

WAAROM MENSEN WEL NAAR EEN SOA-POLIKLINIEK OF GGD GAAN EN NIET NAAR DE HUISARTS MET EEN HIV-TESTVERZOEK^o

P.E.M. Leenaars¹, Th.G.M. Sandfort², A.J.M. Oliehoek³ en A.J.P. Schrijvers⁴

In deze bijdrage is nagegaan waarom mensen met een HIV-testvraag wel naar een SOA-polikliniek of Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) en niet naar de eigen huisarts gaan; wat zij verwachten van het hulpaanbod in het kader van een HIV-test en of zij verbeteringen wensen in de omstandigheden waaronder een HIV-test plaatsvindt.

In totaal hebben 326 personen met een HIV-testvraag bij GGD's en drempelvrije SOA-poliklinieken deelgenomen aan het onderzoek. Redenen die te maken hebben met het taboe rondom een HIV-besmetting, schaamte en angst voor afkeuring seksueel gedrag vormen voor een groot aantal mensen aanleiding om voor een HIV-test niet naar de eigen huisarts te gaan. Bijna de helft van de mensen verwacht zonder gesprek getest te kunnen worden en iets meer dan een kwart van de mensen wil ook getest worden zonder dat er een pretest gesprek plaatsvindt. Het merendeel vindt het wel zeer belangrijk anoniem getest te kunnen worden. Een minderheid wil verbetering in de informatieverstrekking, verbetering in de privacy voor het voeren van gesprekken en meer inspraak bij de beslissing getest te worden. In geval van een seropositieve testuitslag zou ruim een derde van de ondervraagden de huisarts niet op de hoogte brengen.

Geconcludeerd kan worden dat de aanwezigheid van anonieme testplekken noodzakelijk is en dat men bij de ontwikkeling van alternatieve testplekken rekening moet houden met diverse servicekenmerken die de anonimiteit waarborgen.

De huisarts is één van de hulpverleners waar men met een HIV-testverzoek terecht kan. Een kwart van alle huisartsen heeft HIV-seropositieve patiënten in de praktijk en 15% heeft patiënten met AIDS (Wigersma, Heynen, Hochheimer en Kloosterman, 1991). Onderzoek heeft aangetoond dat het aantal contacten per huisarts waarin AIDS ter sprake komt niet

¹ Drs P.E.M. Leenaars, onderzoeker/klinisch psycholoog, Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie, Faculteit Geneeskunde, Rijksuniversiteit Utrecht, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht. Huidig werkadres: Penitentiaire inrichting "De Boschpoort", Nassausingel 26, 4811 DG Breda.

² Dr. Th.G.M. Sandfort, toegevoegd onderzoeker, voorzitter Interfacultaire Werkgroep Homostudies, Faculteit der Sociale Wetenschappen, Rijksuniversiteit Utrecht.

³ Drs A.J.M. Oliehoek, toegevoegd onderzoeker, Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie, faculteit Geneeskunde, Rijksuniversiteit Utrecht.

⁴ Prof.Dr. A.J.P. Schrijvers, hoogleraar, Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie, Faculteit Geneeskunde, Rijksuniversiteit Utrecht.

^o Geaccepteerd voor publicatie 14 mei 1993.

opzienbarend groot is, gemiddeld 3.3 (Nijhuis en Verkadé-Burg, 1987) tot 2.6 contacten per huisarts per jaar (Moons en Peters, 1990). Een toename van het aantal consulten over AIDS heeft zich in 1991 niet voortgezet; in 1991 worden de huisartsen in de zuidelijke provincies wel vaker met vragen over AIDS geconfronteerd dan elders in Nederland (NIVEL, 1992). Ook is naar voren gekomen dat met name de huisartsen in de grote steden vaker met vragen over AIDS geconfronteerd worden dan huisartsen in kleinere steden of plattelandsgemeenten (NIVEL, 1992). Moons en Peters (1990) stelden vast dat 60% van de contacten waarin AIDS ter sprake komt, gaat over een HIV-test aanvraag en dat bij het merendeel van die verzoeken ook daadwerkelijk tot een HIV-test wordt overgegaan (Moons en Peters, 1990). Een reële kans op besmetting wordt echter door slechts 15% als reden voor een test gegeven. Het vermoeden bestaat daarom dat mensen met risicovol seksueel gedrag juist niet naar hun huisarts gaan om een HIV-test aan te vragen. Dit vermoeden wordt ondersteund door het gegeven dat 39% van het totaal aantal aangevraagde HIV-testen in het kader van een verzekeringskeuring door de huisarts wordt gedaan (van Lierop, Houweling, Wiessing en Katchaki, 1992).

