

RIVM rapport 441100019/2005

**HIV-surveys bij hoog-risicogroepen in
Rotterdam 2002-2003**

M.G. van Veen¹, R.J. Beuker¹, O. de Brito²,
H. Götz², M. de Koster², W. Al Taqatqa²,
O. de Zwart², M.J.W. van de Laar¹

¹ RIVM, Centrum voor Infectieziekten
Epidemiologie (CIE), Bilthoven

² GGD Rotterdam en omstreken, Rotterdam

Contact:

Maaïke van Veen
Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie
Maaïke.van.veen@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht en ten laste van het ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport, in het kader van project V/441100/10/HS, HIV-surveys onder hoog-
risicogroepen in Nederland, 2002-2005

Rapport in het kort

HIV-survey onder hoog-risicogroepen in Rotterdam 2002-2003

Er bestaat een potentieel risico op verspreiding van HIV en SOA vanuit hoog-risicogroepen naar de rest van de bevolking in Nederland. Dit blijkt uit de eerste HIV-survey onder migranten en prostituees die is uitgevoerd in Rotterdam. Hierbij is gevonden dat de HIV-prevalentie onder prostituees 7% is, onder injecterende druggebruikers 10%, onder Kaapverdianen 1% en onder Surinamers en Antillianen 0%. Het seksueel risicogedrag bij deze groepen is hoog.

Doel van de survey was inzicht te verkrijgen in het vóórkomen van HIV, seksueel risicogedrag en de potentie tot verspreiding hiervan bij prostituees, druggebruikers en migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden. De surveys zijn een onderdeel van de HIV-surveillance in Nederland.

De HIV-prevalentie onder prostituees op de tippelzone (12%) is hoger dan bij prostituees in clubs (2%). Prostituees gebruiken vaak condooms met klanten (88%), echter deze condooms gaan regelmatig stuk (49%). Het aantal jaren werkzaam in de prostitutie, transgender prostituees en het spuiten van drugs waren geassocieerd met een HIV-infectie.

Het seksueel risicogedrag onder migranten is hoog en hoger bij mannen dan bij vrouwen; dat wil zeggen veel partners, meer gelijktijdige partners en weinig condoomgebruik met vaste en losse partners. Door de vele seksuele contacten onderling en tussen de verschillende etnische groepen bestaat de kans op snelle verspreiding van HIV binnen deze groep migranten en naar de rest van de bevolking.

De HIV-prevalentie onder injecterende druggebruikers is ongeveer hetzelfde gebleven ten opzichte van eerder onderzoek in 1997. Het spuitgedrag is minder risicovol geworden, echter het seksuele risicogedrag is hoog gebleven.

De resultaten van de HIV-surveys worden gebruikt voor het preventiebeleid in Rotterdam.

Trefwoorden: HIV, surveillance, hoog-risicogroepen, migranten, prostituees, druggebruikers

Abstract

HIV-surveys among high risk populations in Rotterdam 2002-2003

There is a potential risk for further spread of HIV and STI from high risk groups into the general population in the Netherlands. These are the main conclusions of the first HIV survey among high risk groups in Rotterdam. Among commercial sex workers (CSW) the HIV prevalence is 7%, 10% among injecting drug users (IDU), 1% among Cape Verde migrants and 0% among Surinamese and Antillean migrants. Sexual risk behaviour is high in these groups.

The objectives were to assess the HIV prevalence, related risk behaviours among CSW, IDU and migrants from HIV endemic countries, and the potential of HIV transmission into the general population. This survey is part of the national HIV-surveillance.

HIV prevalence among CSW in Rotterdam is higher in street-based prostitution (12%) than in establishment-based prostitution (2%). HIV prevalence among transgender sex workers is 20%. Condom use with customers is high (88%), although condom failure is reported regularly (49%). Condom use with steady and casual partners is low (15% and 25%, respectively) and so potentially capable of further HIV spreading to the general population.

Substantial sexual risk behaviour is reported in the migrant groups, more in males than females: many sexual partners, concurrent partnerships and less frequent condom use with steady and casual partners (10% and 44%, respectively). Sexual contacts during visits to their countries of origin were reported by 19-32% of the respondents. Due to unsafe sex practices, concurrent partnerships, multiple partners and mixing between ethnic groups, further transmission of HIV and STI in the general population is a potential risk.

HIV prevalence among IDU did not change significantly in comparison with prior studies in 1997. IDU shared less needles and syringes over time; however inconsistent condom use remained high: 85% with steady partners, 43% with casual partners. The potential for further spread is considerable due to the high HIV prevalence, the reported unsafe sex behaviour and the sexual mixing between IDU and non-IDU.

