



Briefrapport 215031004/2009

C. Koornneef | A. de Boer | M. v.d. Sande

# Evaluatie Regeling Aanvullende Curatieve Soa-bestrijding

December 2008

RIVM briefrapport 215031004

Evaluatie  
Regeling  
Aanvullende Curatieve Soa-bestrijding

C. Koornneef, A.S. de Boer, M.A.B. van der Sande

RIVM-Centrum Infectieziektebestrijding

December 2008

# Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
1. Inleiding.....	4
2. Methoden.....	7
3. Spreiding en laagdrempeligheid.....	8
3.1 Spreiding.....	8
3.2 Aantal soa consulten.....	9
3.3 Capaciteit soa-poli's en wachtlijsten.....	9
3.4 Medicatie.....	11
4. Gebruik door de doelgroepen.....	12
4.1 Consulten naar indicatiecriterium.....	12
4.2 Hoogrisicogroepen en kwetsbare groepen.....	15
4.3 Effect van invoering eigen risico in zorgverzekering.....	16
5. Testbeleid.....	17
5.1 Uniform testbeleid.....	17
5.2 Diagnostiek aanvragen.....	18
6. Samenhang curatie en preventie.....	21
7. Samenwerking en uitvoering in structuur met 8 regio's.....	23
8. Financiële vergoeding.....	24
8.1 Is de vergoeding kostendekkend?.....	24
8.2 Vergoeding per gevonden soa.....	25
8.3 Kosten.....	25
8.4 In 2011: financiering uit het gemeentefonds?.....	26
9. Conclusies en aanbevelingen.....	27
9.1 Spreiding en laagdrempeligheid van soa-zorg voorzieningen.....	27
9.2 Gebruik door de doelgroepen.....	27
9.3 Testbeleid.....	29
9.4 Samenhang curatie en preventie.....	29
9.5 Samenwerking en uitvoering in structuur met 8 regio's.....	30
9.6 Financieringsmodel.....	30
Bijlage 1: Coördinerende GGD'en en soa-centra.....	31
Bijlage 2: Stuurgroep aanvullende curatieve soa-bestrijding.....	33
Bijlage 3: Concept opzet evaluatie ACS-regeling.....	34
Bijlage 4: Verslag evaluatie Aanvullend curatieve soa-zorg.....	37
Bijlage 5: Aantal consulten naar risicogroep.....	39
Bijlage 6: Aantal consulten naar regio.....	41
Bijlage 7: Orale gonorrhoe en chlamydia.....	42
Bijlage 8: Overzicht van de CTG tarieven.....	43
Bijlage 9: Standpunt adviescommissie Actief testen en counselen.....	44

## Voorwoord

Voor u ligt het verslag van de evaluatie van de Regeling Aanvullende Curatieve Soabestrijding (ACS-regeling). Deze regeling beoogt seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) vroegtijdig op te sporen en te behandelen om verspreiding van soa te voorkomen.

Bij de evaluatie gaat het erom in hoeverre de regeling aan de doelstellingen beantwoordt:

- een laagdrempelige voorziening
- voor kwalitatief goede soa-zorg
- gericht op hoog risicogroepen (die door de reguliere zorg moeilijk bereikt worden met een verhoogd risico op soa (door gedrag en/of sociale kwetsbaarheid))

In de evaluatie komen verschillende aspecten van de ACS-regeling aan de orde:

- a. Spreiding en laagdrempeligheid
- b. Gebruik door de doelgroepen
- c. Gevonden soa per doelgroep en regio
- d. Testbeleid
- e. Samenhang curatie en preventie
- f. Samenwerking en uitvoering in structuur met 8 regio's
- g. Financieringsmodel

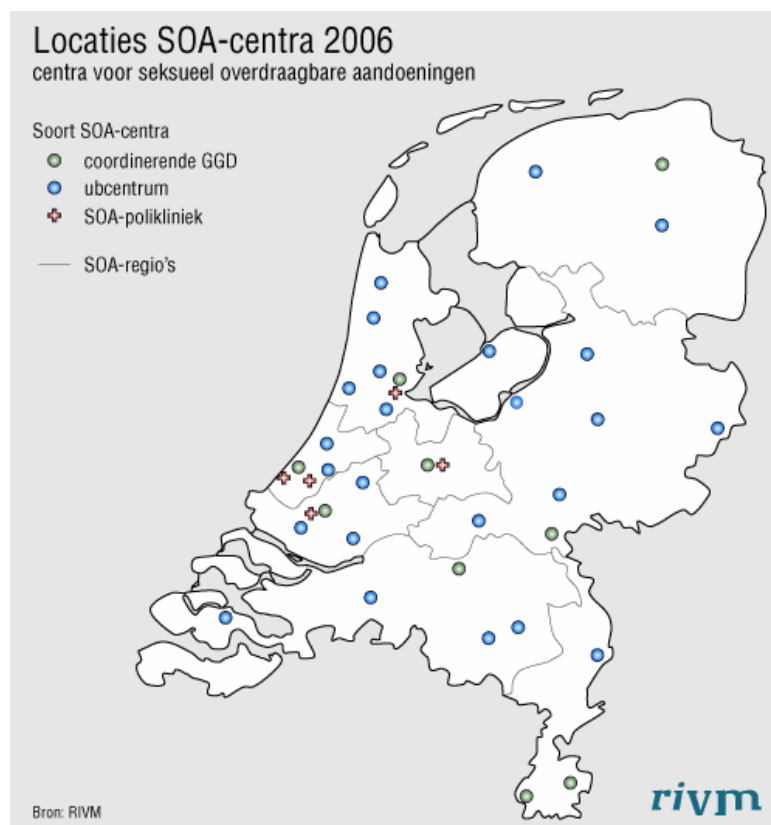
In hoofdstuk 1, Inleiding, wordt de ACS-regeling toegelicht. In hoofdstuk 2, Methoden, wordt toegelicht hoe de evaluatie is uitgevoerd. In hoofdstuk 3 t/m 8 worden per aspect van de regeling de resultaten beschreven en besproken, en staan de conclusies die het RIVM/CIb uit deze resultaten trekt. Ten slotte staan in hoofdstuk 9, Conclusies en aanbevelingen, een algemeen oordeel over de ACS-regeling, conclusies over de verschillende aspecten van de regeling en aanbevelingen die het RIVM/CIb op grond daarvan aan VWS doet.

# 1. Inleiding

Soa inclusief hiv zijn een belangrijk volkgezondheidsprobleem in Nederland. Overdracht van soa vindt met name plaats in doelgroepen met een hoog risicogedrag en in sociaal kwetsbare groepen. De toename van het aantal soa consulten en diagnoses, de pluriforme organisatie en de behoefte aan een landelijk dekkend netwerk met een passende financieringssysteem hebben bijgedragen tot de totstandkoming van de ACS-regeling die per 1 januari 2006 is ingegaan. Het ministerie van VWS gaf het RIVM/CIB de opdracht om een netwerk van 8 coördinerende GGD'en op te zetten om deze regeling uit te voeren. De coördinerende GGD'en zijn:

1. GGD Regio Nijmegen: Regio Oost
2. GGD Rotterdam-Rijnmond: Regio Zuid-Holland Zuid
3. GGD Hart voor Brabant: Regio ZeeBra
4. GGD Amsterdam: Regio Noord-Holland/Flevoland
5. GGD Zuid Limburg: Regio Limburg
6. GG&GD Utrecht: Regio Utrecht
7. GGD Den Haag, Dienst OCW: Regio Zuid-Holland Noord
8. Hulpverleningsdienst Groningen: Regio Noord Nederland

In bijlage 1 staat welke soa centra door de coördinerende GGD werden gecoördineerd. In figuur 1 staan de locaties van de soa centra in 2006.



Aanvullende curatieve soa-bestrijding wil zeggen dat de zorg een aanvulling is op het reguliere aanbod dat verstrekt wordt door huisartsen en specialisten. De regeling is bedoeld om een laagdrempelige voorziening voor kwalitatief goede soa-zorg te verschaffen, gericht op hoog risicogroepen, om soa vroegtijdig op te sporen, te behandelen en daarmee verdere verspreiding te voorkomen. Het gaat hierbij om een aanvullende regeling die gericht is op doelgroepen die door de reguliere zorg moeilijk bereikt worden en een verhoogd risico op soa

hebben door gedrag en/of sociale kwetsbaarheid. Dit doel is aangekondigd door het ministerie van VWS in een beleidsbrief van 22 september 2003 en is voor het eerst gepubliceerd in de Staatscourant op 19 september 2005.

Doelgroepen die van de ACS-regeling gebruik kunnen maken staan in tabel 1. Mensen met een laag risico op soa met hulpvragen betreffende hiv en andere soa moeten verwezen te worden naar de huisarts.

Tabel 1. Criteria van de indicatiestelling vanaf 1 juli 2007 voor doelgroepen van de ACS-regeling

Mannen die seks hebben met mannen (MSM)
Prostituee (betaalde seks in de laatste 6 maanden)
Prostituant (betaalde seks in de laatste 6 maanden)
Afkomstig uit een soa-endemisch gebied (Suriname, Nederlandse Antillen, Turkije, Marokko, Afrika overig, Zuid-Amerika overige, Azië, Oost Europa)
Mensen met soa-gerelateerde klachten
Jongeren tot 25 jaar
Gewaarschuwd (door partner) en/of verwezen in verband met een soa
Mensen met veel wisselende contacten (drie of meer partners in de laatste 6 maanden)
Anonimiteit (mensen die persé anoniem willen blijven of geen toegang hebben tot de reguliere zorg)
Mensen met een partner uit de doelgroep MSM, prostituee, prostituant, soa-endemisch gebied

Met deze laagdrempelige voorziening voor hoog risicogroepen is ook gekozen voor een vernieuwde financieringsstructuur die past bij de doelstelling en tegelijk efficiënte zorg stimuleert. Een belangrijke component van de ACS-regeling is dat door uit te keren per gevonden soa, de GGD'en worden gestimuleerd om in de juiste risicogroepen te zoeken en om zoveel mogelijk soa op te sporen. Dit komt de effectiviteit van de soa-bestrijding ten goede. Het ministerie wilde zich in de nieuwe subsidieregeling op advies van de kwaliteitswerkgroep Aanvullende Curatieve Soa-bestrijding beperken tot financiering van kosten die samenhangen met het opsporen en behandelen van vijf belangrijke soa met ernstige risico's voor de volksgezondheid. De ACS-regeling richt zich dan ook op de vroegopsporing van chlamydia, gonorrhoe, syfilis, hiv en hepatitis B. In concreto geldt voor financiële vergoeding:

1. Per gevonden soa in een consult bij iemand uit een vastgestelde doelgroep waarbij minimaal op gonorrhoe, chlamydia en syfilis getest is wordt €617,68 uitgekeerd aan de GGD. Dit geldt voor de volgende soa:
  - gonorrhoe,
  - chlamydia (inclusief LGV),
  - syfilis (lues 1,2 en latens recens),
  - hiv en
  - hepatitis B
2. Per consult wordt sinds 1-1-2008 €136 uitgekeerd aan de GGD als minimaal op gonorrhoe, chlamydia en syfilis getest is, en alle surveillancedata geleverd zijn aan het RIVM/Cib conform vaststelling.
3. In de financieringsgrond 2 is verdisconteerd dat een op de vijf cliënten voor een soa op een extra lichaamslocatie getest wordt.
4. In de financieringsgrond 2 is verdisconteerd dat een op de tien cliënten op trichomonas of herpes getest wordt.
5. Voorheen kwamen alle bezoekers van de soa-centra in aanmerking voor gratis HBV vaccinatie, waardoor geen aanvullende financiering voor HBV diagnostiek geïndiceerd was. Na evaluatie in van de opbrengst van dit programma in 2007 is besloten de criteria aan te scherpen, waardoor per 1-1-2008 niet alle bezoekers van

soa-centra meer in aanmerking komen voor vaccinatie (en daaraan gekoppelde diagnostiek).

## 2. Methoden

De ACS-regeling is geëvalueerd op basis van:

- Analyses van data van soa consulten bij de soa-peilstations over de periode 1 juli 2007- 1 juli 2008
- Semi-gestructureerde interviews met managers, artsen en verpleegkundigen van de coördinerende GGD'en en satelliet GGD'en in de periode april – september 2008
- Notulen van de stuurgroep ACS uit 2008<sup>1</sup>.
- Bespreking van de toegankelijkheid van de aanvullende curatieve soa-zorg in het landelijk preventieoverleg<sup>2</sup>

Voor deze evaluatie is in februari 2008 in overleg met VWS, GGD stuurgroep (GGD'en en GGD Nederland) en Soa Aids Nederland een opzet overeengekomen (bijlage 3). Voor de semi-gestructureerde interviews is deze opzet gebruikt als checklist. In de resultaten is niet beschreven wat de GGD'en zelf hadden uitgezocht over aan de regeling gerelateerde onderwerpen, omdat deze bevindingen niet te vertalen waren naar landelijke inzichten.

De data van soa consulten bij de soa-peilstations zijn afkomstig uit SOAP. SOAP bestaat sinds 1 april 2003 en is een registratiesysteem waarbij via internet voor elk consult direct in het landelijke databestand demografische gegevens, epidemiologische kenmerken, laboratoriumonderzoek en de diagnose wordt vastgelegd. Opgemerkt dient te worden dat data van de GGD Amsterdam in een aantal gevallen niet meegenomen zijn in de data-analyse over de soa consulten. Met het opstellen van de regeling en de invoering van SOAP is de GGD Amsterdam gestart met het aan elkaar verbinden van haar eigen EPD en het SOAP registratie systeem. De GGD Amsterdam is er nog niet in geslaagd om de twee registratiesystemen aan elkaar te koppelen. In nauw overleg tussen RIVM/Cib en GGD Amsterdam zijn er in oktober 2008 bindende afspraken gemaakt over de termijn waarop zij met terugwerkende kracht data leveren, gekoppeld aan de subsidieverlening 2009. De data worden nu handmatig overgezet naar SOAP en tot nu toe heeft het RIVM/Cib 2007 en het 3<sup>de</sup> kwartaal 2008 ontvangen. Voor de periode waar de evaluatie betrekking op heeft (1 juli 2007-1 juli 2008) zijn er echter geen volledige data van de GGD Amsterdam beschikbaar.

Om te komen tot conclusies en aanbevelingen is op 7 november 2008 een breed overleg gevoerd over de evaluatie van de ACS-regeling aan de hand van een conceptverslag. Aan dit overleg namen de coördinatoren van de 8 coördinerende GGD'en, VWS, Soa Aids Nederland en de bij het RIVM/Cib gedetacheerde soa-experts deel. Het verslag van dit overleg staat in bijlage 4. Het RIVM/Cib heeft vervolgens conclusies en aanbevelingen geformuleerd die aansluiten op de uitkomsten van deze bijeenkomst.

---

<sup>1</sup> De samenstelling van de Stuurgroep ACS staat in bijlage 2.

<sup>2</sup> Het landelijk preventieoverleg komt 4 keer per jaar bijeen voor afstemming van werkplannen, het leggen van verbinding tussen programma's en het delen van expertise. Deelnemende organisaties zijn: Soa Aids Nederland deelprogramma's: etnische minderheden, prostitutie & jongeren, Mainline, Schorer Stichting, Hiv vereniging en Cib.



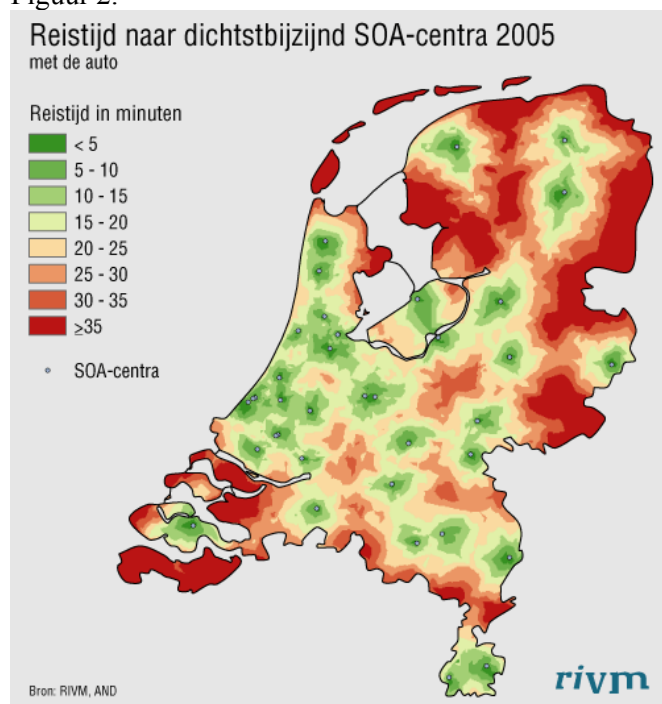
### 3. Spreiding en laagdrempeligheid

#### 3.1 Spreiding

Momenteel zijn er 30 soa-poli's in Nederland. Deze zijn veelal ondergebracht bij GGD'en, maar een aantal van deze poli's bevinden zich in ziekenhuizen of andere instellingen. Bij deze 30 zijn enkel die poli's meegeteld die rapporteren in het nationaal vastgestelde surveillancesysteem SOAP. Naast deze poli's zijn er locaties waar een aantal uren per week vanuit de GGD spreekuren gehouden worden. In totaal zijn er 50 plaatsen waar op reguliere basis spreekuren gehouden worden (bijlage 1).

Figuur 2 geeft de reistijd naar dichtstbijzijnde soa-centra in Nederland. Dit kan geïnterpreteerd worden als de geografische dekking van de soa-poli's in Nederland. De rode gebieden komen overeen met de gebieden van Nederland met een lage bevolkingsdichtheid waar de bewoners ook voor andere voorzieningen aangewezen zijn op steden op meer afstand. Opgemerkt dient te worden dat deze figuur de situatie in 2005 weergeeft. Inmiddels zijn ook in de roodgekleurde gebieden veelal spreekuurlocaties waar cliënten 1 of meerdere malen per week terecht kunnen (zie bijlage 1).

Figuur 2.