In het algemeen wordt aangenomen dat anonieme testplekken noodzakelijk zijn vanwege maatschappelijke, psychische en sociale gevolgen rondom de HIV-problematiek (van Rooyen, 1989; NCAB, 1990). Om het bestaansrecht van anonieme testplekken te bevestigen is het wenselijk te achterhalen welke redenen mensen hebben om met een HIV-testverzoek niet naar de eigen huisarts te gaan. Met het oog op de grotere mogelijkheden van vroegtijdige interventie, bestaat er echter twijfel over de rol van de huisarts bij de (medische) begeleiding van HIV-seropositieven (NCAB, 1990). Gezien deze ontwikkelingen is het voor hulpverleners die HIV-testen uitvoeren, en met name voor huisartsen belangrijk verwachtingen van klanten te kennen om op basis daarvan de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg rondom een HIV-testverzoek te verbeteren. In deze bijdrage worden de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

1. Welke redenen geven mensen met een HIV-testverzoek aan om zich niet bij de huisarts, maar bij een GGD of drempelvrije SOA-polikliniek te laten onderzoeken op een HIV-besmetting?
2. Wat verwachten mensen met een HIV-testverzoek van het hulpaanbod bij een GGD of drempelvrije SOA-polikliniek?

Methode van onderzoek

Steekproef, procedure en respons

Bij tien GGD'en en twee drempelvrije SOA-poliklinieken verspreid over Nederland is een schriftelijke enquête onder mensen met een HIV-testverzoek afgenomen. Alle personen

met een nieuwe HIV-testvraag zijn na het eerste gesprek gevraagd deel te nemen aan het onderzoek en verzocht een vragenlijst in te vullen. Anonimiteit is gegarandeerd. Mensen die de Nederlandse taal niet beheersen en vrouwen met een HIV-testverzoek ná verkrachting zijn buitengesloten uit het onderzoek. Personen die op voorschrift van Bagwhan herhaaldelijk een HIV-testverzoek doen (elke drie maanden) en personen die in verband met de window periode zich (nogmaals) laten testen, hebben alleen na de eerste HIV-test aan het onderzoek meegedaan.

In totaal zijn 401 personen met een HIV-testverzoek benaderd voor deelname aan het onderzoek, waarvan 75 mensen (19%) geweigerd hebben hun medewerking te verlenen. De meest voorkomende reden van weigering is géén tijd, dan wel géén zin hebben. De vergelijking van sociaal demografische gegevens van de respondenten en non-respondenten levert geen noemenswaardige verschillen op. Het is echter niet mogelijk om conclusies te trekken over de vergelijkbaarheid van de respondenten op het terrein van meer inhoudelijke kenmerken, zoals seksuele voorkeur en seksueel gedrag.

