

DE ZORG VAN DE HUISARTS BIJ HIV-INFECTIE EN AIDS^o

L. Wigtersma*

Het aantal hulpvragen over HIV bij de huisarts is de laatste jaren stabiel. Bijna alle huisartsen hebben te maken met hulpvragen en verzoeken om de HIV-antistof-test. HIV-problematiek is geconcentreerd in grote steden en in de Randstad. De begeleiding van HIV-positieve en AIDS-patiënten is niet eenvoudig. De belangrijkste aspecten van de hulpverlening bij HIV-gerelateerde hulpvragen in de huisartspraktijk worden besproken. Rekening moet worden gehouden met de bijzondere aspecten van HIV-ziekte, en met achterliggende problemen die de hulpvragen op dit gebied kunnen beïnvloeden. Verzoeken om de HIV-test dienen zorgvuldig te worden begeleid. HIV-geïnfekteerden en AIDS-patiënten hebben altijd zowel lichamelijke als psychosociale zorg nodig. Het feit dat HIV en seksualiteit nauw samenhangen is voor adequate preventie en zorg een belangrijk gegeven. Aan de gang van zaken rond het sterven moet veel aandacht worden besteed. De samenwerking met andere disciplines is van cruciaal belang bij een dergelijk gecompliceerd ziekteproces.

De ziekte AIDS is nu ruim een decennium bekend. De balans die opgemaakt kan worden, stemt niet vrolijk. Wereldwijd neemt het probleem angstwekkend grote proporties aan. In Afrika, Zuidoost Azië en India zijn massale aantallen mensen besmet en ziek. In westerse landen neemt het aantal besmettingen vooral sterk toe onder ethnische minderheden in grote steden. Homoseksuele mannen, op enige afstand gevolgd door intraveneuze druggebruikers, blijven in deze landen ruimschoots de meerderheid uitmaken, terwijl het percentage besmette vrouwen fors toeneemt (Hochheimer e.a., 1988-1992). Ook zijn er aanwijzingen dat, na een jarenlange daling, de incidentie van HIV-infectie onder (vooral jonge) homoseksuele mannen sinds 1990 weer toeneemt, blijkbaar omdat er minder veilig gevreeën wordt (De Wit e.a., 1992).

De hulpverlening door de huisarts bij HIV-problematiek wordt in ons land in hoofdzaak bepaald door de volgende factoren. Het aantal hulpvragen is sedert 1989 stabiel. Het betreft vooral informatieve vragen, ongerustheid en verzoeken om de HIV-antistof-test. Driekwart van alle verzoeken om de HIV-test wordt gehonoreerd. In de grootste steden zijn de testverzoeken voor het merendeel afkomstig van homoseksuele mannen en van vrouwen met wisselende seksuele contacten, erbuiten van heteroseksuelen bij wie het risico laag lijkt. Een kwart van alle huisartsen heeft HIV-seropositieve patiënten in de praktijk, 15% AIDS-patiënten, met een concentratie in grote steden en in het westen van het land (Wigtersma e.a., 1991; Wigtersma, 1991, 1992; NIVEL, 1992). Als er HIV-infectie wordt vastgesteld is dat in veel gevallen in een vroeg stadium, zodat de huisarts meestal te maken heeft met patiënten die een vrij lange periode - vaak vele jaren - asymptomatisch zijn. De begeleiding van deze groep is niet eenvoudig, met name met het oog op psychosociale problematiek en vroegtijdige diagnostische en therapeutische interventies. De behandeling van met HIV geassocieerde aandoeningen is beter maar ook gecompliceerder geworden; de huisarts speelt daarbij een centrale rol.

* Prof. dr. L. Wigtersma, huisarts. Vakgroep huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam. Tel. (020) 5664606.

^o Geaccepteerd voor publicatie 10 maart 1993.

In onderstaande wordt ingegaan op de belangrijkste aspecten van de hulpverlening bij HIV-gerelateerde hulpvragen in de huisartspraktijk.

Bijzondere aspecten van HIV

Het feit dat HIV-ziekte in sommige opzichten verschilt van andere ernstige ziekten kan van invloed zijn op de houding van zowel hulpvragers als hulpverleners en verzorgers. Het gaat om de volgende aspecten.