Volgens de geïnterviewden bij de GGD'en hebben de poli's een goede geografische dekking en voorziet het aanbod voldoende in de vraag. In de regio's Den Haag en Limburg wordt een aantal steden genoemd die opvallen doordat er geen poli is terwijl er wel aanzienlijke groepen cliënten vertegenwoordigd zijn op de poli in een naburige stad. Cliënten uit Zoetermeer en Delft zijn met grote aantallen vertegenwoordigd op de poli in Den Haag.

In Limburg zijn de steden Weert en Venray aangewezen op de poli van Roermond. De reden dat deze steden geen soa-poli voeren ligt in de keuzes van het gemeentebestuur en de plaatselijke GGD. In regio Oost is er juist voor gekozen om aan elke GGD een soa-poli te koppelen. Dit komt de bereikbaarheid ten goede, maar maakt het moeilijker om aan de eisen ten aanzien van de kwaliteit van zorg te voldoen.

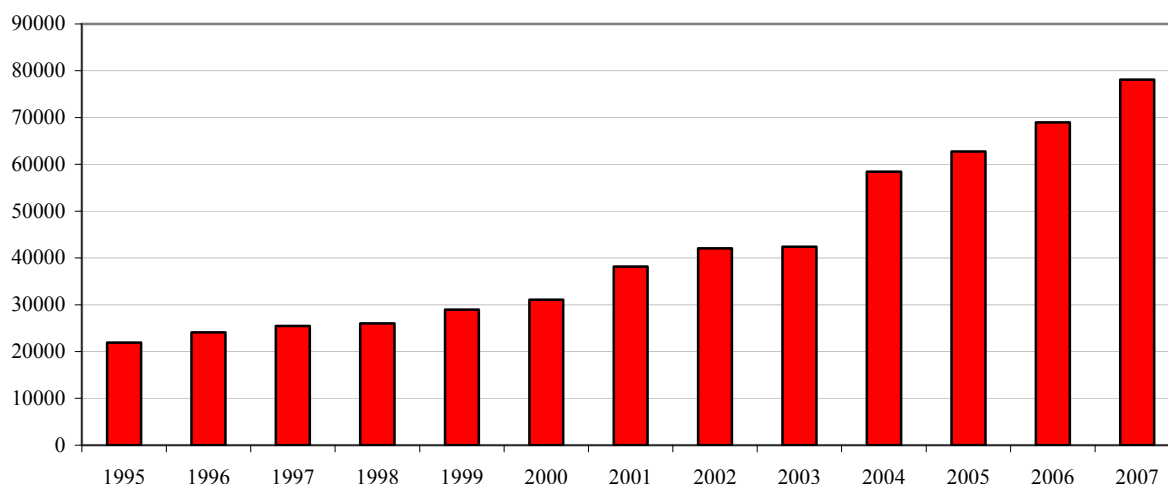
**Conclusie:**

De geografische spreiding van de GGD soa-poli's is voldoende.

### 3.2 Aantal soa consulten

Het aantal consulten dat plaats vindt op de poli's is sinds 1995 toegenomen van ruim 20.000 per jaar tot ongeveer 80.000 (figuur 3). Er zijn overigens geen aanwijzingen dat het hierbij om een verschuiving van consulten bij de huisartsen naar de soa-poli gaat. Ook op de huisartsen spreekuren is er een aanzienlijke toename geconstateerd van het aantal soa-gerelateerde consulten. Uit de voorlopige analyses van nog niet gepubliceerde data van NIVEL (LINH, huisartsensurveillance) van 2002 tot 2006 blijkt dat het aantal soa-gerelateerde consulten bij de huisarts met 64% is toegenomen, en het aantal soa diagnoses met 16%. Het vindpercentage blijft constant op de soa-poli's en neemt iets af bij de huisarts. Er is bij de huisartsensurveillance gekeken naar 4 van de 5 soa (chlamydia, syfilis, gonorrhoe en hiv, niet hepatitis B) en ook herpes, trichomonas (vrouwen), genitale wratten, en urethritis (mannen) (Ingrid van den Broek, persoonlijke mededeling).

Figuur 3: Aantal consulten in de soa registratie, 1995-2007<sup>3</sup>



### 3.3 Capaciteit soa-poli's en wachtlijsten

De meerderheid van de GGD'en geeft aan te maken te hebben met een overbelasting van de poliklinieken. Sinds de invoering van de ACS-regeling is de toeloop van cliënten dermate hoog dat er niet voldoende staf is om iedereen binnen de in het kwaliteitsprofiel vastgestelde maximale wachttijd te helpen. Volgens de huidige richtlijnen is de maximale wachttijd voor mensen met klachten 48 uur en de maximale wachttijd voor mensen zonder klachten 10 dagen (landelijk Kwaliteitsprofiel GGD-soa-poliklinieken).

Toch worden de lange wachttijden door geïnterviewden niet direct als een groot probleem beschouwd. Wat betreft cliënten met soa-gerelateerde klachten: zij kunnen namelijk wel altijd terecht en voor hen geldt dat de capaciteit van de poli's doorgaands voldoende is. Vervolgens worden cliënten veelal verder gedifferentieerd waardoor mensen met een hoog risico eerder

<sup>3</sup> Bron: 1995-2002: soa registratie, 2000\*: inclusief soa-poli van het Erasmus Medical Centre Rotterdam; 2003: implementatie SOAP-registratie, 2004-2007: SOAP-registratie

aan de beurt zijn dan mensen die minder risico gelopen hebben. Ook wordt de huisarts als alternatief aangewezen.

Doordat er samengewerkt wordt in de regio's is het daarnaast ook mogelijk dat cliënten doorverwezen worden naar een soa-poli bij een nabijgelegen GGD indien de dichtstbijzijnde poli geen plaats heeft. Een aantal poli's zoals in de regio Noord Nederland en Brabant maakt gebruik van een gezamenlijk callcenter, waardoor doorverwijzing naar een poli die wel ruimte heeft, vereenvoudigd wordt.

Bij veel GGD'en wordt gebruik gemaakt van consultdifferentiatie. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen hoog en laag risicosprekuren voor mensen die binnen de indicatiestelling vallen. Definities van wie een hoog en wie een laag risicocliënt is variëren daarbij per setting en per GGD. De meest eenduidige indeling betreft klachten- versus geen-klachten- spreekuur. Hoewel niet geheel uniform wordt ook de indeling hoog en laag risicosprekuren vaak gehanteerd, waarbij 'hoog' gaat over cliënten die binnen de indicatiestelling vallen, met uitzondering van de jongeren en de groep die anoniem getest wil worden.

De verschillende GGD'en rapporteren wachttijden voor klachten en hoog risicosprekuren van respectievelijk 0-48 uur en 0-7 dagen. Laag risico en/of 'geen klachten' spreekuren hebben wachttijden van gemiddeld 2 weken met uitschieters tot 8 weken. Een GGD probeert met een lange wachttijd klanten te ontmoedigen om zich op de soa-poli te laten testen en probeert hen zo te motiveren naar de huisarts te gaan. Het gaat daarbij om laag risicocliënten, in dit geval met name studenten, die volgens de GGD gekenmerkt moeten worden als "zekerheidszoekers" en daarmee (ondanks dat ze voldoen aan het criterium 'jongeren') niet tot de primaire doelgroep van de ACS-regeling gerekend kunnen worden.

In een eerdere studie (R. Sloot. Stageverslag: Evaluatie van het indiceringinstrument, juli 2008) schetsen de respondenten een minder gunstig beeld van de wachttijden. Van de 13 soa-poli's met een hoog risicosprekuren (hier gedefinieerd als klachten, MSM, prostituee en wisselende contacten) zeggen twee poli's geen wachttijden te hebben en 10 dit wel te hebben met een gemiddelde wachttijd van 5 dagen en een maximale wachttijd van 14 dagen. Van de 12 soa-poli's met een laag risicosprekuren, hebben 11 een wachttijd die gemiddeld 16 dagen duurde. Opnieuw zijn kanttekeningen te plaatsen bij welke criteria respondenten gebruiken voor hoog en laag risico.

#### **Bespreking:**

In het kwaliteitsprofiel GGD-soa-poliklinieken van maart 2008 is aangegeven dat patiënten met soa-gerelateerde klachten en gewaarschuwde contacten van indexpatiënten met een bewezen soa, tot uiterlijk de volgende werkdag in een soa-polikliniek dienen te worden gezien. Voor de overige indicaties stelt het kwaliteitsprofiel dat een wachttijd van twee tot maximaal tien werkdagen op de GGD-soa-polikliniek geldt.

De soa-poli's hebben geen tot nauwelijks wachttijden voor mensen met een hoog risico. Ze voldoen daarmee voor het merendeel aan de huidige kwaliteitseisen voor cliënten met klachten. De door de GGD gemelde wachttijden voor cliënten die geen klachten of hoog risicogedrag rapporteren kunnen oplopen tot 8 weken. Dit geldt met name voor cliënten die enkel jong en/of anoniem zijn. Een wachttijd van enkele weken overschrijdt de maximale wachttijd beschreven in het landelijke Kwaliteitsprofiel GGD-soa-poliklinieken.

#### **Conclusies:**

- De wachttijden die gerapporteerd worden op de verschillende poli's zijn voor het merendeel conform de huidige kwaliteitseisen voor cliënten met klachten.
- De wachttijden voor cliënten die geen klachten of hoog risicogedrag rapporteren, zijn niet conform het landelijke Kwaliteitsprofiel GGD-soa-poliklinieken.

### 3.4 Medicatie

Medicatie voor de soa die binnen de ACS-regeling vallen wordt op de meerderheid van de GGD'en verstrekt. Een uitzondering hierop is medicatie voor syfilis: op kleine poli's waar het aantal patiënten met syfilis laag is, wordt geen medicatie verstrekt, maar worden patiënten hiervoor doorverwezen naar de apotheek. Voor behandeling van anogenitale infecties die niet binnen de ACS-regeling vallen, zoals Candida, wordt een cliënt door sommige GGD'en verwezen naar de huisarts. Een GGD arts geeft daarbij aan dat zij het betreurt dat de GGD'en geen volledige behandeling bieden en dat zij genoodzaakt zijn om hun cliënten door te verwijzen naar de huisarts. Dit wordt ervaren als niet cliëntvriendelijk, hetgeen de laagdrempeligheid niet ten goede zou kunnen komen.

**Bespreking:**

De ACS-regeling is bedoeld voor het vroeg opsporen van specifieke soa (chlamydia, gonorroe, syfilis, hiv en hepatitis B) en beoogt daarmee een aanvullende laagdrempelige voorziening te zijn voor hoog risicogroepen zodat de soa wordt behandeld en daarmee de transmissie wordt tegengegaan. Andere aandoeningen vallen niet binnen de doelstelling van de regeling, omdat deze als een minder groot volksgezondheidsprobleem gezien worden. Vanuit de optiek van de rijksoverheid die de regeling financiert, is laagdrempeligheid op zich niet voldoende reden voor financiering.

## 4. Gebruik door de doelgroepen

### 4.1 Consulten naar indicatiecriterium

Uit tabel 2 blijkt dat in de periode juni 2007-juni 2008 3632 (6,6 %) van de 55.192 cliënten aan geen enkel indicatiecriterium voor de ACS-regeling voldoen. De doelgroepen die relatief veel gebruik maakten van de ACS-regeling zijn cliënten die anoniem getest worden, jongeren onder de 25 jaar en cliënten met drie of meer partners in de laatste 6 maanden.

**Tabel 2 Opsplitsing van het aantal consulten per indicatiecriterium, juli 2007 - juni 2008 (zonder GGD Amsterdam)<sup>4</sup>**

<b>Criterium</b>	<b>Aantal cliënten dat aan bijbehorend criterium voldoet (%). N= 55192</b>	<b>Aantal cliënten dat alléén aan bijbehorend criterium voldoet en aan géén enkel ander criterium (%). N=55192</b>
<b>MSM</b>	6845 (12,4%)	196 (0,4%)
<b>Prostituee</b>	3056 (5,5%)	256 (0,5%)
<b>Prostituant</b>	2901 (5,3%)	204 (0,4%)
<b>Afkomstig uit een soa- endemisch gebied</b>	6479 (11,7%)	530 (1,0%)
<b>Partner uit doelgroep</b>	16136 (29,2%)	690 (1,3%)
<b>Klachten</b>	12314 (22,3%)	1128 (2,0%)
<b>Jong &lt;= 24 jaar</b>	23514 (42,6%)	3985 (7,2%)
<b>Gewaarschuwd</b>	5225 (9,5%)	316 (0,6%)
<b>Verwezen</b>	768 (1,4%)	15 (0,03%)
<b>Drie of meer partners in de laatste 6 maanden</b>	17085 (31,0%)	1361 (2,5%)
<b>Anonimiteit</b>	29055 (52,6%)	3974 (7,2%)
<b>Geen enkel criterium</b>	3632 (6,6%)	

Bijna alle GGD'en geven aan dat zij gebruik maken van de indicatiestelling, behalve GGD Noord Holland (Den Helder, Alkmaar en Schagen). In die regio is er voor gekozen iedereen toe te laten. De keuze van Noord Holland is gebaseerd op twee gronden, allereerst zijn zij van mening dat er op het platteland geen alternatieven zijn voor de huisarts waar veel cliënten

<sup>4</sup> Percentages tellen niet op tot 100% omdat cliënten in meerdere categorieën kunnen vallen.

liever niet heen willen (deze groep zou in de indicatie ‘anoniem’ kunnen vallen), ten tweede constateren zij een hoog vindpercentage ook in de groep die volgens de indicatiestelling niet tot de doelgroep behoort. Tot april hanteerde ook GGD Amsterdam de strategie dat alle mensen geholpen werden op de soa-poli. De GGD Amsterdam is hier echter wegens capaciteitsgebrek mee gestopt. In Utrecht en Rotterdam wordt gebruik gemaakt van indicering, maar in principe wijzen zij niemand af. Echter, wachttijden voor mensen die zeer weinig risico hebben gelopen kunnen oplopen tot 2 maanden.

In de interviews zijn door verschillende GGD'en knelpunten met betrekking tot de indicatiestelling genoemd, de meest gehoorde knelpunten zijn:

- De indicatiestelling is volgens veel artsen en verpleegkundigen erg ruim, bijna alle cliënten voldoen aan de indicatiestelling (met name het criterium anoniem). Ook cliënten die enkel een “zekerheidszoeker” zijn en daarmee volgens deze artsen en verpleegkundigen niet tot de doelgroep van de ACS-regeling horen, komen op de poli en kunnen ondergebracht worden onder de indicatie “wenst anoniem getest te worden”.
- Cliënten die afgewezen worden omdat zij niet binnen de indicatiestelling passen, bellen soms terug om alsnog met een criterium dat wel voorkomt in de indicatiestelling toch aangenomen te worden als cliënt (bijvoorbeeld niet eerder gemelde klachten).
- Cliënten in de plattelandsgemeenten die buiten de indicatiestelling vallen hebben geen alternatief dan hun huisarts waar zij wegens gebrek aan anonimiteit niet heen wensen te gaan. Zij geven dit echter niet aan als zij opbellen en worden daardoor geweigerd. Deze groep gaat wellicht niet alsnog naar hun huisarts en blijft dan met een eventuele soa rondlopen. Onbekend is of en, zo ja, hoe vaak dit voorkomt, en welke soa het dan zou betreffen.
- Cliënten die zekerheid zoeken, zouden minder vertrouwen hebben in de huisarts m.b.t. soa-onderzoek, samenhangend met het feit dat een huisarts minder testen verricht.
- Bij studenten worden er volgens de GGD'en over het algemeen weinig soa gevonden. Daarnaast zijn studenten geen kwetsbare groep en kunnen zij dus ook naar de huisarts ook al passen zij qua leeftijd binnen de indicatie “jong”.
- Bij jongeren die “zekerheidstesten” willen laten uitvoeren gaat het bij hun hulpvraag veelal niet om hoog risicogedrag maar om een garantie dat zij geen soa hebben wanneer ze een nieuwe relatie starten.
- ‘Pornosterren’ die maandelijks een “vrij”briefje komen halen en daarmee onrealistisch vrij van soa denken te zijn betreft een dermate kleine groep dat deze geen specifieke aandacht in landelijk beleid behoeft.
- Prostituees vormen een groep met een laag vindpercentage maar met een risicoberoep. Het aantal prostituees dat gebruik maakt van de soa-poli is laag, en/of weinig mensen rapporteren dat zij betaalde seks hebben. De meeste prostituees die geïndiceerd zijn in SOAP zijn benaderd via outreach en via de huiskamerprojecten waar een arts aanwezig is.
- Het is waarschijnlijk dat de ACS-regeling voor migranten niet goed toegankelijk is.

Uit de percentages gevonden soa per indicatiecriterium (tabel 1 en 2 in bijlage 5) blijkt dat bij MSM, cliënten afkomstig uit een soa-endemisch gebied, cliënten met klachten en gewaarschuwde en verwezen cliënten relatief vaak soa gediagnosticeerd worden. Bij cliënten jonger dan 25 jaar wordt relatief weinig een andere soa dan chlamydia gediagnosticeerd. Binnen de categorie jongeren is het vindpercentage het hoogst bij jongeren met klachten of wisselende contacten (tabel 3 in bijlage 5).

Uit de data per regio (bijlage 6) blijkt dat in Limburg, Zeeland en Brabant relatief veel bezoekers niet aan de indicatiecriteria voldoen (ca 10%). In de regio Oost en Utrecht voldoen

de meeste bezoekers aan de indicatiecriteria. Het percentage gevonden soa per regio is het hoogst in Zuid-Holland Zuid en Noord-Holland, en relatief laag in Utrecht.

De meerderheid van de GGD'en rapporteert in de interviews dat zij in het telefonisch contact met de cliënt eerst vraagt of deze cliënt naar de huisarts zou willen/kunnen gaan. Vervolgens hanteren de telefonistes een stroomdiagram waarmee cliënten die niet binnen de indicatiestelling passen afgewezen en doorverwezen naar hun huisarts worden. Bij de inloopsprekuren wordt deze verwijzing, indicering in mindere mate toegepast. Zodra een cliënt binnen is vinden de meeste geïnterviewden dat het niet ethisch verantwoord is iemand die de drempel heeft genomen naar de poli te komen af te wijzen.