Meetinstrumenten en variabelen

In het onderzoek zijn de volgende variabelen onderzocht:

1. *sociaal demografische en individuele kenmerken*: leeftijd, geslacht, burgerlijke status, opleiding, seksuele gedragsvoorkeur;
2. *algemene opvattingen omtrent het hulpaanbod* bij een HIV-testverzoek. Op een 5-puntschaal met eindpunten 'zeer onbelangrijk' en 'zeer belangrijk' is aangegeven in hoeverre men drie aspecten rondom een HIV-testverzoek (anonimiteit, informed consent en een deskundige begeleiding) belangrijk acht;
3. *algemene opvattingen over een prétest gesprek*. Op een 7-puntschaal (1=zeer zeker niet tot 7=zeer zeker wel) is aangegeven in hoeverre men: 1. de gekregen informatie voldoende vindt; 2. eigenlijk meer bedenktijd nodig had; 3. door het gesprek overtuigd is dat men risico gelopen heeft; 5. nu nog twijfelt over het besluit zich te laten testen;
4. *verbeteringen wat betreft negen aspecten van de serviceverlening* (informatieverstrekking, privacy, bedenktijd, keuzemogelijkheid voor mannelijke/vrouwelijke hulp verlener, zonder afspraak getest kunnen worden enz.) rondom een HIV-testverzoek. Op een 7-puntschaal is aangegeven in hoeverre men verbetering van het betreffende aspect noodzakelijk acht (1=zeer zeker niet tot 7=ja zeer zeker).
5. *redenen om met een HIV-testverzoek niet naar de eigen huisarts te gaan*. Op een 7-puntschaal (1=zeer zeker niet tot 7=zeer zeker wel) is aangegeven in hoeverre acht mogelijke redenen (onvoldoende deskundigheid, schaamte, afkeuring seksueel gedrag enz.) een rol hebben gespeeld bij de beslissing niet naar de huisarts te gaan. Tevens is gevraagd of men de huisarts op de hoogte stelt in geval er sprake zou zijn van een positieve dan wel negatieve testuitslag en welke redenen men heeft om de

huisarts al dan niet op de hoogte te brengen.

Resultaten

Sociaal demografische en individuele kenmerken

De totale groep respondenten bestaat uit 134 vrouwen (41%) en 192 mannen (59%). De helft van de onderzoeksgroep zit in de leeftijdsklasse 24-35 jaar. De gemiddelde leeftijd bedraagt 31 jaar, variërend van 17 tot 75 jaar. Er bestaat geen samenhang tussen leeftijd en het geslacht van mensen met een HIV-testverzoek. Het merendeel van de respondenten heeft de Nederlandse nationaliteit (95%). Iets meer dan de helft van de respondenten (53%) heeft een hogere opleiding gevolgd, 20% heeft voortgezet onderwijs (MMS, HBS, VWO) genoten, 20% heeft een middelbare algemene of een middelbare beroepsopleiding (MULO, MEAO) voltooid en de overige deelnemers aan het onderzoek (7%) hebben alleen lager algemeen of lager beroepsopleiding gevolgd. Twee derde van de respondenten (69%) verricht betaalde arbeid. Van de respondenten die geen betaalde arbeid verrichten (N=135), is het merendeel student (48%) of werkloos (22%) dan wel arbeidsongeschikt (9%).

In totaal geeft 23% van de mannelijke respondenten te kennen in het afgelopen jaar seksueel contact te hebben gehad met mannen en zeven mannelijke respondenten hebben seksueel contact met zowel mannen als vrouwen gehad. Vijfendertig respondenten (11%) maken melding van prostitutiecontacten in het afgelopen jaar (prostituanten, N=23; prostituees, N=12)

Redenen om niet naar de huisarts te gaan

De inventarisatie van redenen om met een HIV-testverzoek niet naar de huisarts te gaan, levert een gedifferentieerd beeld (zie tabel 1).

Tabel 1. Redenen om niet naar de huisarts te gaan met een HIV-testverzoek.

Redenen	Percentage (%)
* Huisarts mag niet op de hoogte komen van de testuitslag	42
* De gedachte dat de familie op de hoogte komt van het HIV-testverzoek	32
* Schaamte	16
* De huisarts mag niet op de hoogte komen van het seksueel verleden	14
* Vermeende ondeskundigheid	11
* Angst voor afkeuring van seksueel gedrag	8

n.b.: de tabel telt niet op tot 100%

Mannen geven vaker dan vrouwen aan dat: 1. de huisarts niet op de hoogte mag komen van de testuitslag ($F=5.3$, $p<.02$); 2. schaamte een rol speelde ($F=4.6$; $p<.03$); 3. de huisarts niet op de hoogte mag komen van het seksueel gedrag van de betrokkene ($F=5.5$; $p<.02$) en 4. dat familie/gezinsleden anders op de hoogte zouden komen van de HIV test ($F=7.9$; $p<.005$).