- HIV wordt in veel gevallen via seksueel contact overgedragen. De associatie tussen seks en HIV maakt veel mensen angstig - ook wanneer ze geen risico lopen - en kan schuldgevoelens en afweerreacties oproepen, ook t.o.v. seksualiteit.
- Verreweg de meeste patiënten zijn jong: tussen de 20 en 40 jaar. Dit feit kan extra belastend zijn voor de betrokken hulpverleners en verzorgers.
- Veel patiënten zijn homoseksuele mannen of druggebruikers. Er kunnen problemen in de communicatie optreden als verzorgers, familie en hulpverleners niet weten hoe zij met homoseksualiteit of druggebruik moeten omgaan, of vooroordelen in dit opzicht hebben. Dit kan de bereidheid om te helpen negatief beïnvloeden.
- Sommige patiënten - met name intraveneuze druggebruikers - kunnen ondanks een deplorabele lichamelijke toestand zorg afwijzen of ontlopen.
- De zorg voor AIDS-patiënten is vaak buitengewoon complex en veeleisend, omdat geregeld een veelheid aan parallel optredende, invaliderende aandoeningen wordt gezien.

Preventie

De kans op HIV-besmetting is het grootst bij receptieve anale seks - vooral bij homoseksuele mannen - en gemeenschappelijk gebruik van besmette injectienaalden, gevolgd door vaginale seks. Bij vaginale coïtus is het risico voor de vrouw aanzienlijk groter dan voor de man, omdat de overdracht van man naar vrouw veel effectiever is. De besmettingskans bij orale seks (dus besmetting via het mondslijmvlies door contact met sperma of vaginaalvocht) is zeer klein. Voorts bestaat een klein risico als men zich prikt aan een voorwerp dat met besmet bloed is verontreinigd, en als de beschadigde huid of de slijmvliesen in contact komen met besmet bloed. Allerlei andere contacten leveren geen risico op.

Het is bijzonder moeilijk om de genoemde risico's te kwantificeren, en daarom is het - zeker op papier - makkelijker te trachten ze te voorkómen. Ieder kent de preventieve adviezen: vrij met een condoom of neuk niet, gebruik schone spuiten en naalden, pas op bij contact met bloed. In de hulpverlening in de huisartspraktijk gaat het er om, wanneer en hoe deze adviezen moeten worden toegepast. Dit vraagt om individueel aangepaste adviezen. Als er sprake is van wisselende seksuele contacten dient condoomgebruik te worden geadviseerd. Behalve een HIV-gerelateerde hulpvraag kunnen diverse andere hulpvragen aanleiding zijn voor zo'n advies, zoals de vraag om anticonceptie, een geslachtsziekte, en hulpvragen betreffende seksualiteit. Bij intraveneuze druggebruikers dient steeds opnieuw veilig spuitgedrag te worden benadrukt.

Bezorgdheid en verzoeken om de HIV-test

Het verband tussen seks, ziekte en dood dat door HIV-infectie wordt belichaamd

heeft op veel mensen een ingrijpende invloed, zelfs als er geen noemenswaardige kans is dat men besmet is (Van Rooijen e.a., 1992). Hulpverleners dienen te beseffen dat ongerustheid, los van het feitelijke risico op HIV-besmetting, door bepaalde karaktertrekken, psychische problemen, schuldgevoel, bedreigende omstandigheden (bijvoorbeeld een AIDS-patiënt in de directe omgeving), een gebrek aan kennis e.d., kan worden uitvergroot of juist overdekt. Ook opvallende afwezigheid van bezorgdheid in geval van reëel risico verdient dus de aandacht. Mensen kunnen andere motieven dan ongerustheid hebben om zich op HIV te laten testen. Enkele voorbeelden:

- Een in eigen ogen ongeoorloofde seksuele activiteit (bezoek aan een prostituee, vreemd gaan e.d.) kan - terecht of ten onrechte - de vrees doen ontstaan dat men besmet is en leiden tot een verzoek om de HIV-test. Schuldgevoel kan daarin een rol spelen.
- De patiënten die altijd al de huisarts frequenteren omdat zij snel onzeker en ongerust zijn, doen dat ook omdat ze bang zijn voor AIDS.
- De angst voor besmetting met HIV kan verhuld aanwezig zijn, bijvoorbeeld als seksueel dysfunctioneren (niet meer durven vrijen), angst voor een niet nader aangeduide ernstige ziekte, of depressieve gevoelens.
- Angst kan (mede) voortkomen uit onwetendheid; men meent dan ten onrechte, risico te hebben gelopen. Dergelijke angstgevoelens worden vaak versterkt doordat men iemand kent die met HIV besmet is, of juist een TV-programma over AIDS heeft gezien.
- Persoonlijkheidsstoornissen en extreme verdringing kunnen gepaard gaan met wat imponeert als zorgeloze distantie ten opzichte van het eigen risicovolle seksuele gedrag. Als voorbeeld moge dienen de man die keer op keer de dokter bezoekt met een druiper, opgelopen omdat hij steeds seksuele contacten heeft met verschillende aan heroïne verslaafde prostituees.
- Er zijn mensen die misschien weinig of geen risico hebben gelopen, maar zich voor alle zekerheid willen laten testen, bijvoorbeeld omdat ze een kind willen of voortaan onbeschermd willen vrijen.