#### **Bespreking:**

In de evaluatieperiode viel 6,6% van de cliënten niet binnen de indicatiestelling. Omdat het een beginnende regeling betreft die voor GGD'en soms opstartproblemen met zich mee heeft gebracht is het RIVM/Cib in de afgelopen jaren regelmatig coulant opgetreden als hiertoe een onderbouwd verzoek was. Het RIVM/Cib heeft aangekondigd naar de coördinerende GGD'en in een brief van oktober 2008 (wijzigingen SOAP registratie) de indicatiecriteria scherper te zullen hanteren bij de financiering van consulten.

Uit de vindpercentages blijkt dat alle groepen die op de soa-poli komen hoge vindpercentages hebben, het laagste is 8,7% (prostitutee) tabel 1 bijlage 5 . In totaal wordt bij 12,8% tabel 5 bijlage 6 van de bezoekers een soa gediagnosticeerd. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de juiste groepen op de poli komen. Bij bepaalde groepen is chlamydia de belangrijkste soa. De overweging om jongeren waar voornamelijk chlamydia gevonden wordt toch binnen de indicatiecriteria op te nemen is dat het vindpercentage van 9% voor chlamydia duidt op hoog risicogedrag (in vergelijking met de algehele populatie waar een prevalentie van 2-3% gevonden is) en een seksueel actieve groep.

Alleen voldoen aan het criterium 'wenst anoniem getest te worden' betekent nog niet dat er sprake is geweest van hoog risicogedrag en betekent ook niet dat iemand tot een kwetsbare groep behoort. Daarom behoren deze bezoekers van soa-poli's volgens het RIVM/Cib niet tot de doelgroep van de regeling. Dit criterium schept ook onduidelijkheid: met het huidige criterium 'wenst anoniem getest te worden' hebben de GGD'en de mogelijkheid om, zonder dat zij daarmee onrechtmatig handelen, bijna alle cliënten toe te laten op de poli. Daarentegen blijft het wel van belang om aan de bezoekers die op inhoudelijke criteria tot de doelgroep van de ACS-regeling behoren de mogelijkheid te geven om anoniem getest te worden.

Uit de meningen van GGD'en blijkt dat een aantal groepen gebruik zou willen maken van de regeling, maar niet binnen de indicatiestelling valt. Het RIVM/Cib is van mening dat de regeling op grond daarvan niet veranderd dient te worden, omdat het om een aanvullende regeling gaat. Groepen als zekerheidszoekers dienen, indien zij anoniem wensen te blijven, zelf de kosten voor soa-testen te betalen. Mensen die niet naar hun eigen huisarts willen gaan, zouden naar een andere huisarts kunnen gaan. Studenten blijven voornamelijk wegens hun leeftijd tot de risicogroepen horen. Voor bepaalde risicogroepen zoals jongeren, prostituties en migranten verdient het aanbeveling pilots te ontwerpen om te onderzoeken of ze beter bereikt kunnen worden. Indien een andere manier om jongeren te bereiken succesvol is, moet overwogen worden of het zinnig is deze groep te handhaven in de doelgroepen van de ACS-regeling.

Een kleine kanttekening is op zijn plaats bij het doorverwijzen van bezoekers van soa-poli's: tussen april en september 2008 is er bij GGD Hart van Brabant onderzoek gedaan naar doorverwijzingen (R. Sloot. Stageverslag: Evaluatie van het indiceringinstrument, juli 2008). Aan het onderzoek deden 34 cliënten mee. Op de vraag of cliënten na doorverwijzing van de GGD soa-poli nog contact hadden gezocht met de huisarts of een andere behandelaar geeft

32,4% (11 respondenten) aan dat zij dit niet gedaan hebben. Doorverwijzen naar andere behandelaars kan dus betekenen dat een eventuele soa niet behandeld wordt en is daarom geen optie bij mensen voor wie de ACS-regeling bedoeld is.

Uit de interviews met de GGD'en blijkt dat het voldoen aan een of meer van de indicatiecriteria soms geïnterpreteerd wordt als dat iemand dan recht heeft op een consult op basis van de ACS-regeling. Maar de bedoeling van de financieringsstructuur is juist om GGD'en te stimuleren zo gericht mogelijk hoog risicogroepen te bereiken en testen. De triagecriteria zouden eerder gezien moeten worden als een eerste schifting (wie daar niet aan voldoet hoort zeker niet binnen de ACS), waarna een meer inhoudelijke toets kan volgen: is hier inderdaad sprake van iemand met hoog risico die binnen de ACS-regeling gezien zou moeten worden. Diverse GGD'en geven ook aan die behoefte te hebben, en dat ze nu soms ervaren dat er 'de verkeerde mensen' komen. Kortom, het is de verantwoordelijkheid van de GGD deze mensen door te verwijzen, en niet toe te laten 'omdat ze nu eenmaal voldoen aan een of meer van de criteria'.

#### **Conclusies:**

- Gebruik van de ACS-regeling door alle doelgroepen blijft stijgen.
- Voor een klein deel, 6,6% van de bezoekers, bleek geen een van de vastgestelde indicatiecriteria aangegeven. Op basis van de beschikbare data is niet bekend of dit wegens onvolledige registratie is, of een niet goed uitgevoerd indiceringsstelsel.
- Het vindpercentage van bijna 13% uit de SOAP data duidt erop dat een overwegend hoog risicopopulatie gebruik maakt van de ACS-regeling. Er is echter geen inhoudelijk criterium wat een juist vindpercentage is. Het percentage gevonden soa varieert per indicatiecriterium (8,7%-31,9%) en in geringere mate per regio (9,2-14,7%) .
- Bereik van sommige specifieke risicogroepen door de soa-poli (prostituees, migranten) lijkt suboptimaal.
- Bij de meeste cliënten voor wie het indicatiecriterium is 'jong zijn', of 'anoniem getest willen worden', of 'heteroseksueel zijn en 3 of meer partners gehad hebben in de laatste 6 maanden' en die niet voldoen aan andere indicatiecriteria, wordt voornamelijk chlamydia gediagnosticeerd.
- Mensen die anoniem getest willen worden zonder verder gerapporteerd risicogedrag vallen niet binnen de inhoudelijke doelstelling van de regeling. Mensen die wel binnen de doelstelling vallen, kunnen op verzoek wel anoniem getest worden.
- Het vallen binnen de doelstelling is een eerste toetsing. Indien de GGD beoordeelt dat een cliënt geen hoog risico heeft, is de GGD niet verplicht deze persoon te zien, maar kan deze persoon worden verwezen. De regeling beoogt GGD'en te stimuleren zich zo veel mogelijk te richten op degenen met het hoogste risico.

## **4.2 Hoogrisicogroepen en kwetsbare groepen**

Groepen met een hoog risico op soa zijn af te leiden uit de percentages gevonden soa per indicatiecriterium (bijlage 5): bij MSM, cliënten afkomstig uit een soa-endemisch gebied en cliënten met klachten en gewaarschuwde en verwezen cliënten worden relatief vaak soa gediagnosticeerd. GGD'en benoemen de volgende kwetsbare en hoog risicogroepen tijdens de interviews:

- Druggebruikers
- Prostituees
- Jongeren
- Bevindelijk gereformeerden (Bible belt)
- MSM
- MSM met "gevaarlijke seks"



- Swingers
- Hiv positieven
- (Getrouwde) biseksuelen
- Buitenlanders (ook Belgen en Duitsers)
- Studenten
- Migranten
- Laag opgeleide jongeren

Een nieuwe groep met hoog risicogedrag zijn de ‘swingers’. Swingers zijn heteroseksuele stellen die seks hebben met meerdere andere heteroseksuelen. Het is niet geheel duidelijk wat de heterogeniteit is van de groep mensen die zich als swingers manifesteert. Doordat zij meestal 3 of meer partners in het afgelopen half jaar hadden, valt deze groep binnen de indicatiestelling en kan dus op de soa-poli’s gezien worden.

Naast hoog risicogroepen spreken we van kwetsbare groepen. Dit zijn groepen met een lage toegang tot gezondheidszorg door specifieke kenmerken. Tot kwetsbare groepen kunnen jongeren, prostituees en druggebruikers gerekend worden.

De organisatie Mainline geeft aan dat druggebruikers de soa-poli wel weten te vinden, maar dat ze zich zorgen maken over de te volgen behandeling en zorg indien zij een positieve uitslag zouden krijgen. Met name patiënten die alcohol gebruiken maken zich er zorgen over dat hun gebruik een contra-indicatie vormt voor medicatie. Zij denken dat indien zij hun druggebruik niet staken, zij niet voor behandeling in aanmerking komen, met name als het gaat om leverziekten. Het is niet altijd duidelijk dat het vaak wel mogelijk is om druggebruikers te behandelen.

### **4.3 Effect van invoering eigen risico in zorgverzekering**

Het is mogelijk dat het aantal cliënten op soa-poli’s toeneemt door de invoering van het eigen risico van €150 dat zorgverzekeraars per 1 januari 2008 hebben ingevoerd.

Momenteel geven de meeste GGD’en aan dat er geen indicatie is dat het aantal cliënten stijgt door de invoering van het eigen risico, maar volgens diverse geïnterviewden is dit te wijten aan het feit dat veel mensen zich nog niet bewust zijn van het eigen risico. Het effect is daarom te verwachten bij een eventueel tweede soa consult. Bij zorgverzekeraar Agis (te Utrecht) komen echter wel al klachten binnen dat mensen via de soa-poli naar de huisarts verwezen worden en daardoor zelf de kosten van de soa diagnostiek moeten betalen.

## 5. Testbeleid

### 5.1 Uniform testbeleid

Over de opgestelde lijst van diagnostiek die in aanmerking komt voor vergoeding lopen de meningen van geïnterviewden sterk uiteen. Aangegeven wordt dat niet alleen kosteneffectiviteit meeweegt in keuzes in het testbeleid. Naast het percentage gevonden soa (hoofdstuk 4) vinden sommigen dat ook het belang van surveillance (inzicht in de soa-problematiek), klantvriendelijkheid en de diversiteit van de doelgroep moeten worden meegewogen.

De meningen van de diverse geïnterviewden zijn in te delen in grofweg twee groepen:

1. Uitgebreide(re) lijst van verplichte diagnostiek en vergoeding. Uniform testbeleid; alle doelgroepen testen op dezelfde soa.
  - Met uniform testbeleid wordt stigmatisering van specifieke doelgroepen voorkomen
  - Met het oog op surveillance geldt dat alle doelgroepen uniform getest zouden moeten worden op zoveel mogelijk verschillende soa: hiermee kunnen trends het beste gemonitord worden en is het snelst zicht op verschuivingen in risicogroepen en gevonden soa.
  - Uniform testbeleid is noodzakelijk omdat cliënten in het hele land dezelfde soa-zorg zouden moeten kunnen verwachten.
  - Vanuit het klantenperspectief wil je cliënten met een zo hoog mogelijke zekerheid dat zij volledig getest zijn naar huis sturen.
  - Sommige cliënten gaan mogelijk niet naar een huisarts omdat daar geen breed pakket aan soa diagnostiek wordt aangeboden
2. Inperken van de verplichte diagnostiek en vergoeding. Gedifferentieerd testbeleid per doelgroep; doelgroepen gedifferentieerd naar vindpercentage en risicogedrag testen.
  - Artsen kunnen aan de hand van gerapporteerd risicogedrag zelf bepalen wat noodzakelijk is om bij een individuele cliënt te testen.
  - Vanuit het klantenperspectief is het testen van soa die niet of nauwelijks voorkomen bij een doelgroep overbodig en in geval van bloedprikken tevens onnodig belastend.
  - Sommige cliënten zijn bij hun huisarts of bij een andere hulpverlener al getest op een aantal soa, het verplicht testen op drie soa wordt dan alleen uitgevoerd vanuit financiële overwegingen.
  - Diagnostiek is de grootste kostenpost en striktere selectie houdt soa-zorg voor meer mensen betaalbaar en toegankelijk, zeker omdat bij de meeste bezoekers alleen chlamydia gevonden wordt.

#### **Bespreking:**

Het RIVM/Cib ondersteunt de motieven voor uniform testbeleid omdat de soa-poli bedoeld is voor cliënten met hoog risicogedrag ongeacht tot welke risicogroep ze gerekend worden. Het risicogedrag voor elke soa is hierbij gelijk (onveilig seksueel contact). Er is binnen het testbeleid reeds onderscheid gemaakt tussen soa die wel bij elke cliënt getest worden: chlamydia, gonorrhoe, syfilis, en soa die op indicatie van een arts getest worden: o.a. herpes, trichomonas, hepatitis B en hiv.

De belasting van het bloedprikken vindt het RIVM/Cib niet opwegen tegen het volledig testen indien een cliënt een hoog risico gelopen heeft en daarmee geïndiceerd is voor de soa-poli. Het dubbel testen van cliënten omdat zij reeds bij de huisarts getest zijn is een probleem dat slechts op kleine schaal voorkomt en daarom vormt daarom geen aanleiding om de regeling

aan te passen. Daarnaast gaat het om zelfrapportage van de cliënt die niet altijd even betrouwbaar is.

In welke mate een striktere selectie soa-zorg voor meer mensen betaalbaar en toegankelijk houdt, kan met behulp van aanvullende financiering middels kosteneffectiviteitsanalyses en pilots uitgezocht worden. Wel zal in de overweging tot het differentiëren van testbeleid meegenomen moeten worden dat testen op hiv en syfilis ook bij zwangere vrouwen noodzakelijk wordt geacht (hierbij speelt ook het belang van het ongeboren kind mee).

## 5.2 Diagnostiek aanvragen

Alle GGD'en geven aan dat het de arts is die beslist of het noodzakelijk is om op meer dan de verplichte 3 soa te testen naar aanleiding van het soa consult. De keuze om meer testen uit te voeren hangt samen met klachten en risicogedrag (risicogroep) van de cliënt. De extra kosten die deze testen met zich meebrengen komen voor rekening van de soa-poli. Maar alleen indien een of meer van de 5 in de regeling aangegeven soa wordt gevonden geeft het RIVM/CIb op basis van de ACS-regeling een vergoeding van €617,68.

Binnen het testbeleid wordt landelijk geen uniforme kwaliteitsnorm gehanteerd. Hier is wel behoefte aan. Richtlijnen zouden ontwikkeld moeten worden, onderbouwd met onderzoeksdata. Er wordt door artsen gevraagd naar duidelijke richtlijnen:

- Richtlijn over wanneer wel en wanneer niet testen op monsters afgenomen van meerdere lichaamsholtes (op basis van gerapporteerd risicogedrag en/of op basis van risicogroep), inclusief oraal afgenomen monsters.
- Richtlijn over de geïndiceerde frequentie van testen bij persisterend hoog risicogedrag: elke 3 maanden, elke 6 maanden, elk jaar, anders.
- Richtlijn over mogelijkheden, validiteit, risico's m.b.t. poolen van specifieke monsters voor microbiologische diagnostiek, het samenvoegen van monsters van meerdere lichaamsholtes in 1 testtube.
- Richtlijn over de window periode: tijdsperiode na risicocontact waarin het nog niet nuttig is om (laboratorium)diagnostiek te doen.

Hiv opting out<sup>5</sup> is inmiddels ingevoerd in de coördinerende regio's Utrecht, Den Haag, Amsterdam, Rotterdam, Limburg. In de coördinerende regio's Oost, Noord, Zeeland en Brabant en in de poli's in Noord Holland wordt de hiv-test actief aangeboden. Uit de SOAP data blijkt dat in 2007 86% van alle cliënten (n=65.935) getest wordt op hiv, ook zonder dat hiv opting out als nationaal beleid is ingevoerd op de soa-poli,. Hiervan werd 23% (n=15.484) getest met een hiv-sneltest. In 2006 werd bij 72% van alle cliënten een hiv-test afgenomen (waarvan 21% (n=10.140) een hiv-sneltest).

De meningen van de diverse geïnterviewden over hiv opting out zijn in te delen in grofweg twee groepen:

1. pro- algemene invoering van hiv opting out. Door het ter beschikking komen van hiv-sneltesten is het zeer eenvoudig om alle cliënten op hiv te testen, wat bijdraagt aan destigmatisering. Bovendien is er snel uitslag en blijkt dat de sneltest betrouwbaar is en weinig vals positieven kent. Kosten €3,20.  
De sneltest heeft wel vals negatieven binnen de windowfase, terwijl dat zijn eigenlijk de meest hoog risico-infecties zijn die je wilt ondervangen. Dit pleit voor de duurere Elisa test.
2. pro- actief testen op hiv. Doordat hiv weinig gevonden wordt bij mensen die geen MSM zijn en niet uit sub-Sahara Afrika afkomstig zijn, is het overbodig om een cliënt uit een andere doelgroep te belasten met een hiv-test. Omdat de cliënt moet wachten

<sup>5</sup> Hiv opting out: iedereen wordt getest op hiv behalve als een cliënt daar expliciet bezwaren tegen heeft

op de uitslag (geldt alleen voor de sneltest, niet voor Elisa) is het logistiek niet praktisch en kost het extra tijd voor een sociaal verpleegkundige om de cliënt te counselen.

Er zijn sociaal verpleegkundigen en artsen die weerstand hebben tegen het invoeren van hiv opting out. Het is daarbij niet geheel duidelijk of dit op het persoonlijke vlak ligt (de arts of verpleegkundige voelt zich niet comfortabel bij het testen op hiv) of dat de bezwaren over de praktische uitvoerbaarheid gaan of dat er inhoudelijke tegenargumenten zijn.

Het testen van jongeren op syfilis (en in mindere mate gonorrhoe) staat ter discussie doordat bij hen zelden syfilis (en gonorrhoe) gevonden worden. De kosten van deze test zijn echter in verhouding tot die van andere testen laag, waardoor de mening gedeeld wordt dat het afschaffen van verplicht testen op syfilis financieel niet veel oplevert. Wel pleiten verschillende geïnterviewden voor meer vrijheid in het testbeleid wanneer outreach activiteiten gedaan worden. “Soms is het beter om concessies te doen op kwaliteit door een zo simpel mogelijk testbeleid te hanteren waardoor je bepaalde risicogroepen makkelijker kan bereiken, zoals bij testen op feesten”. Het loslaten van verplicht testen op syfilis betekent dat niet altijd bloed hoeft te worden afgenomen voor een te vergoeden consult.