De wens dat de huisarts niet op de hoogte komt van de testuitslag is voor lager opgeleiden een belangrijker argument om niet naar de huisarts te gaan dan voor hoger opgeleiden ($F=2.8$; $p<.02$). Lager, middelbaar en hoger opgeleiden verschillen niet van elkaar wat betreft de overige redenen om niet naar de huisarts te gaan.

Het prétest gesprek bij GGD'en: image en algemene verwachtingen

Bij alle GGD'en en drempelvrije SOA-poliklinieken die aan het onderzoek hebben deelgenomen, vindt vóór afname van bloed een gesprek met een professionele hulpverlener plaats. Daarvan zijn niet alle personen met een HIV-testverzoek voldoende op de hoogte. Zo verwachtte bijna de helft van de personen met een HIV-testverzoek zonder gesprek direct op HIV-antistoffen te kunnen worden getest (42%), terwijl 8% niet wist of er een prétest gesprek zou gaan plaatsvinden. Van de respondenten die voor de afname van bloed wél een gesprek verwachtten ($N=160$), vermoedde 50% dat een prétest gesprek minder dan 25 minuten zou gaan duren (gemiddeld verwachte duur = 18 min.). in werkelijkheid duurde het prétest gesprek gemiddeld 23 minuten met een sociaal verpleegkundige (minimaal 5 min. tot maximaal 120 min.) en met een arts 17 minuten (minimaal 1 min. tot maximaal 70 min.). Als men met zowel een arts als een verpleegkundige een gesprek heeft gehad, duurde het gesprek met de arts gemiddeld 10 minuten en met de verpleegkundige gemiddeld 15 minuten. Bij vrouwen duurt het prétest gesprek gemiddeld 5 minuten langer dan bij mannen ($F=5.9$; $p<.04$). Ook duurt het prétest gesprek bij mensen die denken mogelijk besmet te zijn vanwege intra-veneus druggebruik gemiddeld 20 minuten langer dan bij degenen die deze oorzaak voor een eventuele HIV-besmetting niet vermelden ($F=8.0$; $p<.001$). Overige oorzaken voor een eventuele HIV-besmetting en motieven voor een HIV-testverzoek tonen geen samenhang met de duur van het prétest gesprek.

De meeste personen met een HIV-testverzoek vinden het belangrijk tot zeer belangrijk dat er een mogelijkheid bestaat om anoniem getest te kunnen worden (77%), dat men schriftelijke toestemming moet geven voor het uitvoeren van een HIV-test (57%) en dat men vooraf met een deskundige kan praten (82%) over een HIV-test.

In het algemeen vindt men de verkregen informatie wel voldoende om te beslissen zich al dan niet te laten testen. Toch vindt nog altijd 12% de verstrekte informatie zéér onvoldoende en slechts 15% is door het gesprek overtuigd géén risico op een HIV-besmetting te hebben gelopen (maar laat zich wel testen).

Bij de meeste GGD'en en drempelvrije SOA-poliklinieken vindt direct na afloop van het prétest gesprek afname van bloed plaats. Dat men in het algemeen niet meer bedenktijd nodig heeft, wordt duidelijk als een zéér gering aantal mensen met een HIV-testverzoek (2%) aangeeft meer tijd te willen hebben om te beslissen zich al dan niet op HIV te laten testen.

Bijna alle respondenten (98%) zijn na het prétest gesprek op antistoffen tegen HIV onderzocht; slechts 2% twijfelt over het besluit zich te hebben laten testen.

