of met buitenlanders, degenen die een beroepsrisico lopen of die bloedproducten ontvingen. De groep is steeds ongeveer 10% van het totaal blijven vormen, maar in 1997 bedraagt het percentage 15%. Ook 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 in 1997 is toegenomen tot 35 procent van het totaal aantal AIDS-gerelateerde contacten.

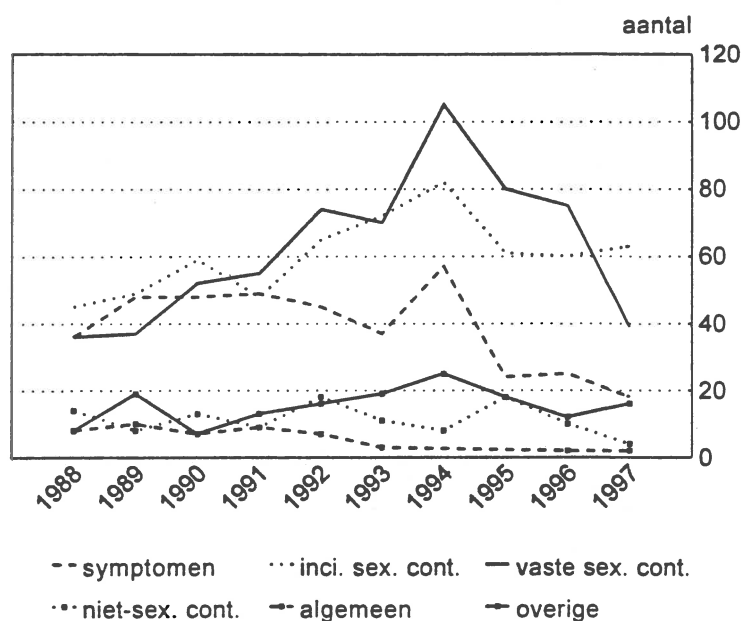
Figuur 5. Het aantal AIDS-gerelateerde contacten per jaar, onderscheiden naar vier risicogroepen, in de periode 1988-1997



Hulpvragen

het registratieformulier biedt 7 rubrieken voor hulpvragen: verzoek om een HIV-test, vragen over symptomen, diagnostiek en behandeling, over incidentele seksuele contacten, seksuele contacten met een vaste partner, anderen dan seksuele contacten, algemene vragen en overige hulpvragen. Ten aanzien van de besproken onderwerpen blijkt een geleidelijke afname van hulpvragen over symptomen, diagnose en behandeling. In 1997 betrof dit 6% van de contacten. Vragen over vaste seksuele contacten vertonen een wat grillig verloop. In 1997 is het opeens 14%, terwijl het in de gehele registratieperiode rond de 24% was. Vragen over incidentele seksuele contacten bleven sinds 1991 vrij constant (in 1997 22%). Vragen in verband met niet-seksuele contacten en overige vragen laten beiden een dalende trend zien. Aan het eind van de jaren tachtig komen deze onderwerpen nog weleens ter sprake, daarna steeds minder (in 1997 1%). Hetzelfde geldt voor algemene vragen (in 1997 ook 1%). Verzoeken om een HIV-antistoffen test, verreweg de meest frequente hulpvraag, worden later besproken.

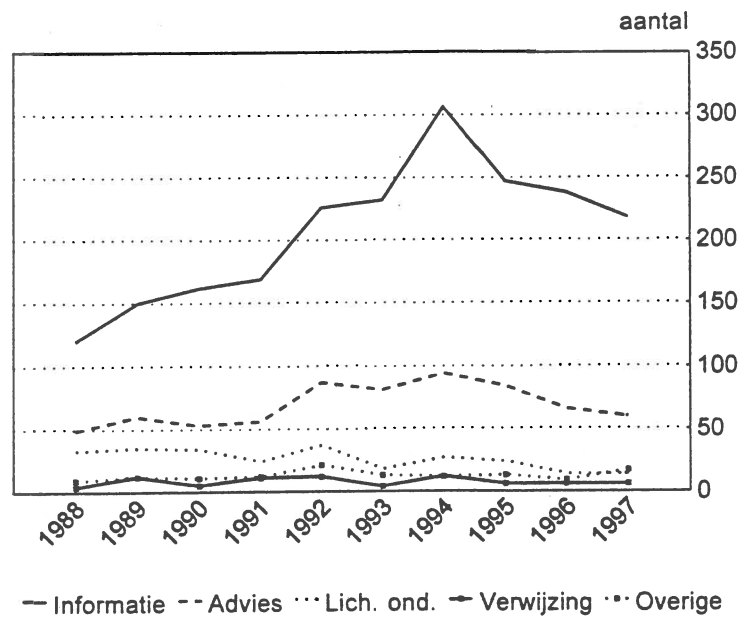
Figuur 6. Het aantal hulpvragen over symptomen, contacten, algemeen en overige per jaar, in de periode 1988-1997



