

# Evaluatie RIVM hiv-surveys hoogrisicogroepen

Projectnummer: V/210261/01/HS  
Rapportnummer: 210261001/2007  
Auteur: Maaïke van Veen  
Afdeling: Epidemiologie en Surveillance (EPI)  
Centrum: Centrum Infectieziektebestrijding (CIb)

# Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	3
2. Achtergrond hiv-surveys .....	4
3. Opbouw evaluatie hiv-surveys .....	6
4. Deel 1 Evaluatie huidige doelstelling .....	7
<i>Evaluatie doelstelling en uitgevoerde hiv-surveys.....</i>	<i>7</i>
5. Deel 2 Actuele relevantie en doelstelling .....	9
6. Reguliere (hiv) surveillancebronnen voor monitoren hoogrisicogroepen.....	11
<i>Aanvullende (registratie)bronnen.....</i>	<i>12</i>
7. Aanpassingen methode hiv-surveys .....	15
8. Conclusies en aanbevelingen .....	17
Dankwoord.....	19
Literatuur .....	20
Bijlage 1. Gesprekken extern betrokkenen .....	21
Bijlage 2. Initiatieven naar aanleiding van hiv-surveys .....	22

# 1. Inleiding

Volgens de criteria van de WHO/UNAIDS heeft Nederland een geconcentreerde hiv-epidemie met een lage hiv-prevalentie in de algemene bevolking, maar een relatief hoge prevalentie (>5%) in tenminste één subpopulatie.<sup>1</sup> In Nederland is de prevalentie hoog onder mannen die seks hebben met mannen (MSM) en injecterende druggebruikers.<sup>2-5</sup> Het toekomstige verloop van een geconcentreerde hiv-epidemie wordt bepaald door de frequentie en aard van (seksuele) contacten tussen deze populaties en de algemene bevolking. In 2000 doet UNAIDS/WHO de aanbeveling hiv-serosurveillance en gedragssurveillance in hoogrisicogroepen uit te voeren om inzicht te krijgen in de prevalentie van hiv-infecties en risicogedrag.<sup>1</sup> Dit advies is overgenomen door de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) die in 2001 adviseerde om naast injecterende druggebruikers ook onderzoek te doen bij andere hoogrisicogroepen.<sup>6</sup>

Van 1994 tot 2002 zijn zestien sero- en gedragssurveillance studies (zogenaamde hiv-surveys) uitgevoerd onder injecterende druggebruikers. Tussen 2002 en 2006 zijn verschillende hiv-surveys uitgevoerd onder andere potentiële hoogrisicogroepen (prostituees, prostituanten en migranten uit hiv-endemische gebieden). Er zijn geen hiv-surveys opgezet onder homoseksuele mannen (MSM) omdat deze er door middel van cohortonderzoeken in Amsterdam (en Rotterdam) reeds structurele gedragssurveillance plaatsvindt bij deze hoogrisicogroep. Daarnaast is de verwachting dat MSM geen brugpopulatie vormen voor de verspreiding van hiv naar de algemene bevolking. Om een uitspraak te kunnen doen over hoe toekomstige surveillance van hiv bij hoogrisicogroepen vorm te geven is het belangrijk de hiv-surveys te evalueren. De resultaten van deze evaluatie worden in dit brieffrapport beschreven.

## 2. Achtergrond hiv-surveys

In 1990 adviseerde de Gezondheidsraad en RGO dat onderzoek naar prevalentie van hiv bij risicogroepen (in die tijd vooral injecterende druggebruikers (IDs) en homoseksuele mannen) een noodzakelijke aanvulling was op de registratie van AIDS patiënten. De Amsterdamse cohortstudies waren opgezet onder homoseksuele mannen (sinds 1984) en onder injecterende druggebruikers (sinds 1985). Buiten Amsterdam waren geen goede gegevens over het voorkomen van hiv bij IDs voorhanden. In 1991 is een haalbaarheidsstudie in Deventer uitgevoerd naar hiv-prevalentie en risicogedrag onder IDs. Dit onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met lokale hulpverlening om acceptatie van het onderzoek te bevorderen en de bereikbaarheid van 'verborgen' groepen te bewerkstelligen. Tevens konden de resultaten direct worden vertaald in preventieve acties. Tussen 1994-2002 zijn er zestien hiv-prevalentie surveys uitgevoerd onder IDs in negen verschillende regio's in Nederland. Deze surveys werden ook wel 'circus' genoemd.