Door het aanscherpen van de HBV vaccinatiecampagne is er geen diagnostiekvergoeding om mensen met hoog risicogedrag en/of uit HBV endemische landen te testen op chronische HBV infectie.

In de regeling is opgenomen dat GGD'en in aanmerking komen voor vergoeding van testen van 1 op de 5 cliënten op een tweede lichaamslocatie. In praktijk blijkt echter dat niet 1 op de 5 maar 2 op de 3 cliënten op een tweede lichaamslocaties getest moeten worden op basis van hun gerapporteerd seksueel risicogedrag. Overigens wordt urine, vaginaal, urethraal wel als één locatie gerekend. Doordat verschillende GGD'en kosten willen besparen om ondanks de beperking in de financieringsstructuur wel de medisch noodzakelijke extra diagnostiek te verrichten, kiezen zij er voor monsters te poolen (bijvoorbeeld oraal en vaginaal afgenomen monster in een testtube zodat slechts een labtest uitgevoerd hoeft te worden). De NVMM heeft in 2008 echter geadviseerd dit niet te doen zonder dat nader onderzoek uitwijst dat poolen kan.

Daarnaast zorgt het poolen er voor dat de gegevens over de locatie van de infectie en het aantal dubbele infecties onbetrouwbaar zijn geworden. Het niet weten wat de locatie van de infectie is, is volgens sommige geïnterviewden klantvriendelijk, vermindert het zicht op transmissie patronen en daarmee de mogelijkheid tot early warning en gerichte advisering, vermindert kennis over risicogedrag en daarmee de mogelijkheid tot gerichte preventie, hoewel het geen invloed heeft op de behandelwijze.

In bijlage 7 is weergegeven bij hoeveel mensen alleen het oraal afgenomen monster een positieve diagnose voor gonorrhoe en chlamydia opleverde. De overige testen, anorectaal en urethraal/cervicaal, hadden hierbij geen positieve uitslag. Geconcludeerd kan daarmee worden hoeveel positieve diagnoses gemist zouden worden indien (zoals door verschillende geïnterviewden geopperd wordt) bij cliënten niet langer een oraal afgenomen monster getest wordt. Wanneer er niet langer een oraal afgenomen monster getest wordt voor gonorrhoe, zouden 127 gonorrhoe- en 57 chlamydiadiagnoses gemist worden (waarvan 87, respectievelijk 25 bij MSM).

De noodzaak voor GGD'en om uit het oogpunt van verantwoorde kwaliteit meer te testen dan binnen het beschikbare budget officieel was opgenomen, heeft bij diverse GGD'en tot lastige discussies met de medisch microbiologische laboratoria geleid. De meeste GGD'en, maar niet allemaal, hebben met laboratoria in hun regio uiteindelijk een overeenkomst af kunnen sluiten

waarbij het vooralsnog toch mogelijk is gebleken om binnen het beschikbare budget volgens kwaliteitsnormen te werken.

**Bespreking:**

Hiv is behandelbaar geworden. Daarmee is het zowel voor het individu, met het oog op behandeling, als voor het doorbreken van de transmissie van hiv van belang dat mensen met risicogedrag getest worden. Veel verspreiding van hiv vindt plaats onder mensen die niet op de hoogte zijn van hun hiv-status. De weerstand bij artsen en verpleegkundigen is daarom geen voldoende argument om hiv-testen niet in te voeren. Training van medisch personeel lijkt beter op zijn plaats.

De commissie actief testen heeft in april 2007 op basis van een analyse van beschikbare literatuur en data aanbevolen dat intensiveren van het hiv-testbeleid in Nederland nodig is (bijlage 9). Dit is nodig om hiv-infecties vroegtijdig op te sporen, zodat behandeling tijdig kan worden gestart en verdere verspreiding wordt voorkomen. Het RIVM/Cib ondersteunt deze aanbeveling omdat hiv-transmissie niet afneemt in Nederland, er hiv-infecties worden gemist, de meeste hiv-diagnosen bij een reeds vergevorderde infectie gesteld worden en veel mensen zich niet bewust zijn van hun risicogedrag. Bovendien kan een opting out testbeleid bijdragen aan het verminderen van het stigma, wat weer kan bijdragen tot effectievere preventie en zorg. De nadelen van standaard testen op hiv onder de doelgroepen van de ACS-regeling wegen volgens het RIVM/Cib dus niet op tegen de voordelen.

Het loslaten van het verplicht testen op syfilis zou onderzocht moeten worden in een pilot.

In een pilot zou ook het testen op chronische hepatitis B infectie bij specifieke groepen onderzocht kunnen worden.

Of het poolen van monsters en het achterwege laten van orale monsters aanvaardbaar zijn, dient meegenomen te worden in de ontwikkeling van richtlijnen voor soa-bestrijding, conform de procedure van het LCI van het RIVM/Cib/LCI.

**Conclusies:**

- Het standaard testen op hiv wordt niet uniform toegepast in GGD soa-poli's in Nederland. Een aantal van de GGD-soa-poliklinieken hanteert een hiv opting out beleid, met name in de grote steden, terwijl op de andere poli's een actief hiv-testbeleid gehanteerd wordt.
- Er is een gebrek aan evidence based data en aan consensus m.b.t. aspecten van testbeleid waarvoor inhoudelijke richtlijnen gewenst zijn:
  - Richtlijn over wanneer wel en wanneer niet testen op monsters afgenomen van meerdere lichaamsholtes (op basis van gerapporteerd risicogedrag en/of op basis van risicogroep), inclusief orale monsters.
  - Richtlijn over de geïndiceerde frequentie van testen bij persisterend hoog risicogedrag: elke 3 maanden, elke 6 maanden, elk jaar, anders.
  - Richtlijn over mogelijkheden, validiteit, risico's m.b.t. poolen van specifieke monsters voor microbiologische diagnostiek, het samenvoegen van monsters van meerdere lichaamsholtes in 1 testtube.
  - Richtlijn over de window periode: tijdsperiode na risicocontact waarin het nog niet nuttig is om (laboratorium)diagnostiek te doen.

## 6. Samenhang curatie en preventie

Alle GGD'en zien de regeling Aanvullende Seksualiteitshulpverlening (ASH regeling) als een positieve bijdrage op de ACS-regeling. Met name de groep jonge allochtonen kunnen met behulp van outreach op de ROC's middels de ASH regeling, waar geïndiceerd, verwezen worden naar de soa-poli of getest worden op locatie. Juist deze doelgroep, laag opgeleide allochtone jongeren, is moeilijk te bereiken en niet goed vertegenwoordigd op de soa-poli.

Kanttekeningen bij verplicht testen op 3 soa, zoals voorgeschreven in de ACS-regeling:

- vindpercentages voor syfilis bij jongeren zijn laag waardoor ook een noodzaak tot testen op syfilis aansluitend aan een ASH consult ontbreekt.
- logistiek is het moeilijker om ook bloed te moeten prikken op locatie.
- jongeren komen op een ASH spreekuur met een vraag over seksualiteit, de wetenschap dat er ook getest kan worden binnen/aansluitend aan dit consult waarbij bloed geprikt dient te worden werpt mogelijkwijs een drempel op. Bloed prikken kan als "eng" worden ervaren door jongeren. Als er echter geen bloed geprikt hoeft te worden kan het ASH spreekuur wel een mogelijkheid bieden om laagdrempelig jongeren die risico hebben gelopen te screenen op chlamydia en gonorrhoe.

In de meeste gevallen worden patiënten met klachten door de artsen gezien of een verpleegkundige met een soa arts als achterwacht. Cliënten zonder klachten worden geholpen door de verpleegkundigen. In principe vallen de preventieve taken van de GGD binnen de Wet Publieke Gezondheid (WPG) en niet binnen de ACS-regeling.

Er zijn geen data bekend om een eventueel effect van de ACS-regeling op de koppeling van curatie en preventie door de GGD'en tijdens het consult in kaart te brengen. Tijdens de interviews zijn geen knelpunten aangegeven door de GGD'en. De meerderheid van de GGD'en geeft aan dat de ACS-regeling een verschuiving teweeg heeft gebracht van preventie naar curatie. Sociaal verpleegkundigen besteden meer tijd aan curatie ten opzichte van preventie. Echter, de meerderheid van de GGD'en geeft aan dat dit een opstartprobleem betrof. Nu verpleegkundigen opgeleid zijn en meer gewend zijn aan de nieuwe structuur, komt er ook weer tijd vrij voor outreach-activiteiten en preventieve taken. Binnen het consult kunnen de ingangen naar preventie weer worden opgepakt. Veel GGD'en zijn door de verbeterde curatie ook weer meer gemotiveerd om met gerichte preventie (ondersteund door motivational interview technieken bijvoorbeeld) aan de gang gegaan in de spreekkamers. Versterken van de effectiviteit van soa preventietaken blijft een aandachtspunt voor GGD'en.

De meningen van de GGD-geïnterviewden over de verhouding curatie–preventie zijn te verdelen in twee groepen:

1. Een deel van de verpleegkundigen is van mening dat het curatieve aspect een aanvulling is op de preventieve taken en daardoor juist het contact met de cliënt verbeterd. Testen combineren met preventie maakt de preventie boodschap tastbaarder.
2. Een andere groep, een minderheid, is van mening dat de curatieve taken de preventieve taken van een sociaal verpleegkundige in de weg staat. Met name deze groep vraagt zich af of er niet meer gezondheidswinst te behalen is door te richten op voorlichting en partnerwaarschuwing in plaats van zoveel mogelijk mensen testen.

### **Bespreking:**

Ondanks de kanttekeningen van de GGD'en dat het verplicht testen op 3 soa niet altijd wenselijk is wanneer er spreekuren op bijvoorbeeld ROC locatie gehouden worden, zal het

organiseren van een ACS-spreekuur naast een ASH-spreekuur op dergelijke locaties wel een groep jongeren bereiken die hoog risicogedrag vertonen.

Hoewel in eerste instantie de curatie volgens de geïnterviewde GGD'en een bedreiging vormde voor de preventieve taken (primair vanuit de WPG) ontstaan er steeds meer initiatieven om de aandacht langzaam weer meer op preventie te gaan richten. Regelingen als ASH ondersteunen deze trend hoewel deze in eerste instantie door scholing en voorbereiding van taken ook een extra belasting vormde op de verpleegkundigencapaciteit. Daarnaast kan een soa-consult ook een goed uitgangspunt bieden voor toekomstige preventie.

Met de komst van de ASH regeling kunnen GGD'en zich breder inzetten voor de bevordering van seksuele gezondheid van jongeren. Hierdoor zal de verbinding met de jeugdgezondheidszorg en primaire preventie meer expliciet aandacht kunnen krijgen.

In pilots zou ook aandacht voor de koppeling tussen preventie en curatie moeten zijn, bijvoorbeeld het gericht aanbieden van chlamydia testen tijdens outreach activiteiten onder jongeren, scholieren en studenten. Zo nodig kan verwijzing vanuit outreach en ASH naar de soa-poli voor een volledig consult volgen. Daarnaast is het wenselijk voorbeelden van de samenhang tussen curatie (ACS) en preventie (ASH, WPG) te evalueren. Inzichten die hieruit voortkomen kunnen helpen om 'best practices' in meer regio's te implementeren.

**Conclusie:**

De curatieve en preventieve activiteiten van GGD'en op het gebied van seksuele gezondheid (op basis van de ACS- en de ASH-regeling en de WPG) kunnen elkaar versterken.

## 7. Samenwerking en uitvoering in structuur met 8 regio's

De geïnterviewden geven aan dat door de invoering van de ACS-regeling de verschillende GGD'en dichter bij elkaar zijn gekomen. "Dit verbreedt de blik en maakt ons kritischer op ons eigen werken, de samenwerking wordt ervaren als een verrijking" zegt een sociaal verpleegkundige van regio Oost.

Er is een groot verschil in hoe de verschillende coördinerende GGD'en hun taken ervaren. Met name de regio Oost, waar veel poli's zijn, in een groot gebied, moet relatief veel investeren in de samenwerkingsverbanden. Als er van oudsher meer poli's bestaan in een regio worden coördinerende taken soms als eenvoudiger ervaren.

De coördinerende GGD'en spelen informatie over het algemeen gesproken door aan de satelliet-poli's. In de regio's die meer poli's hebben is de informatievoorziening echter traag. Satelliet-poli's geven aan dat zij belangrijke informatie ook graag direct zouden willen ontvangen zonder tussenkomst van de coördinerende GGD.

Alle regio's hebben regionale overleggen maar de grootte van de regio bepaalt daarbij veelal de structuur van dit overleg. Grootte kan hierbij uitgelegd worden als een groot gebied zoals regio Oost, waarbij afstanden groot zijn, en als het aantal GGD poli's dat werkzaam is binnen een gebied.

Het type regio heeft ook zijn weerslag op de uniformiteit van werken. Hoe meer een regio vergelijkbare poli's heeft, hoe meer zij ook uniform zullen werken. In Limburg ligt daarom uniform werken veel meer voor de hand dan in regio Noord Holland/Flevoland. Het onderscheid komt met name door:

1. platteland versus stad
2. type risicogroep: veel MSM versus weinig

### **Bespreking:**

De coördinatie van de ACS-regeling in de structuur van 8 GGD'en is functioneel en blijkt goed werkzaam. Hoewel er geen knelpunten zijn geconstateerd zal het belang van een goede overlegstructuur en goede informatievoorziening met en in de regio's benadrukt moeten blijven, inclusief het kritisch evalueren van potentiële belemmeringen.

### **Conclusie:**

De coördinatie van de ACS-regeling in de structuur van 8 GGD'en loopt goed.



## 8. Financiële vergoeding

### 8.1 Is de vergoeding kostendekkend?

Het personele deel van de financiële vergoeding voldoet goed. Echter, geen van de GGD-en vindt dat de financiële vergoeding die in de huidige regeling geboden wordt voor de diagnostiek voldoende kostendekkend is. Het vergoedingstelsel is opgesteld toen de regeling nog in de initiële fase verkeerde waardoor er achteraf niet reële schattingen gemaakt zijn. De huidige praktijk blijkt niet overeen te komen met het vergoedingstelsel. Dit werd duidelijk nadat het RIVM/CIB het diagnostiekbudget had overgedragen aan de coördinerende GGD'en (tot 1 juli 2007 declareerden de laboratoria direct bij het CIB).

Knelpunten die zorgen voor te hoge kosten:

1. Veel meer cliënten worden door artsen op meerdere lichaamslocaties getest. 2 op de 3 i.p.v. 1 op de 5. In de regeling gaat het financieringsmodel er vanuit dat bij 20% (1 op de 5) van de bezoekers een extra lichaamslocatie getest wordt op chlamydia of gonorrhoe. In de praktijk blijkt dit bij 67% (2 op de 3) van de bezoekers te zijn. Deze extra testen komen nu voor rekening van de GGD.
2. Veel meer dan 1 op de 10 cliënten worden op trichomonas en/of herpes getest.
3. Het gebruik van PCR ten opzichte van kweken wordt heel verschillend toegepast in Nederland. De PCR is daarbij de dure test, de kweek de goedkope. Niet alle GGD'en zijn echter in staat voor de goedkope test te kiezen wegens logistiek en opslag van testmateriaal. Hierdoor ontstaan grote verschillen in kosten tussen de GGD'en.
4. De GGD'en hebben bulkafspraken gemaakt met de laboratoria die niet afdoende gewijzigd kunnen worden om mee te dalen met dalende tarieven voor laboratoriumdiagnostiek zoals aangegeven door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).
5. Aanbesteding verloopt moeizaam en laboratoria dreigen de diagnostiek voor de openbare gezondheidszorg te laten vallen als de soa-diagnostiek aanbesteed wordt. Met het oog op de goede relatie met het laboratorium die nodig is voor de openbare gezondheidszorg, is het moeilijk tot prijsafspraken te komen.
6. Specifiek voor regio Oost geldt dat zij hoge coördinatiekosten hebben, doordat zij in verhouding tot andere regio's een grote regio zijn met veel GGD'en en testlocaties.

Negatieve gevolgen van de gestegen kosten:

1. Verlies van kwaliteit van zorg. Om binnen de financiële kaders te werken zijn GGD'en genoodzaakt minder testen uit te voeren dan medisch noodzakelijk, of monsters te poolen zonder dat dit gevalideerd is.
2. Verlies van een goede relatie met het streeklaboratorium voor diagnostiek voor de openbare gezondheidszorg door aanbesteding van de soa-diagnostiek elders.

Er is op dit moment consensus onder de coördinerende GGD'en dat, gezien het succes van de huidige regeling, de huidige financieringsstructuur gehandhaafd dient te blijven. Echter, op basis van reëel verrichte testen (op geleide van kliniek en risicogedrag) is de huidige formule niet kostendekkend. Binnen een soa-consult dient elke cliënt getest te worden op syfilis, gonorrhoe en chlamydia. Hier moet testen op hiv aan toegevoegd worden.

#### **Bespreking:**

Ondanks aanvankelijk grote problemen voor GGD'en en laboratoria om tot afspraken te komen, is dit in de meeste regio's gelukt. Er zijn op dit moment geen aanwijzingen dat de

financiële vergoeding onoverkomelijke problemen oplevert in de regio's. Verschillende GGD'en zijn in hun onderhandeling met de verschillende laboratoria alsnog tot compromissen gekomen. Wel zal nauwlettend in de gaten gehouden moeten worden hoe de kwaliteit van zorg is en hoe de relatie tussen de GGD en het streeklaboratorium is en hoe coördinatiekosten zijn opgebouwd.

Omdat de ACS-regeling uitgaat van de NZa-tarieven voor laboratoriumdiagnostiek voor soa als basis voor de afspraken over wat een soa-poli verplicht moet testen om voor vergoeding in aanmerking te komen (nu: chlamydia, gonorrhoe en syfilis), dient de ACS-regeling uitgebreid te worden met een vergoeding voor hiv-testen als testen op hiv verplicht gesteld wordt. Dit staat los van de onderhandelingsresultaten tussen GGD'en en laboratoria, op grond waarvan hiv-testen bij sommige GGD'en al in de bulkafspraken zijn opgenomen.