Het handelen van de huisarts

Naast het maken van een test afspraak, kan de huisarts informatie geven, over gedrag adviseren, lichamelijk onderzoek doen of de patiënt verwijzen naar een ander hulpverlener of instantie. Het verrichten van lichamelijk onderzoek door de huisarts, laat een licht dalende trend zien. Dit geldt ook voor het aantal contacten waarin informatie en/of advies gegeven wordt. In 1997 bedraagt het nog 21%. Het aantal verwijzingen is constant na 1995. De restcategorie van de overige hulpverlening (bijvoorbeeld een gesprek over achterliggende problemen) vertoont een grillig verloop, in 1997 name het iets toe in vergelijking tot een jaar daarvoor.

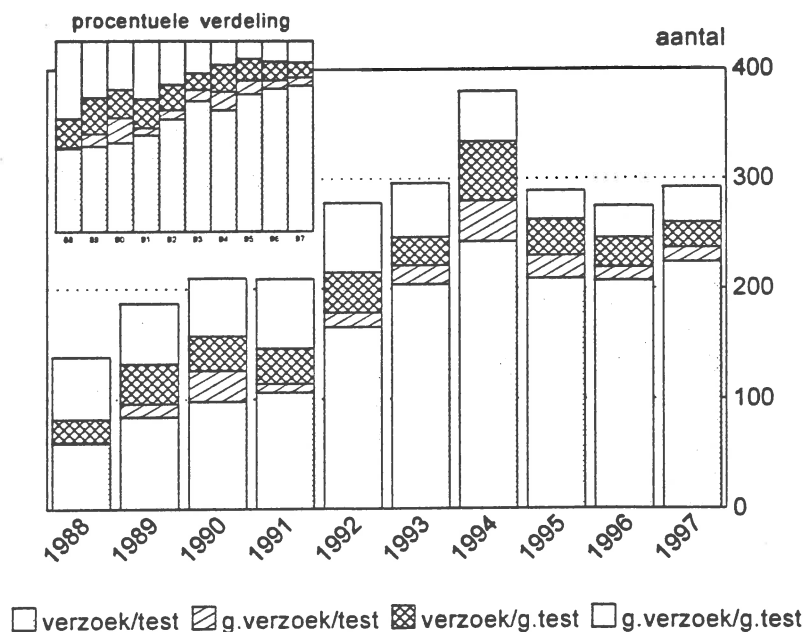
Figuur 7. Het percentage AIDS-gerelateerde contacten waarin de huisarts informatie en advies geeft, lichamelijk onderzoek doet en/of de patiënt verwijst per jaar, in de periode 1988-1997



Testverzoeken en -afspraken

Ten aanzien van de besproken onderwerpen blijkt het aantal verzoeken om een HIV-antistoffentest tussen 1988 en 1997 te zijn gestegen. In 1997 wordt in 85% van de 292 contacten om een test verzocht en dat verzoek wordt ook bijna altijd (91%) ingewilligd. Ook komt het voor dat een patiënt niet zelf met een testverzoek komt maar dat het contact wel wordt afgesloten met een testafpraak (13/292 is 4,4%). Van verreweg de meeste testen is de uitslag negatief (219). In een aantal gevallen (12) is de uitslag onbekend omdat de patiënt bijvoorbeeld zich toch niet heeft laten testen, of nog langer wil wachten. Zes patiënten bleken in 1997 HIV-seropositief. Op het totaal van 22 seropositive patiënten is dat een relatief groot aantal. Bij een van de zes, wiens partner lijdt aan AIDS, bracht de huisarts het onderwerp AIDS/HIV ter sprake.