Verbeteringen in servicekenmerken

Naast de inhoud van een prétest gesprek kunnen externe omstandigheden (procedures, organisatie en (inhoudelijk) beleid) een rol spelen bij de tevredenheid over prétest counselling. De resultaten tonen dat men in het algemeen tevreden is over de aanwezigheid van diverse servicekenmerken. Toch wil een minderheid van de respondenten nog verbetering in een aantal servicekenmerken (zie tabel 2).

Tabel 2. Percentage respondenten dat verbetering wil in servicekenmerken

Servicekenmerken	Percentage (%)
* Keuzemogelijkheid voor een mannelijke of vrouwelijke arts	25
* De privacy voor het voeren van gesprekken	14
* Telefonische informatieverstrekking	12
* Meer inspraak bij de beslissing getest te worden	10
* In de informatieverstrekking via folders	11
* De mogelijkheid om tijdens het gesprek vragen te stellen	8
* Meer bedenktijd en overleg	5

n.b.: de tabel telt niet op tot 100%

Nog altijd 27% wil zonder afspraak getest worden en 28% wil zonder gesprek getest kunnen worden. Mensen met een lagere opleiding (LTS, LEAO e.d.) geven sterker aan dan degenen met middelbaar algemeen onderwijs of een middelbare beroepsopleiding dat zij zonder gesprek op HIV getest willen worden ($F=2.9$; $p<.03$). De behoefte om zonder afspraak getest te kunnen worden hangt niet samen met leeftijd, geslacht, seksuele gedragsvoorkeur, gepercipieerde oorzaken en motieven voor een HIV-test.

De huisarts op de hoogte stellen van de testuitslag

Meer dan de helft van de respondenten (63%) zegt de huisarts op de hoogte te zullen

brengen in geval er sprake zou zijn van een seropositieve testuitslag terwijl de overige respondenten de huisarts niet op de hoogte willen brengen bij een seropositieve testuitslag. Redenen om de huisarts wél of niet op de hoogte te brengen van een seropositieve testuitslag zijn in tabel 3 vermeld.

Tabel 3. Redenen om de huisarts wel of niet op de hoogte te brengen van een seropositieve testuitslag.

Redenen	Percentage (%)
Huisarts wél op de hoogte brengen	
* I.v.m. toekomstige behandeling van klachten	37
* Psychische begeleiding gewenst	8
* Noodzakelijk vanwege contact met hulpverleners	8
* Veiligheid	4
* Overige uiteenlopende argumenten	18
Huisarts niet op de hoogte brengen	
* Afwachten tot symptomen optreden	26
* Gewenste anonimiteit	20
* Geen contact met een huisarts	20
* Niet noodzakelijk	14
* Vermeende ondeskundigheid	5
* Overige uiteenlopende argumenten	15

n.b.: de tabel telt niet op tot 100%

Discussie

De Nederlandse reactie op AIDS onderscheidt zich internationaal door de waarde die wordt gehecht aan zelfbeschikking, privacy en eigen verantwoordelijkheid van de burger en het uitblijven van aanvankelijk gevreesde maatschappelijke ongewenste reacties (Reinking, Postma, Albers, Boom en Jager, 1992). Anonieme testplekken zijn dan ook ontstaan om deze waarden en normen te kunnen handhaven. Dat deze anonieme testplekken in een behoefte voorzien, wordt duidelijk zichtbaar bij het gegeven dat schaamte, afkeuring seksueel gedrag, de wens dat de HIV-testuitslag ook onbekend blijft voor zowel de huisarts als de familie de belangrijkste redenen zijn om niet naar de huisarts te gaan. Ook het ervaren belang van anonieme testmogelijkheden en de vermeende ondeskundigheid van de huisarts op het terrein van de HIV-problematiek zijn, althans op