### Advies RGO commissie 2001 m.b.t. hiv-surveys

In 2001 heeft de RGO een advies uitgebracht over hiv-surveillance in Nederland.<sup>6</sup> Met betrekking tot de surveys onder druggebruikers is geadviseerd om deze metingen in frequentie terug te schroeven. Met de vrijgekomen capaciteit kon er een uitbreiding plaatsvinden van surveys naar hiv-prevalentie én risicogedrag in andere potentiële hoogrisicogroepen in Nederland (prostituees, prostituanten, migranten afkomstig uit hiv-endemische gebieden).

### 2002-2006 uitvoering hiv-surveys

Tussen 2002 en 2006 zijn vier hiv-surveys uitgevoerd onder verschillende risicogroepen in vier steden (Tabel 1).

*Tabel 1 Overzicht hiv-surveys 2002-2006*

Jaar	Stad	Hoogrisicogroepen	Aantal deelnemers
2002-2003	Rotterdam	Injecterende druggebruikers	452
		Prostituees	109

		Migranten (SUR, ANT, KV)	592
2003-2004	Amsterdam	Prostituees Prostituanten Migranten (SUR, ANT, GHA)	248 52 668
2005	Den Haag	Prostituees Migranten (SUR, ANT, GHA)	201 1039
2006	Rotterdam herhaalde meting*	Migranten (SUR, ANT, KV)	1128

\* nog geen resultaten, in analysefase

### **3. Opbouw evaluatie hiv-surveys**

De evaluatie van de hiv-surveys is opgebouwd uit twee onderdelen

1. evalueren of de oorspronkelijke doelstelling van de hiv-surveys is beantwoord
2. evalueren/ in kaart brengen wat de actuele (relevante) doelstelling is aangaande (aanvullende) hiv-surveillance bij hoogrisicogroepen en hoe aan deze doelstelling nu en in de toekomst voldaan kan worden

Zowel intern als extern betrokkenen en andere inhoudelijk deskundigen zijn benaderd voor inbreng over bovenstaande punten. Tevens zijn de tussenuitkomsten van de evaluatie voorgelegd aan externe collega's tijdens de jaarlijkse "Expertmeeting soa&hiv surveillance" op 8 juni 2007 op het RIVM.

## 4. Deel 1 Evaluatie huidige doelstelling

De doelstelling van de hiv-surveys was als volgt:

Het doel van de hiv-surveys was het verkrijgen van inzicht in de hiv-prevalentie en het vóórkomen van risicogedrag bij hoogrisicogroepen (injecterende druggebruikers, prostituees, prostituanten en migranten uit hiv-endemische gebieden) in Nederland. Hiermee kan inzicht worden verkregen in de omvang van de hiv-epidemie in deze groepen en het risico op verdere verspreiding van hiv.

### ***Evaluatie doelstelling en uitgevoerde hiv-surveys***

De oorspronkelijke doelstelling van de hiv-surveys is gehaald, want inzicht is verkregen in zowel de hiv-prevalentie als in (seksueel) risicogedrag onder de verschillende doelgroepen. De koppeling tussen biologische markers van de hiv-prevalentie en epidemiologische gegevens over risicogedrag maken de hiv-surveys een waardevolle aanvulling op de reguliere surveillance. De grootste beperking is echter dat er moeilijk een goede uitspraak gedaan kan worden over de representativiteit van de onderzoeksgroepen.

De uitkomsten van de gesprekken gevoerd met dertien externe betrokkenen vanuit zes verschillende instanties hebben de volgende inzichten opgeleverd.