Figuur 8. Het aantal AIDS-gerelateerde contacten per jaar met een HIV-antistoffentest, onderscheiden naar testverzoek, in de periode 1988-1997



SAMENVATTING EN DISCUSSIE

De resultaten van het onderzoek naar hulpvragen over AIDS aan de huisarts kunnen als volgt worden samengevat:

Het aantal geregistreerde contacten vertoont een groei tot en met 1994. Daarna worden de aantallen weer kleiner. In het begin van de registratieperiode (1988) waren er 11 AIDS-gerelateerde contacten per 10.000 patiënten; in 1994 was dit opgelopen tot 22 contacten. Na 1995 slaat de groei om in een daling om in 1997 weer op te lopen tot 20 contacten per 10.000 ingeschreven patiënten.

Het aantal contacten in de stad was al vanaf het begin duidelijk hoger dan elders en ook de groei is hier het grootst geweest. Bovendien is de groei in de stad blijvend terwijl op het platteland en in de verstedelijkte gemeenten het aantal AIDS-gerelateerde contacten weer afnam. Het aantal contacten per praktijk komt dan ook steeds verder uit elkaar te liggen. In een normpraktijk (dit is een praktijk met 2350 ingeschreven patiënten per arts) in de stad ziet een huisarts anno 1997 10 patiënten met AIDS-vragen per jaar, in een verstedelijkte gemeente zijn dit er drie en op het platteland wordt de huisarts gemiddeld slechts met één patiënt geconfronteerd.

De patiëntengroep die bij de huisarts komt met vragen over AIDS is gedurende de onderzochte periode van 1998 tot en met 1997, veranderd van 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. Sindsdien 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 8% in 1997). Het aandeel van de andere risicocategorieën is niet erg veranderd. Opvallend is de procentuele toename van de groep patiënten zonder verhoogd risico. Ook uit surveillance-systemen uit andere landen blijkt dat in toenemende mate mensen met een laag risico over AIDS en de HIV-test te praten (Duynhoven et al. 1996). Het initiatief om het onderwerp AIDS-/HIV ter sprake te brengen, ligt hoofdzakelijk bij de patiënt. Aanvankelijk leek de huisarts wat meer het initiatief te gaan nemen (van 10% in 1988 naar 14% in 1990), maar in 1997 is dat gedaald tot 6%.

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 85% in 1997. De toename van het aantal contacten is dan ook te verklaren uit de toename van het aantal testverzoeken. Het aantal afspraken voor een test neemt ook daadwerkelijk toe gedurende de registratieperiode. Er worden in vergelijking met het begin van de registratie meer verzoeken om een test ingewilligd: in 1988 leidde 74% van de verzoeken tot een afspraak en in 1997 was dat 91%. De eerder beschreven ontwikkeling (Kerssens & Peters 1997) dat in toenemende mate op initiatief van de huisarts tot een testafspraken besloten wordt, heeft zich niet doorgezet. In 1988 was dit 2% van de contacten zonder testverzoek, in 1994 werd een testafspraken gemaakt in 45% van de contacten zonder testverzoek, terwijl in 1997 het percentage 29% bedroeg.

De vragen over vaste seksuele contacten lieten tot 1997 een lichte opgaande lijn zien. In 1997 nam het aandeel ineens in sterke mate af van 27% naar 14%. De reden hiervoor is niet duidelijk. De vragen over niet-seksuele contacten en algemene vragen nemen langzaam maar zeker af. 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.