**Conclusies:**

- De systematiek voor de financiële vergoeding voor testen kan ongewijzigd blijven.
- De vergoeding dient uitgebreid te worden met een vergoeding voor testen op hiv.

## 8.2 Vergoeding per gevonden soa

Hoewel niet iedereen instemt met het systeem dat gevonden soa meetellen voor financiële vergoeding, vindt de meerderheid van de geïnterviewden het acceptabel om te belonen naar prestatie. Sommigen vinden dat het scoren van aantallen voorbijgaat aan het belang van het leveren van goede zorg. Daarnaast vinden sommigen dat afrekenen op gevonden soa niet het juiste uitgangspunt is, omdat daarbij aan de noodzaak tot en het effect van primaire preventie voorbij gegaan wordt.

**Bespreking:**

Het doel van de regeling is het behandelen van soa en doorbreken van transmissie middels testen op soa. Preventie is onderdeel van het consult en is onderdeel van de motiverende gesprekstechnieken waarin sociaal verpleegkundigen getraind worden. De overige preventieve taken van de GGD en de preventiecampagnes worden via de WPG geregeld. Er is daarom geen reden om af te stappen van het systeem om gevonden soa mee te laten tellen voor financiële vergoeding.

**Conclusies:**

- De systematiek om per gevonden soa een vergoeding uit te keren kan ongewijzigd blijven.

## 8.3 Kosten

De kosten per gevonden soa of de effectiviteit van de ACS-regeling is in deze evaluatie niet onderzocht. In kosteneffectiviteitsanalyses zou dit verder uitgewerkt kunnen worden. In bijlage 8 staan de CTG-tarieven om een indruk te geven wat een test kost.

**Bespreking:**

Aangenomen dat, net als in voorgaande jaren, het aantal consulten per jaar met 13% toeneemt, is het geschatte aantal soa-consulten in 2008 88.140 en in 2009 99.598. Met een consultbedrag van €136 zijn de totale kosten voor diagnostiek in de ACS-regeling dan te

schatten op €11.987.040 in 2008 en €13.545.328 in 2009. De totale kosten voor de ACS-regeling zullen dan naar schatting €18.479.255 in 2008 en €20.985.838 in 2009 bedragen.

Indien een hiv-test vanaf 2009 vergoed zou worden à €3,20, dan nemen de diagnostiekkosten naar schatting toe met  $3,20 \times 99.598 = €318.713,60$ . Dit is 1,5% van de geschatte totale kosten voor de ACS-regeling in 2009. De totale diagnostiekprijs per consult wordt inclusief hiv €139,20.

In de huidige trend is vooralsnog geen afvlakking van (de stijging in) het aantal consulten te voorzien en het vindpercentage van soa is stabiel (bijna 13%). Er moet rekening mee worden gehouden dat de kosten voor de gehele regeling op landelijk niveau op basis van de huidige structuur vooralsnog jaarlijks met ruim 10% toe kunnen blijven nemen. Daarnaast zal een vergoeding voor hiv-testen opgenomen moeten worden.

Aan de andere kant kan door het aanscherpen van de indicatiecriteria wel een daling verwacht worden in de categorie met lager risico. Dit kan worden bereikt door mensen zonder indicatie en mensen met alleen de wens op een anonieme test niet meer toe te laten, of als pilots succesvolle mogelijkheden bieden om specifieke groepen buiten de reguliere aanvullende curatieve soa-zorg te gaan testen op enkel chlamydia, of als GGD'en meer op inhoudelijke gronden beoordelen of iemand die binnen de doelgroep valt ook daadwerkelijk relevant risico heeft gelopen om in het kader van de ACS-regeling gezien te worden. Mogelijk zal dat leiden tot een stijging van het percentage gevonden soa, doordat een selectie op hoger risico plaats zal vinden. Bedacht moet worden dat het werkelijke percentage ook zal afhangen van de effectiviteit van de preventieve interventies voor juist deze hoog risicogroepen.

**Conclusie:**

- De totale kosten voor de ACS-regeling zullen in 2008 naar schatting bijna €18,5 miljoen en in 2009 naar schatting bijna €21 miljoen bedragen.
- Indien in de ACS-regeling een hiv-test vergoed wordt à €3,20, dan nemen de kosten in 2009 naar schatting toe met ongeveer €320.000.

#### **8.4 In 2011: financiering uit het gemeentefonds?**

Overheveling van ACS- en ASH-regeling naar het gemeentefonds heeft geen draagvlak onder de GGD'en en GGD Nederland. Indien de overheveling toch plaats vindt zullen scherpe inhoudelijke kaders gesteld moeten worden om de opgebouwde structuur, kwaliteit en bereik van de juiste doelgroepen te waarborgen. VWS heeft toegezegd begin 2009 hierover een bijeenkomst te beleggen om knelpunten te bespreken.

## 9. Conclusies en aanbevelingen

Er is een breed draagvlak om de ACS-regeling zoals deze nu is, voort te zetten en kleine wijzigingen aan te brengen waardoor de doelstelling van de regeling verder wordt bevorderd.

De ACS-regeling is succesvol: het aantal soa-consulten per jaar is sinds 1995 gestegen van 20.000 (1995) tot 78.000 in (2007). Hierdoor zijn meer mensen behandeld, waardoor de overdracht van soa in de bevolking is tegengegaan. De toename in het aantal consulten lijkt geen verschuiving van consulten van de huisarts naar de soa-poli te zijn, zoals blijkt uit eerste analyses van nog niet gepubliceerde data van NIVEL (LINH huisartsensurveillance) van 2002 tot 2006. Ook bij huisartsen is een vergelijkbare stijging in soa-gerelateerde consulten waar te nemen. Met de toename van consulten is het overall vindpercentage van soa op de GGD soa-poli nagenoeg gelijk gebleven (bijna 13%), waarmee het aantal door de regeling gevonden en behandelde soa evenredig is toegenomen.

### Aanbeveling I

De ACS-regeling dient gecontinueerd te worden, rekening houdend met de aanbevelingen hieronder.

#### 9.1 Spreiding en laagdrempeligheid van soa-zorg voorzieningen

##### Conclusies:

De geografische spreiding van de GGD soa-poli's is voldoende.

- De wachttijden die gerapporteerd worden op de verschillende poli's zijn voor het merendeel conform de huidige kwaliteitseisen voor cliënten met klachten.
- De wachttijden voor cliënten die geen klachten of geen hoog risicogedrag rapporteren, zijn niet conform het landelijke Kwaliteitsprofiel GGD-soa-poliklinieken.

### Aanbeveling II

Wachttijden op de GGD soa-poli's moeten getoetst worden aan de criteria opgesteld in het landelijke Kwaliteitsprofiel GGD-soa-poliklinieken. De visitatiecommissie zal de aanvullende curatieve soa-zorg beoordelen aan de hand van dit kwaliteitsprofiel. Bij het overschrijden van de wachttijden kan de visitatiecommissie hier een "zwaarwegend" advies over geven waar een GGD soa-poli binnen 2 jaar gevolg aan zal moeten geven.

#### 9.2 Gebruik door de doelgroepen

##### Conclusies:

- Gebruik van de ACS-regeling door alle doelgroepen blijft stijgen.
- Voor een klein deel, 6,6% van de bezoekers, is geen vastgesteld indicatiecriterium bekend. Onbekend is of dit wegens onvolledige registratie is, of een niet goed uitgevoerd indiceringssysteem.
- Het vindpercentage van bijna 13% uit de SOAP data duidt erop dat een overwegend hoog risicopopulatie, als dit wordt afgezet tegen vindpercentages bij huisartsen en andere screeningsdata, gebruik maakt van de ACS-regeling. Er is echter geen inhoudelijk criterium welk vindpercentage hoog genoeg is. Het percentage gevonden soa varieert per

indicatiecriterium (8,7%-31,9%) en in geringere mate per regio (9,2-14,7%) (tabel 1 bijlage 5 en tabel 5 bijlage 6).

- Bereik van sommige specifieke risicogroepen door de soa-poli (prostituees, migranten) lijkt suboptimaal.
- Bij de meeste cliënten voor wie het indicatiecriterium is ‘jong zijn’, of ‘anoniem getest willen worden’, of ‘heteroseksueel zijn en 3 of meer partners in de laatste 6 maanden’ en die niet voldoen aan andere indicatiecriteria, wordt vrijwel alleen chlamydia gediagnosticeerd.
- Mensen die anoniem getest willen worden zonder verder gerapporteerd risicogedrag vallen niet binnen de doelstelling van de regeling.
- Het vallen binnen de doelstelling is een eerste toetsing. Indien de GGD beoordeelt dat een cliënt geen hoog risico heeft, is de GGD niet verplicht deze persoon te zien, maar kan deze persoon worden verwezen. De regeling beoogt GGD'en te stimuleren zich zo veel mogelijk te richten op degenen met het hoogste risico.

### **Aanbeveling III**

Aanscherping van het indiceringsstelsel. Cliënten zonder klachten en zonder hoog risico-indicatie (op geleide van het percentage gevonden soa) horen niet binnen de ACS-regeling en moeten naar huisarts verwezen worden. Concreet: het criterium ‘anoniem getest willen worden’ alleen geldt niet langer als indicatiecriterium.

### **Aanbeveling IV**

Voor consulten en diagnostiek bij patiënten waarbij niet bekend is of zij aan een van de indicaties voor ACS-regeling voldoen, wordt strikt geen vergoeding op basis van de regeling meer toegekend.

### **Aanbeveling V**

- In de vorm van pilots zal onderzocht moeten worden of er aanvullende activiteiten mogelijk zijn waarbij doelgroepen die vrijwel uitsluitend at risk zijn voor chlamydia (met name jongeren) specifiek alleen op Chlamydia getest worden, gekoppeld aan bijvoorbeeld outreach preventie, en los van/naast de ACS. Indien succesvol, kan dit de ACS-regeling op termijn ontlasten, en hoeft deze doelgroep niet meer binnen de ACS-regeling te vallen.
- In de vorm van pilots zal onderzocht moeten worden of aparte spreekuren voor prostituees op locatie beter aansluiten bij het werk en de tijdsindeling van prostituees. Hoewel de prevalentie van soa onder prostituees op de soa-poli's laag is blijven zij een kwetsbare groep met hoog risico waardoor het vanuit het oogpunt van de openbare gezondheidszorg terecht lijkt dat specifieke aandacht naar hen uit blijft gaan.
- Hulpvraag en hulpzoekend gedrag van migranten voor soa-gerelateerde problematiek moet verder in kaart worden gebracht. Op basis van die inventarisatie kan bekeken worden in hoeverre extra interventies effectief zouden kunnen zijn in het vergroten van het bereik voor allochtonen. In eerste instantie kan hiervoor informatie uit NIVEL data, uit hiv surveys onder migranten, en uit CSI vragenlijsten gebruikt worden om zicht te krijgen op hulpvragend gedrag.

In eerste instantie zal nagegaan worden of deze pilots in de staande praktijk van de soa-poli's uitgevoerd kunnen worden. Over eventuele aanvullende financiering gaat het RIVM/CiB in gesprek met potentiële financiers.

### 9.3 Testbeleid

#### Conclusies:

- Het standaard testen op hiv-testen wordt niet uniform toegepast in GGD soa-poliklinieken in Nederland. Een aantal van de GGD soa-poliklinieken hanteert een hiv opting out beleid, met name in de grote steden, terwijl op de andere poli's een actief hiv-testbeleid gehanteerd wordt.
- Er is een gebrek aan evidence based data en aan consensus m.b.t. aspecten van testbeleid waarvoor inhoudelijke richtlijnen gewenst zijn:
  - Richtlijn over wanneer wel en wanneer niet testen op monsters afgenomen van meerdere lichaamsholtes (op basis van gerapporteerd risicogedrag en/of op basis van risicogroep), inclusief orale monsters.
  - Richtlijn over de geïndiceerde frequentie van testen bij persisterend hoog risicogedrag: elke 3 maanden, elke 6 maanden, elk jaar, anders.
  - Richtlijn over mogelijkheden, validiteit, risico's m.b.t. poolen van specifieke monsters voor microbiologische diagnostiek, het samenvoegen van monsters van meerdere lichaamsholtes in 1 testtube.
  - Richtlijn over de window periode: tijdsperiode na risicocontact waarin het nog niet nuttig is om (laboratorium)diagnostiek te doen.

#### Aanbeveling VI

Hiv opting out invoeren op alle soa-poliklinieken voor alle personen die aan de aangescherpte hoog risico-indicatiestelling voldoen.

#### Aanbeveling VII

Ondersteunen van richtlijnontwikkeling op basis van aanwezige en nieuwe data voor:

- Richtlijn over wanneer wel en wanneer niet testen op monsters afgenomen van meerdere lichaamsholtes (op basis van gerapporteerd risicogedrag en/of op basis van risicogroep), inclusief orale monsters.
- Richtlijn over de geïndiceerde frequentie van testen bij persisterend hoog risicogedrag: elke 3 maanden, elke 6 maanden, elk jaar, anders.
- Richtlijn over mogelijkheden, validiteit, risico's m.b.t. poolen van specifieke monsters voor microbiologische diagnostiek, het samenvoegen van monsters van meerdere lichaamsholtes in 1 testtube.
- Richtlijn over de window periode: tijdsperiode na risicocontact waarin het nog niet nuttig is om (laboratorium)diagnostiek te doen.

### 9.4 Samenhang curatie en preventie

#### Conclusie:

De curatieve en preventieve activiteiten van GGD'en op het gebied van seksuele gezondheid (op basis van de ACS- en de ASH-regeling en de WPG) kunnen elkaar versterken.

#### Aanbeveling VIII

GGD'en dienen aandacht te hebben voor initiatieven waarbij curatie en preventieve activiteiten op het gebied van seksuele gezondheid elkaar versterken.

## 9.5 Samenwerking en uitvoering in structuur met 8 regio's

### Conclusie:

De coördinatie van de ACS-regeling in de structuur van 8 GGD'en loopt goed.

### Aanbeveling IX

De coördinatiestructuur van de ACS-regeling dient gecontinueerd te worden.

## 9.6 Financieringsmodel

### Conclusies:

- De systematiek voor de financiële vergoeding voor testen kan ongewijzigd blijven.
- De vergoeding dient uitgebreid te worden met een vergoeding voor testen op hiv.
- De systematiek om per gevonden soa een vergoeding uit te keren kan ongewijzigd blijven.
- De totale kosten voor de ACS-regeling zullen in 2008 naar schatting €18.479.255 en in 2009 naar schatting €20.985.838 bedragen.
- Indien een hiv-test vergoed zou worden à €3,20, dan nemen de kosten naar schatting toe met ongeveer €320.000.

### Aanbeveling X

De financiële vergoedingsstructuur van de ACS-regeling dient gehandhaafd te blijven waarbij een maal per jaar de bekostiging van de laboratoriumdiagnostiek, indien CTG tarieven wijzigen, aangepast kan worden. Deze structuur communiceren de GGD'en ook naar de laboratoria waarmee zij samenwerken.

### Aanbeveling XI

Het verdient aanbeveling de ACS-regeling aan te passen waarbij hiv-testen als standaardtest bij elke cliënt vergoed wordt. Bij 1 op de 10 bezoekers kan ook nog op indicatie op herpes, trichomonas of hepatitis B getest worden.

### Aanbeveling XII

Indien de ACS-regeling overgebracht wordt naar het gemeentefonds zal de opgebouwde structuur, kwaliteit en bereik van doelgroepen gewaarborgd moeten worden. Draagvlak moet worden gecreëerd onder GGD'en, GGD Nederland, Soa Aids Nederland en Rutgers Nisso Groep bij eventuele transitie van de regeling naar het gemeentefonds.