Positieve punten van de hiv-surveys zijn als volgt:

- Door de surveys is inzicht verkregen in het gedrag van de risicogroepen en in de hiv-prevalentie. Deze informatie is gebruikt voor beleid en preventie, regionaal maar ook nationaal (zie Bijlage 2).
- Er wordt veel concrete informatie verzameld over seksueel (risico)gedrag en druggerelateerd (risico)gedrag.
- Met de methode van de surveys worden andere groepen bereikt dan in 'zorg/soa-poli/treatment'.
- Er wordt relatief snel, veel informatie verzameld.
- Goede samenwerking GGD – RIVM.
- Met betrekking tot hiv-surveys onder druggebruikers wordt Nederland als voorbeeld gezien binnen Europa.

De discussiepunten en beperkingen die naar voren komen in de gesprekken worden hieronder beschreven.

- Het is lastig een uitspraak te doen over de representativiteit van de doelgroep.
- Voor de bepaling van de hiv-prevalentie is een speekselsample afgenomen. Ondanks dat deze voldoende sensitief en specifiek is voor surveillancedoeleinden gaat de voorkeur uit naar de afname van bloedmonsters of bloodspots (en eventueel ook individuele testuitslag).
- De vragenlijst was erg omvangrijk.
- Afrikaanse doelgroep moet breder, waarom alleen Ghanezen en Kaapverdianen meegenomen in de hiv-surveys?
- In de surveys worden autochtone Nederlanders niet meegenomen, hierdoor mis je de referentiegroep.
- Door de methode van de survey kun je de 'hardcore' groep binnen de risicogroep missen, vb illegale prostitutie binnen de prostitutie.
- Persberichtgeving moet zorgvuldig verlopen, zeker als het om kwetsbare groepen gaat.
- De surveys hadden zich meer kunnen richten op gegevens over 'intentie tot gedrag'.



## 5. Deel 2 Actuele relevantie en doelstelling

Om de hiv-epidemie in Nederland te monitoren blijven gedrag en de hiv-prevalentie van potentiële hoogrisicogroepen relevant. Zoals eerder is benoemd wordt het toekomstige verloop van een geconcentreerde hiv-epidemie bepaald door de frequentie en aard van (seksuele) contacten tussen deze populaties en de algemene bevolking. In de afgelopen jaren is veel informatie verzameld over risicogroepen. Op basis van de resultaten van de uitgevoerde surveys tussen 2002 en 2006 is het ons inziens niet nodig en niet wenselijk om dit in dezelfde frequentie door te zetten.

### Doelstelling vanaf 2007

Inzicht blijven houden in de ontwikkeling van hiv-epidemie en het vóórkomen van soa onder hoogrisicogroepen in Nederland om tijdig te kunnen interveniëren om verdere verspreiding van hiv en soa te voorkómen.

Om hier aan te kunnen voldoen kunnen ons inziens de reguliere surveillancebronnen (beter) benut worden en daar waar mogelijk kleine aanpassingen gedaan worden zodat een vollediger gegevensverzameling gerealiseerd wordt (zie Hoofdstuk 6). Om de bevindingen uit reguliere surveillance te evalueren en om in te springen op actuele ontwikkelingen in (sub)groepen blijft het belangrijk om met een bepaalde frequentie hiv-surveys uit te voeren bij hoogrisicogroepen, maar vooralsnog is dit niet nodig. Deze frequentie zal afhankelijk zijn van het verloop van de hiv-epidemie bij hoogrisicogroepen en kan verschillen tussen de doelgroepen. De resultaten van de hiv-surveys van 2002-2006 in de verschillende steden kwamen per hoogrisicogroep grotendeels overeen. Volgende surveys hoeven zich daarom niet te beperken tot een bepaalde stad, maar kunnen in meerdere steden tegelijkertijd plaatsvinden (geldt niet voor doelgroep injecterende druggebruikers). De methode van de hiv-survey dient daartoe 'flexibeler' gemaakt te worden en zal indien mogelijk moeten voldoen aan 'third generation surveillance' (zie Hoofdstuk 7).