Dit verslag beoogt inzicht te geven in de ontwikkeling van AIDS-gerelateerde hulpvragen bij de huisarts, vanaf 1988 tot en met 1997, met speciale aandacht voor het laatste jaar. Het laatste jaar sluit in de meeste opzichten aan bij de voorgaande jaren. Er is geen sprake van enige sprongsgewijze verandering in het aantal AIDS-gerelateerde contacten, noch in het aantal afspraken voor een HIV-antistoffen tests. De meeste onderzochte kenmerken van de patiënten, van hun hulpvragen en van het daaropvolgend handelen van de huisarts ontwikkelde zich gelijkmatig, ook in het jaar 1997. De beschikbaarheid van betere medicatie heeft - op korte termijn althans - geen grote weerslag gehad in het aantal hulpvragen over AIDS bij de Nederlandse huisarts van patiënten die niet (bewezen) seropositief zijn. Wigersma (1997) gaat in op de gevolgen van de nieuwe behandelingsmogelijkheden van patiënten met een HIV-infectie voor de huisartsgeneeskundige zorg. Wat betreft mensen die zich op HIV willen laten testen signaleert Wigersma dat het testadviesgesprek gecompliceerder zal worden als gevolg van nieuwe behandelingsmogelijkheden. Of dit zich vertaalt in een hoger aantal HIV-testen zal de komende jaren moeten blijken. Uit onze registratie bleek dat een testverzoek in toenemende mate ook daadwerkelijk tot een testafpraak leidt, terwijl het aantal verzoeken zich lijkt te stabiliseren.

Coutinho acht de voordelen van vroegbehandeling inmiddels zo groot dat artsen patiënten in hun praktijk die behoren tot een risicogroep en nog niet getest zijn behoren te wijzen op de nieuwe behandelingsmogelijkheden (Coutinho, 1997). Afgaande op het feit dat meer dan 90% van de contacten tot stand komt op initiatief van de patiënt lijkt dit beleid in de Nederlandse huisartspraktijk nog geen ingang gevonden te hebben. Dat geldt overigens niet alleen voor Nederland. Alhoewel huisartsen goed op de hoogte zijn van risicofactoren en menen volgens de richtlijnen te handelen bij het aanbevelen van een HIV-test (Skotsniski et al. 1996), valt dit in de dagelijkse praktijk tegen. Engelse huisartsen lijken het moeilijk te vinden om over de HIV-test en seksueel risicogedrag te praten. Aan de hand van een 'vignetten' onderzoek bleek dat bepaalde patiënten, zoals bijvoorbeeld een zwangere vrouw wiens man regelmatig naar Oost-Afrika reist, door geen van de artsen gewezen werd op haar risico ten aanzien van HIV, en dat een deel van de artsen ook bij een patiënt met een hoog risicogedrag, moeite met het onderwerp heeft (Kellock et al. 1998). Uit onderzoek met simulatiepatiënten blijkt dat Amerikaanse artsen (primary care physicians) niet routinematig de HIV-test ter sprake brengen bij patiënten met risico gedrag (Wenrich et al. 1997) en dat er bij huisartsen en verpleegkundigen niet volgens de Amerikaanse richtlijnen op HIV-gescreend wordt (MCN Network, 1997). Ook 'echte' patiënten worden door artsen (primary care physicians) niet optimaal gescreend. Veel patiënten met risicofactoren blijven ongetest, terwijl bleek dat artsen zelf een positief beeld van hun screeningscapaciteit hebben die niet met de werkelijkheid overeenkomt (Wenrich et al. 1996). Overigens geldt dit niet alleen voor het onderwerp HIV/AIDS maar ook van andere ziekten en problemen met seksualiteit (Read et al. 1997).

Het Peilstationsnetwerk geeft geen totaal overzicht 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, of soms op een enkel onderdeel na, 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