Verzoeken om de HIV-test hebben lang niet altijd een ingewikkelde achtergrond. Sommige mensen willen gewoon, zonder bijzondere reden, getest worden, zoals ze ook wel om anderssoortig onderzoek vragen. Meestal kennen huisartsen hun patiënten goed genoeg om in te schatten of er sprake is van ontkenning of juist uitvergroting van bezorgdheid, en of de patiënt wel of geen risico heeft gelopen. In de HIV-wijzer, een naslagwerk dat alle huisartsen bezitten, is een protocol voor het testen op HIV-antistoffen opgenomen waarin met alle mogelijkheden rekening is gehouden (Hochheimer e.a., 1988-1992). In het algemeen geldt dat bij elk verzoek de motieven en het risico moeten worden nagegaan, terwijl bij een kans op HIV-seropositiviteit de draagkracht van de patiënt en zijn of haar sociale steunstructuur belangrijke factoren in de besluitvorming zijn. Alvorens getest wordt, moet de periode tussen mogelijke besmetting en het ontstaan van antistoffen (6 maanden) voorbij zijn. De uitslag wordt bij voorkeur in een persoonlijk gesprek meegedeeld, omdat in geval van een positieve uitslag verdere begeleiding noodzakelijk is.

HIV-seropositiviteit

De wetenschap seropositief te zijn is een zware belasting. Hoewel de periode van asymptomatische HIV-seropositiviteit meestal vele jaren omvat, kan een (groot) deel

van die fase al voorbij zijn op het moment van de test. Gevoelens die bij een dergelijk onheil horen, zoals angst, onzekerheid, depressie, woede en ontkenning, staan de eerste tijd sterk op de voorgrond. Ook ontstaat begrijpelijkerwijs grote ongerustheid over allerlei lichamelijke klachten, die vaak van onschuldige aard zijn maar ook op HIV-geassocieerde ziekte kunnen wijzen. Het spreekt vanzelf dat de huisarts begeleiding aanbiedt. Zeker de eerste tijd na het vernemen van de uitslag is dat gewenst. Bij asymptomatische infectie is regelmatige controle vanuit medisch oogpunt niet strikt noodzakelijk, maar geregelde contacten kunnen voor de gemoedsrust van de patiënt belangrijk zijn. Bij ernstige of langdurige psychosociale problemen is verwijzing naar gespecialiseerde instanties aangewezen (maatschappelijk werk, RIAGG, en de Jhr. mr. J.A. Schorerstichting die zich toelegt op psychosociale zorg voor homoseksuele mannen die met HIV besmet zijn). De huisarts blijft echter altijd een belangrijke rol spelen in de hulpverlening als medicus, coördinator van de zorg en verwijzer naar de tweede lijn.

Via onderzoek van het aantal CD4-lymfocyten, een categorie witte bloedcellen die de afweer tegen bepaalde infecties verzorgt, kan worden nagegaan hoe sterk deze afweer onder invloed van het HIV is afgenomen. Dat is de belangrijkste parameter voor de fase waarin de ziekte zich bevindt. Veel HIV-geïnficeerden laten regelmatig via de huisarts hun CD4-cellen bepalen. Elk arts-laboratorium kan de bloedafname verrichten; het monster wordt daarna ter analyse opgestuurd naar een streeklaboratorium voor de volksgezondheid. Als het CD4-aantal onder een bepaald niveau (200 per mm³) daalt, neemt de kans op infecties en tumoren die bij AIDS horen, sterk toe. Dan kan het nodig zijn, te beginnen met medicijnen die gericht zijn tegen het HIV of die een bijkomende infectie voorkómen. De bekendste middelen zijn:

- Zidovudine (AZT), een remmer van het HIV;
- Cotrimoxazol, een middel dat de bij AIDS veel voorkomende longontsteking met pneumocystis carinii voorkómt.

Een behandeling met dergelijke middelen wordt gewoonlijk ingesteld door de specialist, en als er geen complicaties zijn, voortgezet onder controle van de huisarts.