dit moment, aanwijzingen voor de noodzaak van het bestaan van alternatieve testplekken. Deze bevindingen komen overeen met de rol van service-kenmerken bij de keuze voor een hulpverlener onder personen met een vermoeden van een Seksueel Overdraagbare Aandoening (SOA) (Leenaars, Rombouts en Kole, 1993). Ook onder een groep middelbare scholieren speelde de gewenste anonimiteit een belangrijke rol bij de beslissing niet naar de eigen huisarts te zullen gaan (Leenaars, Rombouts, Lammerdin en Zwetsloot, 1992). Ondanks de informatieverstrekking over de aanwezigheid van pré- en posttest counselling is het opmerkelijk dat bijna de helft van de ondervraagden verwachtte zonder gesprek getest te kunnen worden. Daarnaast wil ruim een kwart ook zonder gesprek een HIV-test laten verrichten. Het vermoeden dat de wens zonder gesprek getest te kunnen worden te maken heeft met motieven voor een HIV-testvraag wordt echter niet bevestigd. Dat bijna alle onderzochte respondenten ook daadwerkelijk getest zijn op antistoffen tegen HIV heeft ogenschijnlijk te maken met het gegeven dat de beslissing om zich al dan niet te laten testen al vóór het prétest gesprek, na een telefoongesprek, wordt genomen (Oliehoek, Leenaars en Schrijvers, 1992).

In Nederland is het streven erop gericht een testbeleid te ontwikkelen waarin het zelfbeschikkingsrecht van het individu is gekoppeld aan maximale informatie over de test (Kastelein, 1991). Dat toch nog een aanzienlijk percentage van de ondervraagden de verstrekte informatie onvoldoende vindt, wordt nog eens ondersteund door het gegeven dat één op de tien ondervraagden ook verbetering wil ten aanzien van de informatieverstrekking via de telefoon en via folders. De meeste respondenten zijn door het gesprek niet sterk overtuigd dat ze een risico op een HIV-besmetting gelopen hebben, terwijl bijna geen enkele ondervraagde aangeeft meer bedenktijd te willen hebben.

Nog altijd een aanzienlijk percentage van de mensen met een HIV-testverzoek wenst verbeteringen in omstandigheden waaronder een HIV-test plaatsvindt. Zo verdient het aanbeveling om (nog) meer aandacht te besteden aan de informatieverstrekking via telefoon en folders. Bovendien is het raadzaam om bij een prétest gesprek privacy te garanderen door enerzijds een zodanige inrichting van de wachtruimten en gesprekskamers te creëren zodat onderlinge contacten worden vermeden en anderzijds door bij de organisatie rondom een HIV-testverzoek rekening te houden met de gewenste anonimiteit. Naast het belang om ten behoeve van pré- en posttest counselling zowel vrouwelijke als mannelijke hulpverleners in dienst te hebben, is het raadzaam om tijdens het prétest gesprek aan de HIV-testvrager meer ruimte te bieden voor het stellen van vragen.

Gezien het gegeven dat meer dan een kwart van de respondenten zonder gesprek getest wil worden, is het gewenst om vooraf, eventueel tijdens een telefoongesprek na te gaan in hoeverre de betrokken persoon wel een prétest gesprek wil hebben en de potentiële cliënt te wijzen op het belang van een prétest gesprek.

Toch nog een aanzienlijk percentage van de ondervraagden wil de huisarts niet op de hoogte brengen van een mogelijke seropositieve uitslag. Gezien de centrale rol van de

huisarts bij vroegtijdige interventies (NCAB, 1990) verdient het aanbeveling om tijdens een posttest gesprek meer nadruk te leggen op de mogelijkheid om eventueel een alternatieve (nieuwe) huisarts te benaderen. Ook is het gewenst erop te wijzen dat de huisarts geheimhoudingsplicht heeft. Zowel een negatieve als een positieve uitslag worden mondeling aan de betrokken persoon medegedeeld. In geval er sprake is van een HIV-seropositieve uitslag is het tevens wenselijk om de directe toekomst van de persoon in kwestie te structureren (SOA-Stichting, 1991) waarbij de volgende aspecten van de zorgverlening aan bod kunnen komen: verder opvang en bereikbaarheid, schriftelijke informatie over opvangmogelijkheden, eventueel directe doorverwijzing naar een crisiscentrum en de noodzaak van vervolgesprekken.