In de gesprekken met extern deskundigen is ook de toekomstige surveillance van hoogrisicogroepen besproken. De conclusies hiervan zijn als volgt:

- De hiv-surveys zijn waardevol, maar frequentie kan omlaag (inpassen in beleidscyclus)
- Oorspronkelijke doelstelling nog steeds relevant, gegevens zijn een aanvulling op reguliere surveillance
- Vragenlijst beter uittesten (bij elke survey opnieuw) en zo kort mogelijk

- Niet alleen naar hiv-prevalentie kijken maar ook naar soa
- Lichaamsmateriaal bij voorkeur bloedafname (nadeel is logistiek en indien deelnemers uitslag ontvangen moet pre- en postcounseling uitgevoerd worden)
- Meer gebruik maken van de mogelijkheden van internet
- De coördinatie van een survey past het beste bij het RIVM, maar indien middelen voorhanden dan uitbesteding GGD (voordeel van RIVM is dat expertise opgebouwd is)
- Andere groepen in de toekomst meenemen: Chinezen? Marokkanen? Afrikanen algemeen? Illegale prostituees? Homoseksuele mannen?
- Beschikbaar maken 'basisset survey' en toepassen waar nodig, surveys 'flexibeler' maken
- Actuele data onder druggebruikers blijven van belang omdat er verschillende ontwikkelingen zijn (manier druggebruik, toename buitenlandse druggebruikers) en omdat het Nederlandse drugbeleid in het buitenland nauwlettend wordt gevolgd.

Tijdens de "Expertmeeting soa&hiv surveillance" op 8 juni 2007 op het RIVM is bovengenoemd voorstel besproken. Collega's betrokken bij hiv surveillance in Nederland konden zich erin vinden om voorlopig geen nieuwe hiv-surveys uit te voeren. Besproken is de hiv-surveys in te zetten wanneer er uit de reguliere surveillance activiteiten aanwijzingen komen dat er veranderingen in de soa/hiv epidemiologie bepaalde subgroep gaande zijn. Verder kwam aan bod dat de zwangerschapsscreening een goed voorbeeld is van een reguliere surveillancebron die beter benut kan worden. In 2007 wordt door het RIVM een effect evaluatie van deze screening uitgevoerd en zal ook bekeken worden hoe we inzicht kunnen krijgen in de gegevens van verschillende bevolkingsgroepen.

## 6. Reguliere (hiv) surveillancebronnen voor monitoren hoogrisicogroepen

Er zijn meerdere reguliere surveillancebronnen aan te wijzen waarin gegevens over hoogrisicogroepen verzameld worden. Deze bronnen kunnen in de toekomst benut worden om de hiv (en soa) in hoogrisicogroepen te monitoren. Een nadeel van de meeste van deze bronnen ten opzichte van de hiv-surveys is dat ze gegevens aanleveren van hoogrisicogroepen 'in zorg' en daarom niet representatief zijn voor de gehele doelgroep.

Mogelijke gegevensbronnen per risicogroep:

### (injecterende) druggebruikers

- Stichting HIV Monitoring: registratie hiv-diagnoses (vanuit hiv-behandelcentra) naar transmissiegroep
- Aangiftecijfers HBV en HCV: transmissie categorie wordt geregistreerd, maar hier vindt onderrapportage plaats
- Soa-centra (SOAP): navraag of bezoeker ooit/recent drugs heeft geïnjecteerd.
- Anonieme hiv-screening soa-poli Amsterdam en Rotterdam
- screeningsprogramma's infectieziekten bij druggebruikers, (nog) geen landelijke registratie, grote regionale verschillen in uitvoering en implementatie. In Rotterdam start een programma 'actief testen' bij druggebruikers waarin ook mogelijkheden tot behandeling worden meegenomen. In Amsterdam is de GGD/Jellinek betrokken bij drugshulpverlening en screening, maar geen inzicht in de registratie. Geen gegevens bekend over andere regio's. Trimbosinstituut (national focalpoint) probeert hier meer zicht op te krijgen.
- ACS: Amsterdamse Cohort Studie onder (injecterende) druggebruikers.