AIDS

De diagnose AIDS wordt gesteld als er bepaalde ziekten of combinaties van ziekten optreden. Bekende voorbeelden zijn: Kaposi sarcoom (een in huid en organen groeiende tumor); pneumocystis carinii: longontsteking; slokdarminfectie met de schimmel *Candida albicans*; ernstige vermagering; tuberculose op verschillende plaatsen in het lichaam; ernstige darminfecties met opportunistische micro-organismen. De diagnostiek en (eerste) behandeling van dergelijke infecties vindt meestal in het ziekenhuis plaats. Afhankelijk van de conditie en de wens van de patiënt kan de behandeling vaak poliklinisch of door de huisarts worden voortgezet.

Bij de thuiszorg zijn gewoonlijk diverse personen en instanties betrokken: familie, vrienden, buddies (getrainde vrijwilligers die op een soort contractbasis helpen), de huisarts, wijkverpleging, gezinszorg, en soms categorale instellingen, maatschappelijk werk en fysiotherapie. Het is zaak goede werkafspraken te maken. De professionele zorg wordt aangepast aan de behoefte van de patiënt en aan datgene wat de directe verzorgers kunnen bieden. In veel gevallen zal bij een toenemende inzet van professionele zorg één van de hulpverleners de coördinatie op zich nemen. De huisarts heeft het overzicht over de ziektegeschiedenis en de medicatie en onderhoudt de contacten met de specialist, en is derhalve een belangrijke schakel in de coördinatie van de zorg.

Sommige AIDS-patiënten hebben een port-à-cath, een onderhuids op de borst aangelegde "toegangspoort", verbonden met een ader, voor het toedienen van middelen tegen een Cytomegalovirus-infectie van het netvlies. Dit systeem stelt hen in staat, zichzelf dagelijks het middel toe te dienen. Zij worden in het ziekenhuis geïnstrueerd hoe zij het poortsysteem steriel moeten aanprikken en bedienen. Soms worden (ook) partners of familieleden geïnstrueerd. Ook wijkverpleegkundigen zijn soms getraind in het aanprikken, zodat zij deze taak van de patiënt kunnen overnemen als deze het niet meer kan of durft. Een andere gecompliceerde technische handeling die ook thuis kan worden verricht door de wijkverpleegkundige, is het vernevelen van pentamidine als profylaxe van pneumocystis carinii pneumonie. Deze medische handelingen mogen slechts worden uitgevoerd onder formele verantwoordelijkheid van de huisarts. Als er iets fout gaat, is de huisarts degene die moet interveniëren. Het is dan ook aan te bevelen dat huisartsen met HIV-seropositieve en AIDS-patiënten zich hierin terdege verdiepen.

De huisarts onderhoudt de contacten met de behandelend specialist(en), hoewel AIDS-patiënten meestal zelf ook makkelijk toegang hebben. Het is belangrijk dat er soepele afspraken zijn over snelle interventies of (her)opname van de patiënt, indien dat nodig is. Als er verschillen in inzicht of beleid zijn tussen de eerste en tweede lijn, kan het nodig zijn dat de huisarts contact met de specialist opneemt. Als dat gewenst is, moet de huisarts de belangen van de patiënt in het ziekenhuis naar voren brengen. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als de patiënt geen verder invasief onderzoek of behandeling meer wil, of thuis wil sterven.

Expliciete aandacht voor de verwerking van het ziekteproces en daarmee samenhangende problemen zoals depressiviteit, suïcidale neigingen, isolement, besluiteloosheid, angst, agressie en seksuele en relationele problemen is altijd nodig. De huisarts dient steeds na te gaan of er voldoende steun vanuit de directe omgeving van de patiënt voorhanden is. Soms is intensieve begeleiding door de huisarts of een andere, meer gespecialiseerde hulpverlener (psychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige) gewenst. Ook kan (tijdelijk) ondersteunende medicatie nodig zijn, zoals een tranquillizer, antidepressivum of slaapmiddel.