Concluderend kan gesteld worden dat de aanwezigheid van anonieme testplekken gerechtvaardigd is en dat men bij de ontwikkeling van alternatieve testplekken rekening moet houden met diverse servicekenmerken die anonimiteit waarborgen.

Summary

Why do individuals visit a STD-clinic or Municipal Health Service and not their general practitioner for a HIV-request?

The purpose of this study was to investigate why individuals do not visit their general practitioner (GP) for a HIV-request, what they expect of the health care delivery when asking for a HIV-test and which services they want to improve.

In total 326 persons with a HIV-request at Municipal Health Services (MHSs) and STD-clinics entered the study. The taboo surrounding a HIV-infection (shame and embarrassment) and presumed unprofessionalism are reasons for not asking a HIV-test from their GP. Almost half of the individuals expected to be tested without pretest counselling and more than one quarter stated explicitly that they wanted to be tested without pretest counselling. Most individuals find the existence of anonymous test facilities very important for themselves. Some individuals want improvements in: the delivery of information about HIV-infection, the privacy aspects of pretest counselling and they also want more participation in the decision to be tested. More than one third of the individuals do not want their GP to get informed about a HIV-seropositive test result.

In conclusion, the existence of anonymous test facilities is necessary and therefore it is recommended that with developing HIV-test facilities, health care providers should take into account specific service attributes which guarantee anonymous treatment.

Literatuur

- Kastelein, W.R. (1991). Enige juridische aspecten, waaronder informatie en toestemming, bij het testen op HIV-infectie in verband met vroegtijdige interventie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 135: 951-954.
- Leenaars, P.E.M., R. Rombouts en G. Kok (1993). Service attributes and the choice for STD health services in persons seeking a medical examination for a STD. *Social Science & Medicine*, in press.
- Leenaars, P.E.M., R. Rombouts, A.G. Lammerdin en L.M. Zwetsloot (1992). Consumentengedrag van middelbare scholieren bij vermoeden van een Seksueel Overdraagbare Aandoening. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 70: 95-102.
- Lierop, G.S. van, H. Houweling, L.G. Wiessing en J.N. Katchaki (1992). *Surveillance van HIV-infecties*

- in de regio Arnhem; deel 2: monitoring van laboratoriumdiagnostiek naar HIV-infecties, april 1989-juni 1991.* RIVM, Bilthoven.
- Moons, M.A.W. en L. Peters (1990). Huisarts en vragen over AIDS. *Medisch contact*, 36: 1055-1057 (1990).
- Nationale Commissie AIDS Bestrijding (1990). *Vroegtijdige interventie bij personen met een HIV-infectie.* NCAB, Amsterdam.
- Nijhuis, H.G.J. en I. Verkade-Burger (1987). Vragen over AIDS op het spreekuur. *Epidemiologisch Bulletin*, 22: 26-28.
- NIVEL (Nederlands Instituut Voor Onderzoek van de Eerste Lijns Gezondheidszorg) (1992). *Continue morbiditeitsregistratie peilstations Nederland 1991.* NIVEL, Utrecht.
- Oliehoek, A.J.M., P.E.M. Leenaars en A.J.P. Schrijvers (1992). *Hulpaanbod bij een HIV testverzoek.* Interne publicatie. Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie, Rijksuniversiteit, Utrecht.
- Reinking, D.P., M.J. Postma, C.E.S. Albers, F.M.L.G. van den Boom en J.C. Jager (1992). *AIDS in Nederland tot 2000: epidemiologische, sociaal culturele en economische analyse.* Stuurgroep toekomstscenario's gezondheidszorg. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Rooyen, D.P. van (1989). Individuele besluitvorming rond het testen op antistoffen tegen HIV, een model voor prétest counselling. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 7/8: 800-811.
- SOA-Stichting (1991). *Handboek SOA: een losbladig systeem over primaire en secundaire preventie van Seksueel Overdraagbare Aandoeningen.* SOA-Stichting, Utrecht.
- Wigersma, L., A.M. Heynen, 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.