- Bergen JEAM van. Preventie van seksueel overdraagbare infecties. De rol van de huisarts. *Medisch Contact*. 1996;51:84-88
- Casteren V van, 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
- Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 1995. Utecht; NIVEL, 1996.
- Coutinho RA. AIDS: nieuwe ontwikkelingen I. HIV-tests: tijd voor een actiever beleid. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*. 1997;141:1034-1036.
- Duynhoven YTHP van, Houweling H, Wiessing LG, Esveld MI, Nieste HLJ, Katchaki JN. laboratory based HIV surveillance with information on exposure: importance of discriminating person-based from test-based results. *International Journal of STD & AIDS*. 1996;7:117-22.
- Gallagher M, Foy JCW, Rhodes TJ, Philips PR, Settler J, Moore MP. HIV-infection and AIDS in England and Wales: General practitioners' workload and contact with patients. *British Journal of General Practice*. 1990;40:154-7.
- Houwelink H. Public health surveillance of AIDS and HIV infection in the Netherlands and Europe. delft; Eburron Publishers, 1997 [dissertatie].
- Kellock DJ, Rogstad KE. Attitude to HIV testing in general practice. *International Journal of STD & AIDS*. 1998;9:263-7.
- Kerssens JJ, Peters L. Vragen over AIDS bij de huisarts in de periode van 1 april 1988 tot en met 1 januari 1997. Utrecht; NIVEL, 1997.
- Leenaars PEM. Prevention and early detection of sexually transmitted diseases. Amsterdam; Thesis publishers, 1994 p85 [dissertatie].
- 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
- MCN Network. Study of HIV prevention in primary care [news]. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 1997;22:106
- Meijman FJ. Eleven years of experience with HIV infections in a general practice in Amsterdam. *European Journal of General Practice*. 1995;1:53-58
- Moons MAW, Peters L, Bartelds AIM, Kerssens JJ. Concerns about AIDS in general practice. *British Medical Journal*. 1996;312:285-286.
- Moons, M.A.W., Peters, L. Vragen over AIDS bij de huisarts. Utrecht: NIVEL, 1994
- 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
- Oostrom M van. Aids- en SOA-surveillance. Beleid, cijfers en risicogedrag. *Aids-Bestrijding* 1998;(38)3-6.
- Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *J Public Health Med* 1997;19:387-91

Ros CC, Kerssens JJ, Foets M, Peters L. *Vragen over AIDS bij de huisarts in de periode 1988-1996*. Utrecht; NIVEL, 1997.

Skotsniski EM, Woodward C, Hutchison B, Abelson J, Brown J, Norman G. HIV testing practices of primary care physicians: an Ontario survey. *Canadian Journal of Public Health*. 1996;87:172-5.

Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 1997. Centraal Bureau voor de Statistiek. 's-Gravenhage;SDU Uitgeverij, 1997. p204

Veehof, L.J.G., Greeff, A.J. de, Wigersma, L. Huisarts en HIV-zorg. Kennis en attitude van Nederlandse huisartsen met betrekking tot de HIV-problematiek. *Medisch Contact*; 49, 1994, 48, 1525-1527.

Wenrich MD, Curtis RJ, Carline JD, Paauw DS, Ramsey PG. HIV risk screening in the primary care setting. *Journal of General Internal Medicine*. 1997;12:107-113.

Wenrich MD, Carline JD, Curtis RJ. Patient report of HIV screening by primary care physicians. *American Journal of Preventive Medicine*. 1996;12:116-22.

Wigersma L. Raad na daad komt te laat; preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen en van HIV-infectie door de huisarts. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 1996;140:1749-51.

Wigersma L. AIDS; nieuwe ontwikkelingen IV. Veranderingen van huisartsgeneeskundige zorg door nieuwe behandelingsmogelijkheden van patiënten met HIV-infectie. *nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 1997;141:1051-4.

Wigersma L. Patiënt, huisarts en behandeling van hiv-infectie: een medaille met vele zijden. *Huisarts en Wetenschap*. 1998;41:107-8 (ook 147).

BIJLAGEN

Bijlage I	Weekstaat CMR-Peilstations 1996
Bijlage II	Registratieformulier CAIDS
Bijlage III	Registratieformulier CAIDS testuitslag
Bijlage IV	Cijfermatig overzicht van figuur 1 tot en met figuur 8

BIJLAGE I WEEKSTAAT CMR-PEILSTATIONS 1997

Proj. no.	verlagjaar	Code peilstat.	Week no.
4 0 0 9	7	2801	

Weekstaat t.b.v. centrale registratie CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE, PEILSTATION 1997