Seksualiteit bij HIV-infectie en AIDS

Vaak bestaat bij HIV-geïnfecteerden seksueel dysfunctioneren. Daar kunnen verschillende redenen voor zijn. In het beginstadium, als men pas de uitslag vernomen heeft, zijn seksuele problemen meestal een nevenverschijnsel van de rouwreactie. Men heeft geen zin meer in vrijen, het is onbelangrijk geworden. Blijvend seksueel dysfunctioneren kan een uiting zijn van een blijvende depressie. Soms is er een voortdurend scherp bewustzijn van de eigen besmettelijkheid: "elke keer als ik klaarkom heb ik het gevoel, gif te spuiten". In latere stadia, als er ziekteverschijnselen optreden, kunnen seksuele problemen samenhangen met cosmetisch storende huidafwijkingen (eczeem, herpes, wratten, Kaposi sarcoom), pijn, algehele lichamelijke verzwakking of neurologische stoornissen die de seksuele functies aantasten. In alle stadia kan een seksueel probleem tevens worden veroorzaakt doordat de seksuele partner niet meer wil vrijen of zelfs vertrekt.

Bij blijvende seksuele stoornissen moet, indien dat enigszins mogelijk is, gepaste hulp worden geboden door een gespecialiseerde hulpverlener. De huisarts kan voldoende begeleiding geven bij voorbijgaande problemen. Het is altijd van belang, te wijzen op de noodzaak van veilig vrijen, ook als de seksuele partner eveneens met

HIV besmet is. Als in dat geval geen veilige seks wordt geïmplementeerd, kan er herbesmetting met andere virusvarianten optreden, hetgeen het ziekteproces kan versnellen.

Rond het sterven

De meeste AIDS-patiënten zijn jonge, mondige mensen die zo lang mogelijk zelfstandig willen zijn en het liefst thuis sterven. Meestal brengen zij zelf het sterven ter sprake, vaak al in een vroeg stadium, om de mogelijkheid van euthanasie te bespreken. Indien dat van toepassing is, doet de patiënt er verstandig aan, tijdig een euthanasieverklaring (levenstestament) op te stellen. De huisarts kan daarbij hulp bieden.

De patiënt kan wensen uiten ten aanzien van niet meer behandeld willen worden ("passieve euthanasie") en actieve euthanasie. Het is geruststellend voor de patiënt om er met de huisarts over te kunnen spreken en te weten dat deze zal helpen als daarom wordt verzocht.

Als de patiënt zelf het sterven niet ter sprake brengt, kan de huisarts er voorzichtig over beginnen. Daarmee krijgt de patiënt de gelegenheid, eventuele terughoudendheid op dit punt te overwinnen. Als de patiënt kinderen heeft die alleen achterblijven, zal de huisarts nagaan of daar maatregelen voor zijn getroffen.

Een huisarts die geen medewerking wil verlenen aan de wens van een patiënt tot actieve levensbeëindiging, dient de patiënt behulpzaam te zijn met het zoeken naar een andere huisarts die daar wel positief tegenover staat.

Familie en vrienden

Als het ziekteproces lang duurt of erg zwaar is, raken de directe verzorgers van de patiënt vaak overbelast. Dit is ten dele toe te schrijven aan de energie die in de zorg wordt geïnvesteerd en ten dele aan het feit dat alle aandacht - ook die van de hulpverleners - voortdurend op de patiënt is gericht. Verzorgers voelen zich bovendien snel schuldig als zij even niet aan de patiënt maar aan zichzelf denken. Zij kunnen door dit alles in een geïsoleerde positie terechtkomen. De huisarts moet daarop attent zijn en aandacht besteden aan de verzorgers. Zo nodig kan begeleiding aangeboden en geregeld worden.

Een ander probleem dat zich kan voordoen is rivaliteit tussen familie en vrienden van de patiënt. Familieleden, die door het ziekte- en stervensproces de patiënt (soms na een periode van verwijdering) naderbij komen, kunnen er moeite mee hebben dat vrienden een belangrijke rol spelen in het leven en de verzorging van de patiënt. Er kan daardoor een complexe driehoeksrelatie ontstaan tussen patiënt, familie en vrienden, die voor alle partijen pijnlijk is. De huisarts en andere hulpverleners kunnen hier bemiddelend optreden.

Het gebeurt regelmatig dat een patiënt pas tijdens zijn ziekte de familie op de hoogte brengt van een voorheen verborgen gehouden leefwijze (homoseksualiteit, druggebruik), waardoor bij alle betrokkenen een nieuw verwerkingsproces op gang wordt gebracht. Dit gaat soms gepaard met ernstige problemen voor de betrokkenen. De hulpverleners moeten dan met grote behendigheid en toewijding kunnen optreden. Aan de andere kant komen familieleden - vaak de ouders - hun kind in deze laatste fase van de ziekte zo nabij, dat zij graag en met bewonderingswaardige toewijding de verzorgende taak tot het einde toe op zich nemen.