### prostituees en prostituanten

- Soa-centra (SOAP): navraag of bezoeker recent betaalde sekscontacten heeft gehad (zowel als prostituee of als prostituant). Enkele soa-centra hebben een apart spreekuur voor prostituees en vermelden dit in het 'opmerkingenveld'. Hoe systematisch dit gebeurt, is niet bekend.
- De GGD Amsterdam voert outreach activiteiten uit waarbij prostituees op de werkplek getest worden. Er wordt een database bijgehouden waarin de uitslagen van deze testen worden geregistreerd, deze gegevens zitten niet in SOAP (via

Therèse vd Helm op te vragen). Andere GGD-en voeren noteren hun gegevens van outreach activiteiten wel in SOAP.

- Anonieme hiv-screening soa-poli Amsterdam en Rotterdam

#### migranten

- Stichting HIV Monitoring: registratie hiv-diagnoses (vanuit hiv-behandelcentra) waarbij land van herkomst (en etniciteit?) geregistreerd worden.
- Soa-centra (SOAP): zelfgerapporteerde bevolkingsgroep van de bezoeker wordt geregistreerd
- Anonieme hiv-screening soa-poli Amsterdam en Rotterdam
- Aangifte HBV en HCV: etniciteit wordt geregistreerd

### ***Aanvullende (registratie)bronnen***

#### Zwangerschapsscreening HBV, hiv en syfilis:

Deze registratie is landelijk, maar (nog) niet compleet. Gegevens over 'bevolkingsgroep' werden eerder wel geregistreerd, maar nu niet meer. Om hier inzicht in te krijgen zou deze variabele weer toegevoegd moeten worden, of er moet een koppeling met gegevens uit de Gemeentelijke basisadministratie (GBA) gerealiseerd worden. In 2007 wordt een effect evaluatie van deze screening uitgevoerd en wordt gekeken naar de mogelijkheden van surveillance die deze registratie biedt.

#### Soa-monitoring bij huisartsen

- Continue Morbiditeits Registratie (CMR) van NIVEL: registratie van etiologie van urethritis bij mannen, en registratie van 'angst voor aids' (incl. aantal demografische gegevens, deze vragenlijsten worden ingevuld bij elke patiënt waarbij een hiv-test wordt afgenomen). Geen inzicht in bevolkingsgroep en prostitutie, wel bij vragenlijst 'angst voor aids' in injecterend druggebruik.
- Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) van NIVEL: registratie van ICPC hoofdcodes. Geen inzicht in bevolkingsgroep, prostitutie of injecterend druggebruik.

In de toekomst voorstel om vragenlijst CMR uit te breiden en om de ICPC codes bij LINH aan te vullen met subcodes.

#### Gezondheidsmonitor van GGD

Per GGD regio wordt eens per 4 jaar een gezondheidsmonitor uitgevoerd in de regio van de GGD. In Amsterdam is daar een bloedsample bij afgenomen (2004). Het doel van deze monitor is de gezondheidstoestand in kaart te brengen per regio. Er is landelijk (i.s.m. RIVM) een standaardvragenlijst opgesteld waarin ook vragen over seksueel (risico) gedrag zijn opgenomen. De GGD kan naar eigen inzicht onderwerpen kiezen voor de gezondheidsmonitor en is dus vrij om navraag over seksueel gedrag te doen.

#### Screening bloeddonoren

Aantal hiv-positieve donoren wordt geregistreerd in jaarverslag van Sanquin. Deze aantallen zijn zeer laag doordat er al veel beperkingen zijn opgelegd aan het mogen doneren van bloed. De meeste hoog-risicogroepen zijn bovendien uitgesloten van bloeddonatie.

#### Onderzoek RutgersNisso

Onderzoek naar seksuele gezondheid (seksueel gedrag, soa, reproductieve gezondheid, seksueel geweld). Vaak onderzoek onder algemene bevolking / jongeren, maar een oversampling van bepaalde migrantengroepen.

#### Onderzoek over infectieziekten per GGD

De GGD'en van Amsterdam, Utrecht en Rotterdam doen onderzoek naar infectieziekten. Ook speciale programma's voor risicogroepen. Inzicht krijgen en houden wat er per regio is uitgezocht en wat als aanvulling kan dienen voor landelijke surveillance.

#### Onderzoek Universiteit Maastricht

De universiteit van Maastricht verricht veel onderzoek naar seksueel gedrag bij homoseksuele mannen maar ook bij migrantengroepen.