Leeftijdsgroep	Prostaatlijden			Gastro- enteritis ²⁾	Fysiek geweld ¹⁾		C.A.I.D.S. ¹⁰⁾ (concern about AIDS)	Urethritis bij man	P.I.D.	Mammografie		Suicide(poging) ⁹⁾	Oestrogenen voorschrift 1 ^e maal ⁸⁾	Sterilisatie verricht ⁷⁾		Herpes Zoster		Lever -, galblaas- en pancreas- ziekte ⁶⁾		Cervixuitstrijkje ³⁾				Influenza (-achtig) ziektebeeld ²⁾	Leeftijdsgroep
	verwijzing verdenking prostaatca	PSA	rectaal toucher		M	V				Herhalings- onderzoek	Na 1-1-1996 voor 1 ^e maal			M	V	M	V	M	V	1 ^e maal	herhaling	Louter preventieve overwegingen	Klachten/ symptomen ⁵⁾	Louter preventieve overwegingen ⁴⁾	Klachten/ symptomen
< 1	M	M	M	V	M	V	M+V	M	V	V	V	M+V	V	M	V	M	V	M	V	V	V	V	V	M+V	< 1
1-4																									1-4
5-9																									5-9
10-14																									10-14
15-19																									15-19
20-24																									20-24
25-29																									25-29
30-34																									30-34
35-39																									35-39
40-44																									40-44
45-49																									45-49
50-54																									50-54
55-59																									55-59
60-64																									60-64
65-69																									65-69
70-74																									70-74
75-79																									75-79
80-84																									80-84
≥ 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 1997

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 bevestiging reactie seropositief blijken te zijn (zie eventueel de toelichting op de weekstaat).

Gegevens peilstationproject:

code peilstationarts:

gemeld week:

Gegevens patiënt: M/V

geboortedatum:

ziekenfondsverzekerd ☐ particulier verzekerd ☐

hoe lang in uw praktijk ingeschreven

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

1. 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</u> <u>tot deze categorie</u>			<u>Dit was mij al</u> <u>eerder beken</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 1997

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.:
.....

BIJLAGE IV CIJFERMATIG OVERZICHT VAN FIGUUR 1 TOT EN MET FIGUUR 8

1. Cijfers van figuur 1 - het aantal AIDS-gerelateerde contacten per 10.000 patiënten per jaar (C/P), onderscheiden naar urbanisatiegraad, in de periode 1988-1997 (Popu staat voor de totale praktijkpopulatie).

Grote steden		Platteland			Verst. Gem.			
Jaar	N	Popu	C/P	N	Popu	C/P	N	PopuC/P
1988*	13	22177	6,0	69	90659	7,6	56	336846,7
1989	15	22177	6,8	99	90659	10,9	77	3368422,9
1990	7	22727	3,1	124	85482	14,5	79	3246724,3
1991	7	22727	3,1	122	92084	13,2	81	3042126,6
1992	13	22085	5,9	160	91873	17,4	105	3441830,5
1993	21	22085	9,5	150	97355	15,4	124	3441836,0
1994	22	24304	9,0	206	96361	21,4	149	3618041,2
1995	11	24304	4,5	143	97458	14,7	134	3618037,0
1996	16	25883	6,2	138	99466	13,9	120	3492334,4
1997	13	22405	5,8	126	86322	14,6	149	3643240,9

* Door de start van het project op 1 april 1988 telt dit jaar slechts drie kwartalen. De aantallen (N) van 1988 zijn daarom vermenigvuldigd met 4/3.

2. Cijfers van figuur 2 - het aantal AIDS-gerelateerde contacten per jaar, onderscheiden naar degene die het onderwerp ter sprake bracht, in de periode 1988-1997.

	Initiatief om over HIV/AIDS te praten		
	patiënt	huisarts	onbekend
1988*	119	13	7
1989	166	20	5
1990	173	29	8
1991	185	23	2
1992	242	23	13
1993	258	34	4
1994	328	39	13
1995	256	25	8
1996	253	15	7
1997	264	18	10

* Door de start van het project op 1 april 1988 telt dit jaar slechts drie kwartalen. De aantallen van 1988 zijn daarom vermenigvuldigd met 4/3.

3. Cijfers van figuur 3 - gemiddelde leeftijd van patiënten met hulpvragen over AIDS/HIV in de periode 1988-1997.

	Gemiddelde leeftijd in jaren	
	man	vrouw
1988*	37.2	32.7
1989	40.1	34.2
1990	34.3	30.4
1991	32.6	33.9
1992	33.5	31.5
1993	32.6	30.4
1994	32.2	28.5
1995	32.7	29.2
1996	32.4	29.9
1997	34.3	31.5

* Door de start van het project op 1 april 1988 telt dit jaar slechts drie kwartalen.