Na het overlijden van de patiënt ontstaat er voor de nabestaanden een leegte. Dat kan verstrekkende gevolgen hebben. De huisarts moet nagaan of er voldoende aandacht is voor de nabestaanden. Indien het patiënten van hem/haar zijn, kan de huisarts zelf hun begeleiding ter hand nemen of zorgen voor een juiste verwijzing.

Conclusie

Een belangrijk deel van de met HIV en AIDS geassocieerde problematiek wordt ambulante opgevangen en begeleid. De huisarts speelt, vanwege de lange duur van de infectie en de verbeterde behandelmogelijkheden, meer nog dan enkele jaren geleden een centrale rol in dit proces. De hulpverlening van de huisarts omvat het verstrekken van informatie, het verhelderen van eventuele achterliggende problematiek, het behandelen van verzoeken om de HIV-test, begeleiding van HIV-seropositieven en AIDS-patiënten inclusief de behandeling met medicijnen, het terminale stadium van de ziekte en het sterven. Het coördineren van de zorg en het geven van aandacht aan familie en vrienden van de patiënt zijn eveneens belangrijke taken van de huisarts. Vanwege de nauwe samenhang tussen HIV en seks is aandacht voor seksualiteit altijd geboden.

Summary

Care of HIV-infection and AIDS in general practice

A substantial part of medical and psychological problems associated with HIV-infection and AIDS is taken care of in ambulant settings. The general practitioner (GP) plays an important role in ambulant HIV-care, because of his/her gatekeeper position in the Dutch health care system, the continuity of care provided, and disease-related factors such as the long duration of the early stages of HIV-disease and the improved treatment results.

The number of HIV-related encounters in Dutch general practices is stable since 1989. Almost all general practitioners regularly offer advice to patients and receive requests for the HIV antibody test. About 20% of GP's have HIV-infected persons or AIDS-patients in their practices.

Adequate care of HIV-associated morbidity presupposes awareness of particular features which are usually absent in other serious illness, such as: young patients; association of illness with (homo)sexuality and drug use; feelings of guilt; extremely complicated pathology. Psychological and social characteristics and other problems may enhance patients' anxiety about being infected. Requests for the HIV-test should be handled with prudence. Prevention and sexual counselling are important features of the GP's approach. Care of patients with asymptomatic HIV-infection includes attention for psychosocial as well as physical elements. Regular follow-up in the absence of complaints is not necessary, but monitoring of cellular immunity may be important to assess the phase the infection is in. (Early) treatment may be administered either by a specialist or by the GP, but will usually be monitored by the GP. In the process of caring for AIDS-patients at home, special attention is focused on psychosocial aspects, the social support system, and arrangements concerning death and euthanasia. A smooth cooperation with other professionals is of the utmost importance for effective home care.

Literatuur

- Hochheimer, E.H., A.M. Heijnen, L. Wigersma, W. Avenarius en M. Meijer (red.) (1988-1992). *HIV-wijzer voor de huisarts*. Stichting Aanvullende Dienstverlening, Amsterdam.
- NIVEL (Nederlands Instituut Voor onderzoek van de Eerste Lijns gezondheidszorg) (1992). *Continue morbiditeits registratie peilstations Nederland 1991*. NIVEL, Utrecht.
- Rooijen, D.P. van, Th. Maassen en E.H. Hochheimer (1992). Psychosociale begeleiding. In: Hochheimer, E.H., A.M. Heijnen, L. Wigersma, W. Avenarius en M. Meijer (red.) (1988-1992). *HIV-wijzer voor de huisarts*. Stichting Aanvullende Dienstverlening, Amsterdam.
- Wigersma, L., A.M. Heijnen, E.H. Hochheimer en H. Kloosterman (1991). Samenhang tussen het gebruik van nascholingsmateriaal over het humaan immunodeficiëntie virus en het aantal HIV-consulten in huisartspraktijken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 135: 178-180.
- Wigersma, L. Verzoeken om onderzoek op antistoffen tegen HIV (1991). *Huisarts en Wetenschap*, 34: 238-239.
- Wigersma, L. Stabilisering van het aantal HIV-consulten in huisartspraktijken sinds 1989 (1992). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 135: 2344-2345.
- Wit, J.F.B. de, E.M.M. de Vroome, T.G.M. Sandfort, G.J.P. van Griensven, R.A. Coutinho en R.A.P. Tielman (1992). Safe sexual practices not reliably maintained by homosexual men. *American Journal of Public Health*, 82: 615-616.