#### HBV campagne hoogrisicogroepen

De uitvoering van deze campagne wordt gecoördineerd door GGD Nederland. De gegevens kunnen inzicht geven in HBV bij prostituees en druggebruikers.

#### Soa Aids Nederland (SANL)

SANL heeft het onderzoek 'Seks onder je 25<sup>er</sup>' uitgevoerd: doelgroep jongeren, waaronder diverse migrantengroepen. SANL heeft programma 'etnische

minderheden', maar ook programma 'prostitutie'. Verschillende onderzoeken lopen o.a. diepte-interviews bij migranten etc.

Academisch Medisch Centrum

De afdeling sociale geneeskunde van het AMC doet onderzoek bij migranten vooral gericht op chronisch ziekten.

## 7. Aanpassingen methode hiv-surveys

Indien nieuwe (hiv-)surveys worden uitgevoerd verdienen de volgende punten aandacht:

1. De methode van de surveys 'flexibeler' maken. Dit houdt in dat zodra er vanuit de reguliere surveillance een signaal komt dat er in een subgroep een toename is van transmissie of risicogedrag dat dit onderzocht kan worden met een survey. Er moet dan een standaard (korte) vragenlijst ontwikkeld zijn waarmee de belangrijkste indicatoren gedekt worden. De veldwerkperiode moet korter, maximaal 4 maanden. En (indien mogelijk) moet personeel op korte termijn worden vrijgemaakt.
2. De resultaten van de hiv-surveys in verschillende steden komen per doelgroep grotendeels overeen. Een volgende migrantensurvey bijvoorbeeld hoeft zich dus niet te beperken tot Amsterdam of Rotterdam maar kan in meerdere steden gelijktijdig lopen. Dit betekent ook dat er uitspraken gedaan kunnen worden over de doelgroep onafhankelijk van de plaats van de survey. Voor de groep injecterende druggebruikers geldt dit niet, er zijn grote regionale verschillen in hiv-prevalenties gevonden in de surveys.
3. De voorbereiding van de survey kan grondiger zodat de mapping beter uitgevoerd kan worden. Dit houdt in dat er voorafgaand aan de survey meer informatie over de desbetreffende stad met bijbehorende veldwerklocaties verzameld moet worden zodat er een uitgebreid ('probability based') wervingsschema opgesteld kan worden. Hierdoor zal de veldwerkperiode efficiënter verlopen en kan er beter een uitspraak over representativiteit gedaan worden.
4. Omdat er van hoogrisicogroepen vaak geen samplingframe voorhanden is, kan er geen aselechte steekproef getrokken worden. Daarom is de doelgroep in het verleden bereikt middels 'venue based' sampling. Om met meer zekerheid een representatieve onderzoeksgroep te krijgen kan er bij een volgende survey gebruik gemaakt worden van 'probability sampling' waarbij een samplingframe wordt ontwikkeld met behulp van 'mapping'.
5. Om de hiv-epidemie te monitoren in het HAART tijdperk is, naast hiv-prevalentie, inzicht nodig in hiv-incidentie. Daarnaast is het belangrijk om HAART te

monitoren met alle consequenties van dien (resistentie, opportunistische infecties, adherence etc). Deze onderwerpen vallen onder de zogenaamde 'third generation HIV/AIDS surveillance'. Hiv-surveys kunnen hier in de toekomst (deels) aan voldoen door te meten hoe recent de infecties zijn in het afgenomen lichaamsmateriaal (hoewel geen incidentiemaat, het geeft inzicht in hoe recent infecties zijn). Daarnaast kan informatie worden verzameld over treatment adherence etc., indien zelfgerapporteerd hiv-positief.

6. De 'dissemination' van de gegevens kan beter. Nu gebeurt de terugkoppeling van de gegevens vooral lokaal/regionaal en wordt er een rapport geschreven dat landelijk is, maar ook de nationale focal points en belangenorganisaties kunnen beter geïnformeerd worden. Maar ook vice versa, meer inzicht krijgen wat er met de gegevens gedaan wordt.