4. Cijfers van figuur 4 - het aantal AIDS-gerelateerde contacten per jaar, onderscheiden naar het geslacht van de patiënt, in de periode 1988-1997.

	Geslacht van de patiënt		
	man	vrouw	onbekend
1988*	91	48	
1989	98	93	
1990	99	111	
1991	106	104	
1992	140	138	
1993	152	143	1
1994	198	178	4
1995	132	143	14
1996	128	142	5
1997	144	148	

* Door de start van het project op 1 april 1988 telt dit jaar slechts drie kwartalen. De aantallen van 1988 zijn daarom vermenigvuldigd met 4/3.

5. Cijfers van figuur 5 - het aantal AIDS-gerelateerde contacten per jaar, onderscheiden naar vier risicogroepen, in de periode 1988-1997.

	Risicogroep			
	geen risico	hom/bi/drugs	het/pros	rest categorie
1988*	37	31	63	8
1989	48	40	86	17
1990	64	30	97	19
1991	71	32	85	22
1992	96	37	124	21
1993	102	41	118	35
1994	118	49	180	33
1995	106	19	143	21
1996	108	18	113	36
1997	108	24	116	44

* Door de start van het project op 1 april 1988 telt dit jaar slechts drie kwartalen. De aantallen van 1988 zijn daarom vermenigvuldigd met 4/3.

6. Cijfers van figuur 6 - het aantal hulpvragen over symptomen, contacten, algemeen en overige per jaar, in de periode 1988-1997.

	Hulpvragen met uitzondering van testverzoeken					
	symptomen/li-chamelijke klachten	incidentele sexuele contacten	sexuele contacten met vaste partner	niet sexuele contacten	algemene vragen	overige
1988*	36	48	36	13	8	8
1989	48	49	37	8	10	19
1990	48	59	52	13	7	7
1991	49	48	55	9	9	13
1992	45	65	74	18	7	16
1993	37	72	70	11	3	19
1994	57	82	105	8		25
1995	24	61	80	18		18
1996	25	60	75	10	2	12
1997	18	64	41	4	2	16

* Door de start van het project op 1 april 1988 telt dit jaar slechts drie kwartalen. De aantallen van 1988 zijn daarom vermenigvuldigd met 4/3.

7. Cijfers van figuur 7 - het aantal AIDS-gerelateerde contacten waarin de huisarts informatie en advies geeft, lichamelijk onderzoek doet en/of de patiënt verwijst per jaar, in de periode 1988-1997.

	Hulpverlening van de huisarts met uitzondering van het maken van testafspraken				
	informatie geven	lichamelijk onderzoek	verwijzen naar anderen	gedragsadviezen geven	overige hulpverlening
1988*	120	33	4	49	9
1989	150	35	12	60	12
1990	162	34	5	53	11
1991	169	24	11	56	12
1992	226	37	12	87	21
1993	232	18	4	81	13
1994	306	27	12	94	12
1995	247	24	6	84	13
1996	238	14	6	66	9
1997	219	14	6	60	17

* Door de start van het project op 1 april 1988 telt dit jaar slechts drie kwartalen. De aantallen van 1988 zijn daarom vermenigvuldigd met 4/3.

8. Cijfers van figuur 8 - het aantal AIDS-gerelateerde contacten per jaar met een HIV-antistoffentest, onderscheiden naar testverzoek, in de periode 1988-1997.

	verzoek om test		geen verzoek om test		
	geen test-afspraken	testafspraken	geen test-afspraken	testafspraken	onbekend
1988*	21	60	56	1	
1989	36	84	55	12	4
1990	31	98	53	28	
1991	32	106	63	8	1
1992	37	165	63	13	
1993	26	204	49	17	
1994	54	243	46	37	
1995	33	209	26	21	
1996	27	207	29	12	
1997	23	224	32	13	

* Door de start van het project op 1 april 1988 telt dit jaar slechts drie kwartalen. De aantallen van 1988 zijn daarom vermenigvuldigd met 4/3.