## **Bijlage 1: Coördinerende GGD'en en soa-centra**

<i>Coördinerende GGD</i>	<i>Plaats GGD</i>	<i>extra spreekuur locatie</i>
<b>Regio Oost (Nijmegen)</b>		
GGD Regio Nijmegen	Nijmegen	
GGD Gelre-Ijssel	Apeldoorn	Deventer, Harderwijk, Groenlo, Doetinchem, Zutphen
GGD Regio Ijssel-Vecht	Zwolle	
GGD Regio Twente	Enschede	Almelo
GGD Rivierenland	Tiel	
Hulpverlening Gelderland Midden	Arnhem	
<b>Regio Zuid-Holland Zuid (Rotterdam-Rijnmond)</b>		
Erasmus MC poli venerologie	Rotterdam	
GGD Rotterdam-Rijnmond	Rotterdam	
GGD Zuid-Holland Zuid	Dordrecht	
GGD Zuidhollandse Eilanden	Spijkensisse	
GGD Hollands Midden	Leiden	
	Gouda	(locatie Leiden tm 2008 bij coördinerende GGD Den Haag)
Casa Rotterdam	Rotterdam	
<b>Regio Zeebra (Den Bosch)</b>		
GGD Hart voor brabant	Den Bosch	Tilburg
GGD West-Brabant	Breda	Bergen op Zoom
GGD Zeeland	Goes	Terneuzen
GGD Brabant-Zuidoost	Helmond	Eindhoven
<b>Regio Noord Holland/Flevoland (Amsterdam)</b>		
GGD Flevoland	Lelystad	Almere, Emmeloord
GGD Kennemerland	Haarlem	Hoofddorp
GGD Hollands Noorden	Schagen	Den Helder, Alkmaar
GGD Amsterdam	Amsterdam	Amstelveen
GGD Zaanstreek-Waterland	Zaandam	
GGD Gooi & Vechtstreek	Hilversum (geen poli)	
<b>Regio Limburg (Geleen)</b>		



GGD Regio Noord- en Midden  
Limburg  
GGD Zuid Limburg

Venlo  
Geleen

Roermond  
Maastricht, Heerlen

**Regio Utrecht (Utrecht)**

GG&GD Utrecht  
UMCU  
GGD Eemland  
GGD Midden-Nederland

Utrecht  
Utrecht  
Amersfoort  
Zeist (geen poli)

**Regio Zuid-Holland Noord (Den Haag)**

GGD Zuid-Holland West  
GGD Den Haag, Dienst OCW  
Leyenburg ziekenhuis poli  
venerologie  
MC Haaglanden, Westeinde poli  
venerologie

Zoetermeer (geen poli)  
Den Haag

**Regio Noord Nederland  
(Groningen)**

GGD Drenthe  
GGD Fryslân  
Hulpverleningsdienst Groningen

Assen  
Leeuwarden  
Groningen

Emmen, Hoogeveen  
Sneek

## Bijlage 2: Stuurgroep aanvullende curatieve soa-bestrijding

	<b>Naam</b>	<b>Organisatie</b>
1.	Mevrouw Marianne van der Sande	CIb/RIVM
2.	Mevrouw Carola Koornneef	CIb/RIVM
3.	De heer Joost Timmermans	GGD Nederland
4.	Mevrouw Marjo Taal	Soa Aids Nederland
5.	De heer Vigfus Sigurdsson	NVDV
	<i>Regio Noord Nederland</i>	
6.	De heer Fetzen de Groot	GGD Groningen
	<i>Regio Utrecht</i>	
7.	Mevrouw Marja Langevoort	GG&GD Utrecht
	<i>Regio Limburg</i>	
8.	De heer Christian Hoebe	GGD Zuid Limburg
9.	Mevrouw Anne-Marie Niekamp	GGD Zuid Limburg
	<i>Regio Zeeland/Brabant</i>	
10.	De heer Jos van de Sande	GGD Hart voor Brabant
	<i>Regio Zuid-Holland Zuid</i>	
11.	De heer Evert van der Veen	GGD Rotterdam-Rijnmond
	<i>Regio Zuid-Holland Noord</i>	
12.	Mevrouw Petra van Leeuwen	OCW Den Haag
	<i>Regio Noord-Holland/Flevoland</i>	
13.	De heer Harold Thiesbrummel	GGD Amsterdam
	<i>Regio Oost</i>	
14.	Mevrouw Annemarie van Daal	GGD Regio Nijmegen
	<b>Agendalid</b>	
		<b>Organisatie</b>
15.	De heer Jelle Doosje	GGD Nederland
16.	De heer Han Fennema	GGD Amsterdam

## **Bijlage 3: Concept opzet evaluatie ACS-regeling**

Versie maart 2008

### **Doel van de regeling:**

Laagdrempelige voorziening van kwalitatief goede soa-zorg, gericht op hoog risicogroepen om soa vroegtijdig op te sporen, te behandelen en daarmee verdere verspreiding te voorkomen. Het gaat hierbij om een aanvullende regeling die gericht is op doelgroepen die door de reguliere zorg moeilijk bereikt worden.

**Evaluatie:** Met een evaluatie wordt beoogd te toetsen of en in hoeverre bovenstaande doelstelling is bereikt.

Doel wordt getoetst aan de hand van:

- spreiding en laagdrempeligheid van soa-zorg voorzieningen
- gebruik van soa-zorg door hoog risicogroepen en laag risicogroepen
- testbeleid
- koppeling curatie en preventie
- samenwerking en uitvoering in structuur met 8 regio's
- financiële vergoeding

### **1. Spreiding en laagdrempeligheid soa-zorg**

- 1.1 Hoeveel soa-poli's zijn er in Nederland die onder de aanvullende curatieve soa-zorg vallen? Is er een toename van het aantal poli's?
- 1.2 Is er een geografische evenredige spreiding van poli's over Nederland?
- 1.3 Worden er meer consulten uitgevoerd dan voor de invoering van de regeling? (kan duiden op betere laagdrempeligheid/toegankelijkheid of een verschuiving van reguliere, huisartsen, zorg naar aanvullende zorg of een toename van het hoog risicogedrag)
- 1.4 Wat is de capaciteit van deze poli's/hoeveel spreekuren worden gehouden en hoeveel mensen kunnen in het spreekuur geholpen worden? Is dat naar schatting voldoende in verhouding met het aantal inwoners in het gebied?
- 1.5 Hoe lang zijn de wachttijden op de poli's? (onderscheid tussen verschillende spreekuren)
- 1.6 Hoe verhoudt de aanvullende curatieve soa zorg regeling zich tot de ASH regeling?
- 1.7 Wordt medicatie verstrekt op de poli?

Aanpak: 1.1 en 1.2 kan zelf uitgezocht worden. 1.3.- 1.7 kan opgenomen worden in een vragenlijst aan GGD'en en mbv SOAP.

### **2 Gebruik door beoogde hoog risicogroepen**

- 2.1 Vallen de gebruikers van de poli's binnen de aangegeven groepen uit het kwaliteitsprofiel? Wordt er gebruik gemaakt van een indicatiestelling?
- 2.2 Hoe is de verdeling van cliënten over de verschillende risicogroepen? Zijn de juiste groepen aangewezen als risicogroepen.
- 2.3 Wat is het vindpercentage per gedefinieerde risicogroep (anonimiteit is in SOAP geregistreerd vanaf 1 juli 2007) en bij meer dan een indicatie?
- 2.4 Zijn er andere dan de beoogde groepen die gebruik willen maken van de poli? – worden deze mensen verwezen naar de huisarts of toch geholpen? – en als ze worden geholpen op de soa-poli worden er dan toch veel soa gevonden?
- 2.5 Hoe is de geografische spreiding van vindpercentage en risicogroepen?
- 2.6 Hoe kan vastgesteld worden dat een groep een hoog risicogroep is (gedrag, vindpercentage)?

- 2.7 Is er een toename van het aantal cliënten op de soa-poli die mogelijkwijs gerelateerd is aan de invoering van het eigen risico €150, per 1 januari 2008, door de zorgverzekeraars?

Aanpak:

- 2.1-2.3 mbv SOAP analyseren hoeveel % van de bezoekers valt binnen de beoogde groepen en welke percentages andere groepen er op de poli komen  
2.2: laat tevens zien of de soa-poli de zorg wel of niet als aanvullende zorg uitvoert. Het gaat om een aanvullende regeling, waarbij geld niet besteed moet worden aan mensen die zonder problemen naar hun huisarts hadden willen/kunnen gaan.  
2.3 - 2.7.mbv SOAP vindpercentages per regio en risicogroep berekenen per jaar en over de afgelopen jaren.

### **3 Testbeleid**

- 3.1 Voldoet de opgestelde lijst van diagnostiek die in aanmerking komt voor vergoeding? Vergelijken van risicogroepen met vindpercentages  
3.2 Wat is het testbeleid mbt HepB en hiv, trichomonas en herpes, soa die buiten de 3 vallen? Welke afspraken zijn hier over gemaakt (financieel)? Doorverwijzing en gebruik zorgverzekering voor diagnostiek die buiten de aanvullende cur soa regeling valt.  
3.3 Zijn er verandering in testbeleid die meer gezondheidswinst opleveren binnen het huidige budget? (bv. afschaffen van verplicht testen op 3 soa)

Aanpak: SOAP gegevens en vragenlijst GGD'en

### **4 Koppeling curatie en preventie**

- 4.1 Hoe zijn preventie en curatie in de regio's georganiseerd? (Outreach, taken verpleegkundigen)  
4.2 Heeft de regeling effect gehad op het preventiewerk? (organisatorisch, effectiviteit, bereik doelgroepen)  
4.3 Wat is de mening over het kwaliteit en visitatiereglement?

Aanpak: Vragenlijst GGD'en

### **5 Samenwerking en uitvoering in structuur met 8 regio's/ communicatie**

- 5.1 Werkt de structuur met 8 regio's- nemen de coördinerende GGD'en hun verantwoordelijkheid?  
5.1.1 Wordt relevante informatie goed doorgespeeld naar de deelnemende GGD'en in de regio?  
5.1.2 In hoeverre wordt er uniform gewerkt in de verschillende regio's? – worden hier afspraken binnen de regio over gemaakt? Zijn er regio-overleggen?  
5.1.3 Hoe is de samenwerking met andere zorgverleners/huisartsen en dermatologen?  
5.2 Hoe verloopt de communicatie tussen de verschillende partijen, coördinerende GGD'en en GGD'en, RIVM. Dermatologen en laboratoria.  
5.3 Met welke laboratoria is er een contract afgesloten, wat zijn daarbij de afspraken? (Wordt er gewerkt met bulkorting mbt diagnostiek of met vaste vergoeding per cliënt ongeacht de hoeveelheid testen)

Aanpak: 5.1- 5.3 Vragenlijst GGD'en

### **6 Financiële vergoeding**

- 6.1 Wat vinden de GGD'en van de vergoeding die ze krijgen voor de aanvullende soa-zorg? Levert de nieuwe regeling waarbij de GGD zelf verantwoordelijk is voor de laboratorium kosten financiële tekorten op in de regio, waardoor en hoeveel?  
6.2 Wat vinden de GGD'en van het beloning na prestatie systeem (gevonden soa tellen mee voor financiële vergoeding)

- 6.3 Wat zijn de kosten per gevonden soa, voor personele deel en diagnostiek apart?
- 6.4 De vergoeding per gevonden soa gaat uit van een vindpercentage van 16,67%, maar wordt door de meeste regio's niet gehaald. Is het nodig om het vindpercentage in te bouwen in de subsidieberekening? Wat betekent dit lagere vindpercentage?
- 6.5 Kunnen we iets zeggen over kosten effectiviteit van de regeling?

Aanpak: 6.3 SOAP & 6.1-6.5 vragenlijst GGD'en

**7 Heeft de GGD zelf onderzoek gedaan naar aan de regeling gerelateerde onderwerpen?**

## **Bijlage 4: Verslag evaluatie Aanvullend curatieve soa-zorg**

**7 november 2008 RIVM 14:00- 17:00 uur**

*Aanwezig: Marianne van der Sande (Cib), Carola Koornneef, verslag (Cib), Femke Koedijk (Cib), Gerard van Doornum (Cib, microbioloog), Henry de Vries (Cib, dermatoloog), Jan van Bergen (Cib, arts/ SANL), Petra Bos (GGD Den Haag), Annemarie van Daal (GGD regio Oost), Hanna Bos (GGD regio Oost), Fetzen de Groot (GGD regio Noord Nederland), Han Fennema (GGD Amsterdam), Jos van der Sande (GGD Zeebra), Evert van der Veen (GGD Rotterdam Rijnmond), Marja Langevoort (GGD Utrecht), Coen. Hulshof (GGD Utrecht), Maryse Kok (VWS), Ton Coenen (SANL), Marjo Taal (SANL),*

*Verhindert met bericht: Joost Timmermans (GGD NL), Anne –Marie Niekamp (GGD Limburg), Christian Hoebe (GGD Limburg), Petra van Leeuwen (GGD Den Haag)*

### **Discussie punt 1: aanpassen doelgroepen op geleide vindpercentages:**

- Hoewel doelgroep ‘alleen jong’ relatief lager vindpercentage heeft, en dit mn Ct diagnoses betreft, toch consensus dat iedereen die op een soa-poli komt een volwaardig soa-consult moet ontvangen. Wel is het zinnig om daarnaast (als een pilot) te onderzoeken of er aanvullende activiteiten mogelijk zijn om jongeren specifiek op Ct te testen, los van de ACS. Bv op outreach, dit wordt nu op kosten van de GGD zelf georganiseerd. Binnen de bestaande financieringsstructuur van de ACS-regeling is hier geen ruimte voor. Suggestie wordt gedaan dat hierbij ook kan worden samengewerkt met het OGZ diagnostiek budget. Het project Man-tot-Man (mede door RIVM/Cib gefinancierd) wordt als een voorbeeld pilot genoemd. In deze pilot wordt nagegaan of ‘internetbased testing’ een effectieve manier is om risicogroepen te bereiken.
- Consensus dat alleen anoniem niet voldoende indicatie kan zijn, er moet reëel risico gelopen zijn. Wel kan iedereen die wil anoniem komen. De categorie anoniem zal dus op een andere manier in SOAP geregistreerd moeten worden: niet als een indicatie, maar als beleidsrelevante informatie over de bezoekers.
- Er is geen inhoudelijk criterium wat een goed vindpercentage is. Hoger dan in de huisartsen populatie, hoger dan in screening, hoeveel hoger? Consensus dat voortdurend gestreefd moet worden om op inhoudelijke gronden de toestroom van cliënten zo scherp mogelijk te laten zijn, om kwaliteit, effectiviteit, en kosten optimaal in balans te houden.

### **Discussiepunt 2: testbeleid**

- Consensus over uniform testbeleid voor iedereen die aan indicatie voldoet: ct, go, syf, hiv wordt hieraan toegevoegd.
- HBV testbeleid: nu maar een beperkt aantal doelgroepen nog voor vaccinatie in aanmerking komen, is de mogelijkheid vervallen om alle bezoekers zo te kunnen testen voor HBV. Met name mensen uit hoog endemische landen, met prevalenties van chronische infecties van tussen de 5-15% van de volwassen bevolking, kunnen bronnen zijn van verdere verspreiding.
- Uniforme richtlijnen voor de aanvullende curatieve soa-zorg zijn gewenst. Hierbij kan worden voortgebouwd op de diverse al bestaande richtlijnen.

### **Discussiepunt 3: financiering**

- Huidige structuur handhaven.
- Aanpassing formule doordat hiv wordt toegevoegd.
- In de regeling is financiering opgenomen om bij 20% (1 op de 5) van de bezoekers een extra lichaamslocatie te testen op of Ct of GO: in praktijk blijkt dit bij 67% (2 op de 3) van de bezoekers te zijn. Deze extra testen komen voor rekening van de GGD. Afhankelijk van noodzaak tot testen op meerdere lichaamslocaties (zoals al dan niet therapeutische consequenties) en mogelijkheid om monsters van diverse

lichaamslocaties van een patiënt te poolen (oa PCR vs Elisa's), kan hierop verder bezuinigd worden.

**Andere discussiepunten:**

- Preventie: de koppeling curatie en preventie zit ook in het aangrijpen van een soa-consult. Preventieboodschap tijdens consult blijft een aandachtspunt.
- Voldoet de vergoeding van het personele deel (instellingssubsidie) van de financiering? Is niet expliciet meegenomen in de evaluatie, maar wel zinnig om dit nog te proberen te evalueren. RIVM/Cib checkt in hoeverre dit in de interviews naar voren is gekomen, en neemt zo nodig nog contact op met andere GGD'en.
- Surveillance: is geen doel van de regeling, maar wel een essentieel onderdeel ervan.
- Spanning tussen noodzaak tot prioriteren (zowel om werklust/wachttijden te beperken, als om financieringsdruk te verminderen) en leveren van kwalitatief volwaardige zorg aan hoog risicogroepen, gericht op public health doel van verminderen van transmissie. Dynamische KEA's kunnen daarbij ondersteunen, maar dit zal een aanzienlijke inspanning zijn.

## Bijlage 5: Aantal consulten naar risicogroep

Tabel 1 Opsplitsing van het aantal consulten per indicatiecriterium, juli 2007 - juni 2008 (zonder GGD Amsterdam)

Percentage positieve testen per risicogroep (=indicatiecriterium), een cliënt kan in meerdere risicogroepen vallen.

	Chlamydia Overall: 10,4	Gonorro Overall: 1,8	Syfilis Overall 0,6	Hiv Overall: 0,4	HBV Overall: 0,5	Overall (1 vd 5) 12,3	Overall (1 vd 4)* 2,7
<b>MSM</b>	9,3	6,6	4,1	2,4	1,0	18,2	11,6
<b>Prostituee</b>	6,7	2,1	0,2	0,1	1,9	8,7	3,3
<b>Prostituant</b>	6,7	2,2	0,4	0,2	0,3	9,0	2,8
<b>Afkomstig uit een soa- endemisch gebied</b>	13,7	3,1	1,0	0,8	1,8	17,5	5,2
<b>Klachten</b>	15,4	4,1	1,4	0,6	0,6	19,5	5,7
<b>Jong &lt;= 24 jaar</b>	13,4	1,3	0,1	0,1	0,5	14,3	1,7
<b>Gewaarschuwd</b>	28,3	4,3	1,1	0,8	0,6	31,9	5,8
<b>Verwezen</b>	13,2	3,0	3,1	1,4	1,6	18,2	6,6
<b>≥3 partners de laatste 6 maanden</b>	11,7	2,2	1,0	0,5	1,2	14,8	4,2
<b>Anonimiteit</b>	10,0	1,6	0,6	0,4	0,5	11,8	2,5
<b>Partner uit doelgroep</b>	10,2	3,1	1,4	0,8	0,6	13,9	5,0
<b>Geen enkel criterium</b>	4,9	0,3	0,1	0,1	0,1	5,0	0,4

\*vindpercentage **zonder** chlamydia (GO, LUES, HIV, HBV) of: vindpercentage voor soa anders dan ct

\*vindpercentage overall is lager dan in tabel 7 omdat Amsterdam hierbij niet meegenomen is, van Amsterdam zijn geen cijfers omdat een deel van de indicaties ontbreekt

\*Overall vindpercentages lijken lager dan opgeteld per risicogroep omdat één persoon binnen meer dan één indicatie criterium kan hebben.