## 8. Conclusies en aanbevelingen

Om de hiv-epidemie in Nederland te monitoren is het van belang inzicht te hebben en te houden in gedrag en in de hiv-prevalentie van (hoog)risicogroepen. Dit is één van de uitkomsten van de evaluatie van de hiv-surveys die zijn uitgevoerd tussen 1994 en 2006 onder verschillende hoogrisicogroepen in Nederland. Het toekomstige verloop van een geconcentreerde hiv-epidemie wordt bepaald door de frequentie en aard van (seksuele) contacten tussen deze populaties en de algemene bevolking. De hiv-surveys onder hoogrisicogroepen hebben veel informatie opgeleverd over seksueel en druggerelateerd (risico)gedrag gekoppeld aan de prevalentiecijfers van hiv. Dat is ook de kracht van deze hiv-surveys: de link van biologische markers en epidemiologische (gedrags)gegevens. Zowel intern als extern betrokkenen en experts zijn het hierover eens.

De doelstelling voor het monitoren van de hiv-epidemie onder hoogrisicogroepen is als volgt:

Inzicht blijven houden in de ontwikkeling van de hiv-epidemie en het vóórkomen van soa onder hoogrisicogroepen in Nederland om tijdig te kunnen interveniëren om verdere verspreiding van hiv en soa te voorkómen.

Om hier aan te kunnen voldoen moeten ons inziens de volgende reguliere surveillancebronnen worden benut en eventueel versterkt:

1. Zwangerschapsscreening hiv/HBV/syfilis: toevoegen 'land van herkomst' of 'bevolkingsgroep', daarnaast ook toevoegen informatie over prostitutie en (injecterend) druggebruik. In 2007 wordt evaluatie van dit programma opgezet. Mogelijk kan informatie vanuit de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) gekoppeld worden aan de uitslagen. Op deze manier zou ook inzicht in etniciteit verkregen kunnen worden, hoewel de volledigheid van de GBA onduidelijk is.
2. SOAP: gegevens soa-consulten bij soa-centra en over uitgevoerde hiv-testen. Anonieme hiv-screening soa-poli Amsterdam en Rotterdam: afstemming tussen beide systemen loopt. In de toekomst vervangen door opting-out?
3. SHM: registratie hiv-diagnoses via hiv-behandelcentra
4. Screeningsprogramma's onder druggebruikers in Nederland in kaart brengen en zorg dragen voor nationale afstemming van gegevensuitwisseling. Dit moet afgestemd worden met het Trimbosinstituut.

5. Actiever inzicht krijgen in outreach activiteiten (en hiv/soa-testen) onder prostituees van de GGD in Amsterdam (en eventueel andere GGD'en?).
6. Soa-monitoring bij huisartsen in kaart brengen en toevoegen relevante gegevens over hoogrisicogroepen.

Om de bevindingen uit reguliere surveillance te evalueren en om in te springen op actuele ontwikkelingen in (sub)groepen blijft het belangrijk om met een bepaalde frequentie (afhankelijk van verloop van de epidemie) hiv-surveys uit te voeren bij hoogrisicogroepen, maar vooralsnog is dit niet nodig.

Bij een mogelijk volgende hiv-survey verdienen de volgende punten aandacht:

1. De methode van de hiv-surveys 'flexibeler' maken, zodat er snel een survey uitgevoerd kan worden (standaard (korte) vragenlijst ontwikkelen, veldwerkperiode korten).
2. Een volgende hiv-survey hoeft zich niet te beperken tot één stad maar kan in meerdere steden gelijktijdig lopen (geldt niet voor de doelgroep druggebruikers, want grote regionale verschillen in hiv-prevalenties).
3. Het vooronderzoek kan grondiger zodat de mapping beter uitgevoerd kan worden. Hierdoor zal de veldwerkperiode efficiënter verlopen.
4. Om met meer zekerheid een representatieve onderzoeksgroep te krijgen moet er bij een volgende survey gebruik gemaakt worden van 'probability sampling'.
5. Indien mogelijk meten hoe recent de gevonden infecties zijn met behulp van een geschikte assay (wordt momenteel onderzocht).
6. De volgende potentiële hoogrisicogroepen zijn genoemd door het veld als mogelijke onderzoeksgroep voor een volgende hiv-survey: Marokkaanse en Turkse gemeenschap, Chinese gemeenschap, Afrikaanse groep in het algemeen (sub-Sahara Afrikanen), illegale prostituees en homoseksuele mannen .

## Dankwoord

Alle extern betrokkenen wil ik bedanken voor hun inbreng in deze evaluatie en voor de prettige gesprekken. Marita van de Laar (ECDC, Stockholm), voormalig projectleider soa/hiv, wil ik danken voor het kritisch lezen van het document. Michel Wagemans, voormalig veldwerkcoördinator van de hiv-surveys, bedank ik voor zijn inbreng in de evaluatie. Verder wil ik mijn collega's van de projectgroep soa/hiv van de afdeling Epidemiologie en Surveillance en Roel Coutinho bedanken voor hun bijdrage in de discussie rondom de hiv-surveys.

## Literatuur

1. UNAIDS/WHO. Guidelines for Second Generation HIV Surveillance. Geneva, Switzerland: UNAIDS/WHO; 2000 2000.
2. Dukers NH, Fennema HS, van der Snoek EM, et al. HIV incidence and HIV testing behavior in men who have sex with men: using three incidence sources, The Netherlands, 1984-2005. *Aids* 2007;21(4):491-9.
3. Stolte IG, Dukers NHTM, de Wit JBF, Fennema JSA, Coutinho RA. Increase in sexually transmitted infections among homosexual men in Amsterdam in relation to HAART. *Sex Transm Infect* 2001;77(3):184-6.
4. Boer IMd, Op de Coul ELM, Beuker RJ, Zwart Od, Al Taqatqa W, Laar MJWvd. Trends in HIV-prevalentie en risicogedrag onder injecterende druggebruikers in Rotterdam: 1994-2002. *Ned Tijdschr voor Geneeskunde* 2004;148:2325-30.
5. Beuker RJ, Berns M.P., Hoebe CJ, Jansen M., Laar M.J.W. van de. HIV-prevalentie onder injecterende druggebruikers in Zuid-Limburg 1994-1998/1999: stijgende trend in Heerlen, niet in Maastricht. *Ned Tijdschr voor Geneeskunde* 2002;146:567-70.
6. RGO. Advies HIV-surveillance in Nederland. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek; 2001. Report No.: Publicatie 29.

## Bijlage 1. Gesprekken extern betrokkenen

Therèse vd Helm	GGD Amsterdam
Merlijn Kramer	GGD Amsterdam
Maria Prins	GGD Amsterdam
Juan Walter	GGD Amsterdam
Ingrid van der Burg	GGD Den Haag
Petra van Leeuwen	GGD Den Haag
Stephan Cremer	GGD Rotterdam e.o.
Hannelore Götz	GGD Rotterdam e.o.
Onno de Zwart	GGD Rotterdam e.o.
Marieke Ridder	SoaAids Nederland, programmaleider prostitutie
Iris Shiripinda	SoaAids Nederland, programmaleider etnische minderheden
Lucas Wiessing	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lissabon, Portugal
Esther Croes	Trimbosinstituut, Utrecht
Interviewers hiv-surveys	

## **Bijlage 2. Initiatieven naar aanleiding van hiv-surveys**

Injecterende druggebruikers:

- afhankelijk van de regio
- te weinig inzicht hierin

Prostituees:

- project 'condoomklapper' van Soa Aids Nederland
- project transgenders in 2008 van Soa Aids Nederland
- spreekuur transgenders vanuit GGD Den Haag (i.s.m. SHOP)
- continuering outreach activiteiten verschillende GGD'en

Migranten:

- project Amor i Salu onder Antillianen in Rotterdam
- project Uma Tori (vrouwenverhalen) onder migranten in Rotterdam en Amsterdam
- project Manna Tori in Rotterdam
- project Amsterdam Zuid-Oost: soa/hiv preventie-activiteiten onder verschillende migrantengroepen in Zuid-Oost, gecoördineerd vanuit de GGD maar waarbij zelforganisaties zelf projectvoorstellen moeten indienen.
- project bij Hindoestanen in Den Haag