**Tabel 2 vindpercentages: Opsplitsing van het aantal consulten per indicatiecriterium waarbij uitgegaan wordt van slechts 1 criterium, juli 2007 - juni 2008 (zonder GGD Amsterdam)**

	Chlamydia	Gonorroë	Syfilis	Hiv	HBV	Overall (1 vd 5)	Overall (1 vd 4)*
<b>ALLEEN MSM</b>	6,6	5,2	3,7	0,7	2,2	14,3	9,2
<b>ALLEEN Prostituee</b>	4,7	1,6	0	0	7,0	6,3	2,7
<b>ALLEEN Prostituut</b>	3,6	0,5	0	0	0	3,9	0,5
<b>ALLEEN Afkomstig uit een soa-endemisch gebied</b>	8,1	0,6	0,4	0,8	0	9,3	1,7
<b>ALLEEN Klachten</b>	8,9	0,9	0,3	0,1	0	9,8	1,2
<b>ALLEEN Jong &lt;= 24 jaar</b>	8,8	0,3	0	0	0,3	8,7	0,4
<b>ALLEEN Gewaarschuwd</b>	24,5	1,3	0,3	0	0	25,6	1,6
<b>ALLEEN Verwezen</b>	0	7,1	0	0	0	6,7	6,7
<b>ALLEEN ≥3 partners de laatste 6 maanden</b>	6,7	0,3	0	0	0,2	7,0	0,4
<b>ALLEEN Anonimiteit</b>	4,0	0,2	0,1	0	0,3	4,3	0,4
<b>ALLEEN Partner uit doelgroep</b>	4,1	0	0	0	0	4,1	0

\*vindpercentage *zonder* chlamydia (GO, LUES, HIV, HBV)

**Tabel 3**  
**Vindpercentages bij jongeren**

	Overall (1 vd 5)	Overall (1 vd 4)*
<b>Jong</b>	14,3	1,7
<b>ALLEEN jong</b>	8,7	0,4
<b>Jong en wisselende contacten</b>	11,5	0,9
<b>Jong en anoniem</b>	7,6	0,3
<b>Jong en klachten</b>	15,4	1,2

\*vindpercentage *zonder* chlamydia (GO, LUES, HIV, HBV)

## Bijlage 6: Aantal consulten naar regio

**Tabel 4**  
Voldoet aan indicatie per regio

	<b>Ja</b>
	<b>Overall: 93,4</b>
<b>Noord-Nederland</b>	94,1
<b>Oost</b>	97,4
<b>Limburg</b>	90,6
<b>Zeeland/Brabant</b>	90,7
<b>Utrecht</b>	98,3
<b>Zuid-Holland Zuid</b>	92,4
<b>Zuid-Holland Noord</b>	93,7
<b>Noord-Holland *</b>	91,3

\* zonder Amsterdam, ontbreekt deel

**Tabel 5**  
Vindpercentages per regio

	<b>Chlamydia 10,3</b>	<b>Gonorro 2,2</b>	<b>Syfilis 0,7</b>	<b>Hiv 0,5</b>	<b>HBV 0,8</b>	<b>Overall (1 vd 5) 12,8</b>	<b>Overall (1 vd 4)* 3,4</b>
<b>Noord-Nederland</b>	9,6	1,3	0,8	0,3	3,2	11,4	2,4
<b>Oost</b>	10,6	2,2	0,6	0,5	0,6	13,0	3,1
<b>Limburg</b>	9,2	1,0	0,3	0,3	0,4	10,6	1,8
<b>Zeeland/Brabant</b>	10,3	1,3	0,4	0,3	0,6	11,2	1,8
<b>Utrecht</b>	8,1	0,8	0,4	0,3	2,0	9,2	1,4
<b>Zuid-Holland Zuid</b>	11,7	2,6	1,4	0,4	0,6	14,7	4,2
<b>Zuid-Holland Noord</b>	10,8	2,2	0,5	0,5	0,5	13,1	3,2
<b>Noord-Holland</b>	10,3	2,7	0,8	0,6	1,0	13,6	4,3

\* vindpercentage zonder chlamydia (GO, LUES, HIV, HBV)

\* vindpercentage overall is hoger in tabel 5 dan tabel 1 omdat hier Amsterdam wel is meegenomen, 12,3% vs 12,8%!

## Bijlage 7: Orale gonorrhoe en chlamydia

	Totaal	MSM
<b>GONORROE</b>		
ALLEEN orale monster GO test	75	14
Aantal pos. Orale diagnoses (% pos)	2 (2,7)	1 (7,1%)
Aantal consulten waarbij op 3 locaties voor GO getest is	12306	6645
Aantal diagnoses ALLEEN orale GO(% pos)	80 (0,7)	71 (1,1%)
Aantal consulten waarbij oraal en urethraal/cervicaal monster GO getest is	5499	735
Aantal diagnoses ALLEEN orale monster GO (% pos)	45 (0,8)	15 (2,0%)
Aantal consulten waarbij alleen oraal en anorectaal GO monster getest is.	23	16
Aantal diagnoses ALLEEN orale monster GO (% pos)	0	0
<b>CHLAMYDIA</b>		
ALLEEN orale monster CT test	65	9
Aantal pos. Orale diagnoses (% pos)	4 (6,2)	0
Aantal consulten waarbij op 3 locaties voor CT getest is	2311	1423
Aantal diagnoses ALLEEN orale monster CT (% pos)	17 (0,7)	10 (0,7%)
Aantal consulten waarbij oraal en urethraal/cervicaal monster CT getest is	4669	4
Aantal diagnoses ALLEEN orale monster CT (% pos)	36 (0,8)	15 (0,6%)
Aantal consulten waarbij alleen oraal en anorectaal monster CT getest is	24	17
Aantal diagnoses ALLEEN orale monster CT (% pos)	0	0

\* GO oraal monster totaal:  $2+80+45+0= 127$

\* GO oraal monster MSM:  $1+71+15+0= 87$

\* Chlamydia oraal monster total:  $4+17+36+0= 57$

\* Chlamydia oral monster MSM:  $0+10+15+= 25$

## Bijlage 8: Overzicht van de CTG tarieven

De grijze velden excl. hiv zijn tarieven die meegenomen zijn in de berekening van de consultprijs van 136 euro

Tabel 10 CTG tarieven

Test	Methode, * is ook poliklinische vergoeding	verr. Code	tarief kosten dl	tarief honorarium	
				2008 (normtijd (2) * onderbouwd minuuttarief(3))	CTG tarief
<b>Gonorrhoea</b>	* Grampreparaat	70501	3,10	1,20	4,30
	PCR/NAAT	70003	36,70	9,94	46,64
	Kweek	75042	12,20	5,65	17,85
	Resistentiebepalingen (beta-lactamase)	70517	2,10	0,86	2,96
	Resistentiebepalingen (antibiotica)	70505	3,10	3,09	6,19
<b>Chlamydia trachomatis</b>	PCR/NAAT	70003	36,70	9,94	46,64
	genotypering (alleen bij vermoeden LGV)	70007	184,50	17,14	201,64
<b>Syfilis</b>	* Donkerveld microscopie	70502	3,10	1,20	4,30
	TPPA/TPHA	70626	3,10	1,20	4,30
	IgG-EIA	71118	9,20	3,43	12,63
<b>HIV</b>	VDRL/RPR	70628	4,30	0,86	5,16
	FTA-Abs	70627	9,20	1,38	10,58
	IgG-blot	70185	42,80	9,94	52,74
	HIV-sneltest (uitsluitend door polikliniek)	geen		0,00	0,00
	HIV antistoffen	71118	9,20	3,43	12,63
	HIV combi antistof/antigeen	71118	9,20	3,43	12,63
	Western blot	70185	42,80	9,94	52,74
<b>Hepatitis B</b>	Anti HBc	71118	9,20	3,43	12,63
	Anti HBs	71118	9,20	3,43	12,63
	HbsAg	71105	9,20	3,09	12,29
<b>Trichomonas</b>	PCR/NAAT	70003	36,70	9,94	46,64
	Kweek	75042	12,20	5,65	17,85
<b>Herpes Orders (extern tarief)</b>	PCR/NAAT	70003	36,70	9,94	46,64
		79991	12,20		

Tarieven 1 januari 2008

**Standpunt adviescommissie  
Actief Testen en counselen**

**Aanscherping actief hiv testbeleid onder  
doelgroepen noodzakelijk**

**Amsterdam, april 2007**

**6 april 2007**

## **Standpunt adviescommissie Actief Testen en counselen\***

### **Aanscherping actief hiv testbeleid onder doelgroepen noodzakelijk**

Sinds 2001 wordt in Nederland een actief testbeleid gevoerd voor hiv en andere soa. Dit beleid is succesvol gebleken; er wordt de afgelopen jaren meer getest, meer gecombineerd getest en er worden meer soa en hiv-infecties gediagnosticeerd. Ondanks dit succes is er de laatste jaren sprake van:

1. een toename van hiv-infecties in Nederland;
2. hiv infecties die worden gemist in professionele testsettings;
3. een relatief late diagnose van hiv;
4. een geringe toename van testen onder MSM;
5. een vals gevoel van veiligheid onder doelgroepen, waardoor doelgroepen zich niet laten testen.

Een aanscherping van het testbeleid op hiv is daarom nodig. Het standpunt van de adviescommissie Actief testbeleid is om doelgroepen standaard te testen op hiv volgens een opting out protocol. Daarbij dienen de doelgroepen expliciet (mondeling) geïnformeerd te worden dat er getest wordt op hiv en wordt aan gestelde randvoorwaarden voldaan. Met doelgroepen wordt bedoeld;

- mensen die een seropositieve partner hebben of hebben gehad;
- mensen die veel seksuele partners hebben of hebben gehad;
- mannen die seksueel contact hebben met mannen;
- mensen afkomstig uit een hiv endemisch gebied;
- mensen die intraveneus drugs (hebben gebruikt) gebruiken;
- mensen die een partner uit één of meer van de hierboven aangeduide groepen hebben of hebben gehad.

Doel van de aanscherping van het actief testbeleid is om hiv-infecties vroegtijdig op te sporen zodat behandeling tijdig kan worden gestart en verdere verspreiding wordt voorkomen.

\* De adviescommissie Actief Testen en Counselen is een voortzetting en uitbreiding van de stuurgroep Actief Testen en Counselen en bestaat uit; Hiv Vereniging Nederland, Schorer, GGD Amsterdam, Mainline, NVAB, V&VN verpleegkundig consulenten hiv/aids en Soa Aids Nederland (zie bijlage 1).

## 1. Aanleiding

### Hiv in Nederland

Het aantal hiv-infecties in Nederland is de afgelopen jaren toegenomen.<sup>1</sup> Tot juni 2006 zijn 12.059 mensen met hiv in zorg, van de naar schatting 18.500 (10.000-28.000) mensen die leven met hiv in Nederland.<sup>2</sup> Dat betekent dat 40% (6.500) van de mensen met hiv niet op de hoogte is van de eigen hiv positieve status.<sup>3</sup>

In Nederland is hiv voor een belangrijk deel bij twee groepen in de samenleving geconcentreerd; bij mannen die seks hebben met mannen (MSM) en bij etnische minderheden. Dit blijkt uit de verdeling van de nieuw gediagnosticeerde hiv-infecties in 2005; 52% werd gevonden bij MSM en 26,5% bij heteroseksuelen van niet Nederlandse afkomst.<sup>1</sup>

Een tweede probleem is dat hiv infecties worden gemist op de soa centra, omdat niet iedere bezoeker standaard op hiv wordt getest. Dat blijkt uit de evaluatie van het actief testbeleid in 2006.<sup>4</sup> Uit Amerikaans onderzoek wordt duidelijk dat mensen die niet bekend zijn met hun hiv status een relatief grote bijdrage leveren in de verdere (seksuele) verspreiding van hiv.<sup>5</sup> Voor Nederland is hier geen onderzoek naar gedaan. Hoewel de omvang van de hiv epidemie niet te vergelijken valt met Nederland, is in de VS 'slechts' 25% van de mensen met hiv niet op de hoogte van hun hiv infectie,<sup>6</sup> terwijl dat in Nederland de genoemde 40% is.

Een derde probleem is dat hiv infecties relatief laat worden opgespoord. Met name onder etnische minderheden lijkt dat een probleem te zijn.<sup>7</sup> Uit onderzoek in de Verenigde Staten en Europa blijkt dat ongeveer 35%-40% van de hiv diagnoses een relatief gevorderde infectie betreft, waarbij in sommige gevallen een opeenvolgende diagnose aids wordt gesteld.<sup>8,9,10,11</sup> De Stichting Hiv Monitoring heeft aangetoond dat ook in Nederland een groot percentage van de nieuwe hiv-infecties die worden opgespoord reeds langer bestaande infecties zijn.<sup>12</sup> Hierdoor is de kans op overlijden groter. Tenslotte toont recent onderzoek aan dat mensen hun eigen risico op het krijgen van hiv onderschatten en zich mede daarom niet laten testen op hiv.<sup>13</sup>

<sup>1</sup> Boer IM de, Op de Coul ELM, Koedijk FDH, Veen MG van, Sighem AI van, Laar MJW van de HIV and Sexually Transmitted Infections in the Netherlands in 2005, December 2006.

<sup>2</sup> Stichting hiv Monitoring, Monitoring of human immunodeficiency virus infection in the Netherlands, report 2006.

<sup>3</sup> Op de Coul, E., Sighem, A. van, Laar, M. van de, Schatting van het aantal volwassenen met HIV/aids in Nederland in 2005, infectieziektenbulletin, jrg. 17, nr 11, 2006.

<sup>4</sup> Evaluatie Actief Testbeleid, Opsporing verzocht!, stuurgroep Actief Testen, juni 2006.

<sup>5</sup> Marks, G., Crepaz, N., Walton Senterfitt, J., Janssen, RS., Meta analysis of high-risk sexual behaviour in persons aware and unaware they are infected with hiv in the United States, implications for hiv prevention programs, J.Acquir Immune Defic Syndr, volume 39, nr. 4 p. 446-453, augustus 2005.

<sup>6</sup> Marks, G., Crepaz, N., Janssen, RS., Estimating sexual transmission of hiv from person aware and unaware that they are infected with the virus in the USA, AIDS, p. 1447-50, juni 2006.

<sup>7</sup> Boer IM de, Op de Coul ELM, Koedijk FDH, Veen MG van, Sighem AI van, Laar MJW van de HIV and Sexually Transmitted Infections in the Netherlands in 2005, December 2006.

<sup>8</sup> Neal JJ., Fleming, PL., Frequency and predictors of late hiv diagnosis in the United States, 1994 through 1999, abstract 9th annual conference on retroviruses and opportunistic infections, 2002.

<sup>9</sup> Delpierre, C., Cuzin, L., et al, High risk groups for late diagnosis of hiv infection: a need for rethinking testing policy in the general population, Aids patient care, p. 838-847, december 2006.

<sup>10</sup> Girardi, E., Sampoalesi, Gentile, M., Increasing proportion of late diagnosis of HIV infection among patients with AIDS in Italy following introduction of combination antiretroviral therapy, J.Acquir Immune defic syndr. P. 71-76, september 2000.

<sup>11</sup> Manavi, K., Macmillan, A., Ogilvie, M., Scott, G, Heterosexual men and women with HIV test positive at a later stage of infection than homo- or bisexual men. Int J STD AIDS. 2004 Dec;15(12):811-4.

<sup>12</sup> Stichting Hiv Monitoring, jaarverslag 2006.

<sup>13</sup> Wit, JBF de, Adam, P., Barriers and facilitators for hiv testing, Utrecht 2006.

## Doelstelling aanscherping actief hiv testbeleid

Deze vier ontwikkelingen maken een aanscherping van het Nederlandse actief testbeleid noodzakelijk. Doelgroepen dienen standaard getest te worden op hiv en andere soa in de soa centra en in de spreekkamer van de huisarts. Doelstelling van deze beleidswijziging is om hiv infecties tijdig op te sporen zodat behandeling kan worden gestart en verdere verspreiding wordt voorkomen.

Ook internationaal wordt gewerkt aan herziening van het hiv-testbeleid. In september 2006 heeft het CDC verscherpte richtlijnen opgesteld voor testen op hiv in de VS.<sup>14</sup> Deze richtlijnen voorzien in routine testen op hiv onder alle 13-64 jarigen, in verschillende settings van de gezondheidszorg. Recent heeft het Civil Society Forum<sup>15</sup> een standpunt ingenomen ten aanzien van hiv screening en werkt UNAIDS/WHO op dit moment aan een standpunt over routinematige hiv screening.<sup>16</sup>

## 2. Testbeleid in Nederland

Op basis van advies van de Gezondheidsraad<sup>17</sup> is in 2001 een actief testbeleid op hiv en andere soa onder doelgroepen uitgewerkt, door de werkgroep Actief Testbeleid. Deze werkgroep bestond uit landelijke organisaties werkzaam op het gebied van soa, hiv en aids.<sup>18</sup> Juist omdat hiv en andere soa zich met name concentreren onder een aantal groepen in Nederland is gekozen voor een gerichte benadering van deze groepen. Daarnaast is het testbeleid gedifferentieerd naar risicogedrag en wordt gewerkt met een "opting in" protocol voor de hiv test. Dat betekent dat expliciete (schriftelijke) toestemming voor het doen van de hiv test wordt gevraagd aan de patiënt. Dit beleid is de afgelopen jaren geïmplementeerd in de praktijk en vertaald in soa richtlijnen voor huisartsen<sup>19</sup> en richtlijnen voor de soa centra.<sup>20</sup>

Uit een evaluatie van het actief testbeleid in 2006 werd duidelijk dat er meer getest wordt en ook meer gecombineerd wordt getest op hiv en soa.<sup>21</sup> Uit tabel 1 wordt de toename in testen en de toename in gecombineerd testen op hiv en andere soa in de soa centra duidelijk. De diagnose hiv werd in 2003 847 gesteld<sup>22</sup> en nam in 2004 toe naar 938<sup>23</sup>, tot 970 nieuwe hiv infecties in 2005.<sup>24</sup>

<sup>14</sup> CDC, Revised recommendations for hiv testing of adults, adolescents, and pregnant women in health care settings, september 2006.

<sup>15</sup> Standpunt Civil Society Forum hiv testen, november 2006.

<sup>16</sup> UNAIDS/WHO, Guidance on provider-initiated hiv testing and counselling in health facilities, draft November 2006.

<sup>17</sup> Gezondheidsraad; Herziening van het hiv-testbeleid; Den Haag, Gezondheidsraad 1999, publicatie nr. 1999-02.

<sup>18</sup> Werkgroep Actief Testbeleid, Actief testen! Een programmatische aanpak voor actiever testen en counselen op hiv en andere soa in Nederland, augustus 2002.

<sup>19</sup> NHG, Het soa consult, december 2004.

<sup>20</sup> Kwaliteitseisen en richtlijnen in de soa centra, Werkgroep kwaliteit aanvullende curatieve soa-zorg, 2005.

<sup>21</sup> Stuurgroep Actief Testbeleid, Opsporing verzocht! Actief testbeleid op hiv en andere soa, juni 2006.

<sup>22</sup> Laar MJW van de, Op de Coul ELM, HIV and Sexually Transmitted Infections in the Netherlands in 2003, December 2004.

<sup>23</sup> Laar MJW van de, Boer, IM de, Koedijk FDH, Op de Coul ELM, HIV and Sexually Transmitted Infections in the Netherlands in 2004, December 2005.

<sup>24</sup> Boer IM de, Op de Coul ELM, Koedijk FDH, Veen MG van, Sighem AI van, Laar MJW van de HIV and Sexually Transmitted Infections in the Netherlands in 2005, December 2006.



	2005	2004	2003	2002	2001
Nieuwe consulten	52278	49701	42.674*	23353	20136**
Soa onderzoek	42%	22365 (45%)	23468 (55%)	11202 (48%)	11103 (55%)
hiv-test	1%	995 (2%)	853 (2%)	2615 (11%)	2784 (13%)
Beiden	57%	26341 (53%)	18348 (43%)	9536 (40%)	6249 (31%)

\* Vanaf 2003 zijn de consulten van GGD Amsterdam opgenomen

\*\* Vanaf 2001 zijn de cijfers van GGD Rotterdam opgenomen

*Tabel 1 Toename van gecombineerd testen op hiv en soa in de soa centra (op basis van jaarverslagen RIVM).*

Ondanks deze toename in testen werd duidelijk dat er ook hiv-infecties worden gemist in de soa centra. Ook in de huisartspraktijk zijn er anekdotische aanwijzingen dat niet alle doelgroepen structureel worden getest op hiv en andere soa, waardoor mogelijk infecties worden gemist. Onder de doelgroepen zelf lijkt testen nog geen vanzelfsprekend issue. Dit blijkt uit de relatief lage percentages mensen die getest zijn op hiv, bijvoorbeeld onder homomannen. In de laatste Schorermonitor bleek bijvoorbeeld 60% van de homomannen ooit getest op hiv en 50% daarvan in het afgelopen jaar.<sup>25</sup> Op basis van deze evaluatie werd een intensivering en verdere implementatie van het actief testbeleid aanbevolen onder professionals en een normalisering van testen onder doelgroepen. Voor MSM wordt momenteel jaarlijks testen op hiv aanbevolen, ook onder prostituees wordt regelmatig soa onderzoek en minimaal één keer per jaar een hiv-test aanbevolen. De doelgroep druggebruikers wordt momenteel sporadisch gezien in het soa centrum of bij de huisarts. Mede hierdoor wordt de hiv diagnose onder druggebruikers later gesteld dan onder bijvoorbeeld MSM. Testen op hiv in verslavingszorginstellingen is nog geen gemeengoed en dient verder te worden geïmplementeerd.

## 2.1 Universele of gerichte screening op hiv

In Nederland hebben we te maken met een geconcentreerde hiv epidemie, die zich met name onder MSM en etnische minderheden afspeelt. De omvang van de epidemie in Nederland is bovendien beperkt, in vergelijking tot de VS.<sup>26</sup> Een algemene screening op hiv zoals deze door het CDC in de VS wordt uitgevoerd lijkt voor Nederland daarom niet de juiste insteek. Bovendien stuit een algemene hiv screening op praktische bezwaren. Door het huidige beleid aan te scherpen en onder doelgroepen standaard te testen op hiv zal er bovendien nog veel winst geboekt kunnen worden. De gerichte screening is in lijn met het standpunt van de WHO/UNAIDS.<sup>27</sup>

## 2.2 Aanscherping hiv testbeleid

<sup>25</sup> Hospers, HJ., Dörfler, TT., Zuilhof, W., Schorer monitor 2006, Amsterdam 2006.

<sup>26</sup> Crepaz, N., Marks, G., Towards an understanding of sexual risk behavior in people living with hiv: a review of social, psychological, and medical findings, p. 135-149, Aids, 2002.

<sup>27</sup> UNAIDS/WHO, Guidance on provider-initiated hiv testing and counselling in health facilities, draft November 2006.

Om hiv infecties in een vroeg stadium op te kunnen sporen, zodat behandeling mogelijk wordt en verdere verspreiding wordt voorkomen, is het nodig het huidige testbeleid aan te scherpen op drie punten, namelijk op doelgroep, op testsetting en op het niveau van de testprocedure.

### 2.2.1 Doelgroepen

De doelgroepen van het actief testbeleid zijn gebaseerd op het eerder aangehaalde advies van de Gezondheidsraad. Het gaat om de volgende groepen:

- mensen die een seropositieve partner hebben of hebben gehad;
- mensen die veel seksuele partners hebben of hebben gehad;
- mannen die seksueel contact hebben met mannen;
- mensen afkomstig uit een hiv endemisch gebied;
- mensen die intraveneus drugs (hebben gebruikt) gebruiken;
- mensen die een partner uit één of meer van de hierboven aangeduide groepen hebben of hebben gehad.

De doelgroep "mensen die veel seksuele partners hebben of hebben gehad" wordt geoperationaliseerd als:

- Prostituees;
- Prostituanten;
- Swingers;
- Mensen met meer dan 3 partners in het afgelopen half jaar.

De keuze voor de nadere afbakening naar prostituees is tot stand gekomen op basis van risico in deze groep en de hogere achtergrond prevalentie van hiv. De afbakening naar prostituanten en swingers is bepaald op basis van risicogedrag in deze groep. Voor de groep 'mensen met meer dan drie partners' wordt aangesloten bij het huidige testbeleid in de soa centra.<sup>28</sup> Evaluatie en monitoring of deze groepen worden bereikt en wat het effect is van dit aangescherpte hiv-testbeleid is daarbij essentieel om dit in de toekomst verder te kunnen aanscherpen.

### 2.2.2 Setting

Een test op hiv kan een emotionele gebeurtenis zijn, zeker als de uitslag van de test positief is. Testen zal dan ook met de nodige zorgvuldigheid moeten worden uitgevoerd en bijvoorkeur alleen in een professionele setting worden gedaan zodat opvang en ondersteuning geboden kunnen worden.

#### *Soa centra*

Sinds 2006 zijn de soa centra opgezet als aanvullende voorziening op de reguliere huisartsenzorg en specifiek bedoeld voor doelgroepen. Het actief testbeleid is vertaald in de richtlijnen voor de soa centra en de doelgroepen van de soa centra komen overeen met de doelgroepen van het actief testbeleid. In de soa centra kan aan de voorwaarden worden voldaan van zorgvuldigheid en opvang en ondersteuning in relatie tot testen op hiv.

---

<sup>28</sup> Kwaliteitseisen en richtlijnen in de soa centra, werkgroep kwaliteit aanvullende curatieve soa-zorg, november 2005.

### *Huisarts*

Ongeveer 70% van de hiv en soa gerelateerde hulpvragen wordt in de huisartssprekkamer gesteld.<sup>29</sup> Per jaar heeft 81% van de Nederlandse bevolking één of meerdere keren (telefonisch) contact met de huisarts.<sup>30</sup> Het bereik van de huisarts is daardoor groot. Zoals aangegeven is het actief testbeleid ook verwerkt in de richtlijnen voor de huisarts. In de huisartspraktijk zal een hiv test pro actief aangeboden worden aan patiënten die tot de genoemde doelgroepen kunnen worden gerekend. Op welke wijze dit geïmplementeerd kan worden zal nog verder moeten worden uitgewerkt.

### *Diagnostisch testen*

Naast screening wordt een hiv test ook uitgevoerd op basis van klinische symptomen. Dit komt regelmatig voor, bijvoorbeeld bij de hiv-behandelaar of in sommige gevallen in de huisartspraktijk. Ook door specialisten, zoals gynaecologen of dermatologen wordt in sommige gevallen op basis van klinische symptomen een hiv-test gedaan. Dit diagnostisch testen dient een prominenter plaats te krijgen in de professionele praktijk. Goede informatievoorziening is ook in deze situatie essentieel.

### *Screening op hiv*

In verschillende situaties wordt gescreend op hiv. Zwangeren worden gescreend, maar ook bloeddonoren worden standaard onderzocht op hiv. Daarnaast wordt in verband met verzekeringen en hypotheek als onderdeel van de medische keuring een hiv-test gedaan.

### *Alternatieve testplaatsen*

Sinds 2002 bestaat in Amsterdam Checkpoint, een innovatieve testfaciliteit die gebruikmaakt van de hiv-sneltest. Doel van de oprichting van Checkpoint was om mensen tot testen te stimuleren en de drempel tot testen, door de inzet van de hiv-sneltest, te verlagen. Dit is een groot succes gebleken, op dit moment wordt nagedacht over de inzet van een speekseltest. Daarnaast zijn er in beperkte mate alternatieve testplaatsen, zoals bij de centra voor seksuele gezondheid waar getest wordt op hiv.

De doelgroep druggebruikers wordt onvoldoende bereikt door bovengenoemde testlocaties. Daarom nemen instellingen voor verslavingszorg in steeds meer regio's initiatieven om de hiv-test actief aan patiënten/ cliënten aan te bieden. In een aantal regio's is er bovendien sprake van een geïntegreerd soa aanbod (al dan niet in samenwerking met de GGD) binnen voorzieningen van de verslavingszorg.

Er bestaat ook een online aanbod voor thuistests op hiv. Een thuistest op hiv wordt niet geadviseerd, omdat een vangnet of ondersteuning ontbreken. Een ander knelpunt met een thuistest is het hanteren van de windowfase; het is de vraag of hier op een juiste wijze mee om wordt gegaan. Daarnaast zijn er in Nederland voldoende laagdrempelige, anonieme en veelal gratis voorzieningen voor het laten doen van een hiv-test. Voor mensen die ervaring hebben met het doen van een hiv-test en goed zijn geïnformeerd kan een thuistest een mogelijkheid zijn.

<sup>29</sup> Bergen, JEAM van, Kerssens, J. Schellevis, F. et al. Prevalence of STI-related consultations in general practice: results from the second Dutch National Survey of General Practice. Br J Gen Pract. 2006 Feb;56(523):104-9.

<sup>30</sup> Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk, NIVEL, 2004.

### 2.2.3 Opting out ipv. opting in

Opting out betekent dat een hiv test "standaard" wordt afgenomen. De patiënt wordt van tevoren expliciet (mondeling) geïnformeerd dat een hiv test wordt uitgevoerd en dient hiertegen actief bezwaar te maken als hij dat niet wenst. Omdat een hiv test verstrekende (psychosociale) gevolgen kan hebben is het expliciet informeren van betrokkene een belangrijk onderdeel van het opting out protocol.

Het huidige testbeleid is gebaseerd op een expliciete (schriftelijke) toestemming (opting in) van de patiënt met de hiv-test. Door deze procedure te verlaten en te werken volgens een "opting out" protocol wordt het bereik van de doelgroep vergroot en worden meer infecties opgespoord.

De hiv test wordt zodoende als onderdeel van het dienstenpakket gezien. Alleen als een cliënt bezwaar maakt tegen de test, kan daarvan worden afgezien. Bij de hiv screening onder zwangere vrouwen wordt sinds 2004 gewerkt met een opting out protocol waarbij meer hiv-infecties worden opgespoord.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> Boer IM de, Op de Coul ELM, Koedijk FDH, Veen MG van, Sighem AI van, Laar MJW van de HIV and Sexually Transmitted Infections in the Netherlands in 2005, December 2006.

### 3. Voordelen en nadelen van testen op hiv

Testen op hiv onder doelgroepen heeft de volgende voordelen:

- Behandeling is mogelijk en kan op het juiste moment worden gestart;
- Verdere verspreiding van hiv wordt voorkomen door mensen die hun status niet kennen;
- Behandeling zorgt voor een lagere viral load waardoor de kans op overdracht wordt beperkt;
- Diverse studies laten zien dat mensen die hun hiv status kennen veiliger vrijen.<sup>32,33</sup>

Aan testen op hiv zijn ook nadelen verbonden:

- Stigma en discriminatie bij het bekend worden van een positieve testuitslag;
- Een positieve testuitslag heeft nog steeds maatschappelijke en juridische gevolgen, bijvoorbeeld voor verzekeraarbaarheid en werk;
- Door een positieve hiv test, word je patiënt en wordt daarmee je leven gemedicaliseerd;
- Meerdere keren negatief testen (dus geen hiv hebben) heeft wellicht gevolgen voor het veilig vrijgedrag. Deze veronderstelling zal nader onderzocht moeten worden.

Studies uit de VS geven aan dat hiv screening kosteneffectief is wanneer dat gebeurt in een populatie met een hiv achtergrondprevalentie van tenminste 0,2%.<sup>34</sup>

#### 3.1 Randvoorwaarden

Om over te kunnen gaan tot standaard testen op hiv in het soa centrum en de huisartsenpraktijk dient aan een drietal randvoorwaarden minimaal voldaan te worden om de kwaliteit van geboden zorg te garanderen:

- Vooraf wordt betrokkene expliciet geïnformeerd dat er (ook) op hiv wordt getest;
- Testen wordt zorgvuldig en vertrouwelijk gedaan;
- De ketenzorg is gewaarborgd voor efficiënte verwijzing van patiënten.

De noodzaak van counseling en andere informatieverstrekking (voorafgaande aan de hiv-test) verschilt sterk per doelgroep. Zo is pretestcounseling minder noodzakelijk voor MSM die goed geïnformeerd zijn en/of voor een herhalingstest komen, en kan dit zelfs contraproductief werken. Voor alle groepen geldt dat bij een positieve uitslag posttestcounseling en het doorspreken van de consequenties van de uitslag onderdeel moet zijn de geboden zorg (= ketenzorg).

Daarnaast dienen goede randvoorwaarden voor bepaalde kwetsbare groepen te worden gecreëerd om testen ook in deze groepen te bevorderen en mogelijk te maken. In het bijzonder wordt hierbij gedacht aan prostituees, waarbij aandacht uitgaat naar uittredmogelijkheden, vervangend werk etc. Ook voor de groep etnische minderheden wordt aandacht gevraagd voor aanvullende randvoorwaarden om testen in deze groep te bevorderen.

<sup>32</sup> Marks, G., Crepaz, N., Walton Senterfitt, J., Janssen, RS., Meta analysis of high-risk sexual behaviour in persons aware and unaware they are infected with hiv in the United States, implications for hiv prevention programs, *J. Acquir Immune Defic Syndr*, volume 39, nr. 4 p. 446-453, augustus 2005.

<sup>33</sup> Weinhardt, LS., Carey, P., Johnson, BT., Bickham, NL., Effects of hiv counseling and testing on sexual risk behaviour: a meta-analytic review of published research, 1985-1997, p. 1397-1405, *American Journal of Public Health*, vol. 89, nr. 9, september 1999.

<sup>34</sup> Paltiel, AD. et al, Expanded HIV screening in the United States: effect on clinical outcomes, HIV transmission, and costs, *Annals of internal medicine*, p. 797-806, December 2006.

Wat betreft druggebruikers dient de hiv-test op een laagdrempelige manier aangeboden te worden. De ervaring leert dat het druggebruikers zo gemakkelijk mogelijk gemaakt moet worden om zich te laten testen. Dit kan gerealiseerd worden door de hiv test via de laagdrempelige verslavingszorg (methadonverstrekking, gebruiksruidten, dagactiviteitencentra etc.) aan te bieden.

## 4. Conclusie

De adviescommissie Actief Testbeleid komt tot de conclusie dat een aanscherping van het testbeleid in Nederland nodig is. Op basis van de toename van hiv in Nederland, hiv infecties die worden gemist, diagnostiek die pas plaatsvindt bij een reeds gevorderde infectie en het gegeven dat veel mensen zich niet bewust zijn van hun risico leidt tot deze conclusie. De adviescommissie Actief Testbeleid concludeert dat de nadelen van standaard testen op hiv onder doelgroepen niet opwegen tegen de voordelen en pleit er daarom voor om standaard op hiv te testen.

In Nederland hebben we te maken met een geconcentreerde hiv-epidemie. Hiv in Nederland komt met name onder MSM, bepaalde etnische groepen en onder druggebruikers relatief vaker voor. Deze en andere doelgroepen dienen standaard getest te worden op hiv en andere soa op basis van het seksuele netwerk waarin zij actief zijn. Bij het werken met een opting out protocol is het essentieel dat wordt voldaan aan de gestelde randvoorwaarden.

Daarnaast wordt gekozen voor dit verscherpte beleid in bepaalde settings. Implementatie van standaard testen op hiv ('opting out') in combinatie met ander soa onderzoek zal in de soa centra ingevoerd dienen te worden. Dit verscherpte beleid zal nauwkeurig gemonitord moeten worden. Om het bereik van de doelgroepen te vergroten en omdat veel mensen de voorkeur geven aan de huisarts bij soa en hiv gerelateerde vragen wordt geadviseerd om dit beleid ook in de huisartspraktijk te implementeren. Daarbij zal een pro actieve benadering door de huisarts essentieel zijn om de doelgroepen aan te spreken op hun hiv status. Dat betekent dat een huisarts een hiv-test ter sprake brengt bij de doelgroep, ook als deze met een andere hulpvraag de huisarts bezoekt. Voor doelgroepen die geen of weinig contact hebben met een huisarts en/ of de soa centra, dient implementatie via andere zorgstructuren (zoals de verslavingszorg in het geval van druggebruikers) gestimuleerd te worden.

Evaluatie en monitoring van dit beleid in de soa centra, de huisartspraktijk en andere settings is aangewezen. Essentieel daarbij is dat kan worden voldaan aan de gestelde randvoorwaarden.

Voor kwetsbare groepen als etnische minderheden en prostituees zal flankerend beleid worden geformuleerd om de randvoorwaarden in deze groepen te kunnen waarborgen.



## Bijlage 1

De adviescommissie Actief testen en counselen bestaat uit:

<b>Hiv Vereniging Nederland</b>	<b>Drs. R. Witlox</b>
<b>Schorer</b>	<b>Drs M. Altenburg</b>
<b>GGD Amsterdam</b>	<b>Dr. H. Fennema</b>
<b>Mainline</b>	<b>Drs. J. Ensdorff</b>
<b>V&amp;VN verpleegkundig consulenten hiv/aids</b>	<b>N. van der Meché</b>
<b>NVAB</b>	<b>Prof. Dr. K. Brinkman</b>
<b>Soa Aids Nederland</b>	<b>Dr. J. van Bergen MPH, drs. D. van Schaik</b>

**RIVM**

Rijksinstituut  
voor Volksgezondheid  
en Milieu

Postbus 1  
3720 BA Bilthoven  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)