Results of this survey will be used to target future prevention activities of the Municipal Health Service in Rotterdam. Repeated HIV-surveys are needed to monitor trends in sexual behaviour in high risk groups.

Keywords: HIV, surveillance, high risk populations, migrants, CSW, IDU

Inhoud

Samenvatting	6
1. Inleiding	7
1.1 Achtergrond	7
1.2 Vraagstelling	7
1.3 Indeling van het rapport	8
2. Methode HIV-surveys bij hoog-risicogroepen	9
2.1 Algemene opzet en werkwijze	9
2.2 Populatie	9
2.2.1 Injecterende druggebruikers	9
2.2.2 Prostituees	10
2.2.3 Migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden	10
2.3 Opzet van veldwerk	11
2.3.1 Interviewers	11
2.3.2 Steekproef	12
2.3.3 Werving	12
2.4 Gegevensverzameling	13
2.4.1 Informatiefolder	13
2.4.2 Vragenlijst	13
2.5 Laboratoriumonderzoek	14
2.6 Gegevensverwerking	15
2.7 HIV-survey in Rotterdam	16
2.7.1 Populatie	16
2.7.2 Steekproef	17
2.7.3 Werving	18
2.7.4 Interviewers	19
2.7.5 Folder en vragenlijst	19
3. Prostituees	21
3.1 Doelstelling	21
3.2 Populatie en methoden	21
3.3 Resultaten	21
3.3.1 Werving en non-respons	21
3.3.2 Karakteristieken van de onderzoekspopulatie	22
3.3.3 HIV-prevalentie en zelfgerapporteerde HIV-status	22
3.3.4 Risicogedrag	23
3.3.5 Transgenders	25
3.3.6 Determinanten voor HIV-infectie	25
3.4 Discussie	26
3.4.1 Werving en non-respons	26
3.4.2 HIV-prevalentie	26
3.4.3 Seksueel risicogedrag prostituees op tippelzone en in clubs	27
3.4.4 Risicogedrag en brugfunctie	27
3.5 Conclusies en aanbevelingen	28

4. Migranten	29
4.1 Doelstelling	29
4.2 Populatie en methoden	29
4.3 Resultaten	29
4.3.1 Werving	29
4.3.2 Non-respons	30
4.3.3 Karakteristieken van de onderzoekspopulatie	30
4.3.4 HIV-prevalentie en HIV-testgedrag	31
4.3.5 Seksueel risicogedrag	32
4.3.6 Mixing	33
4.3.7 Reisgedrag naar land van herkomst	33
4.3.8 SOA-onderzoek	34
4.3.9 Stellingen AIDS en condoomgebruik	34
4.4 Bezoekers discotheek	35
4.5 Discussie	35
4.5.1 Werving en non-respons	35
4.5.2 HIV-prevalentie en HIV-test gedrag	36
4.5.3 Seksueel risicogedrag	37
4.5.4 Verspreiding van HIV naar algemene bevolking	39
4.6 Conclusie en aanbevelingen	39
5. Algemene conclusies en aanbevelingen	41
Dankwoord	42
Literatuurlijst	43
Bijlage 1 Tabellen Prostituees	47
Bijlage 2 Tabellen Migranten	57
Bijlage 3 Tabellen Bezoekers Discotheek	69
Bijlage 4 Extra vragen GGD Rotterdam	72
Bijlage 5 Vragenlijst HIV-surveys	77
Bijlage 6 Procesevaluatie haalbaarheidsstudie HIV-surveys Rotterdam	81
Bijlage 7 Reguliere meting onder injecterende druggebruikers in Rotterdam (NTVG)	88
Bijlage 8 Afkortingen en definities	94

Samenvatting

Dit rapport beschrijft de resultaten van de eerste HIV-survey onder hoog-risicogroepen in Rotterdam. Het doel van dit onderzoek was (1) om de HIV prevalentie en het risicogedrag bij hoog-risicogroepen te onderzoeken; en (2) om de haalbaarheid van onderzoek in deze groepen te toetsen. In Rotterdam is onderzoek gedaan bij migranten, prostituees en injecterende druggebruikers (ID). Het onderzoek bij ID is ook uitgevoerd in 1994 en 1997.

Prostituees

De HIV-prevalentie onder prostituees in Rotterdam is 7% (8/109, 95% BI 3-12%), deze is hoger op de tippelzone (12%) dan bij prostituees in clubs (2%). De HIV-prevalentie onder transgenders is 20%. Het condoomgebruik met klanten is hoog (88%), maar een groot deel van de prostituees (49%) rapporteert condoomklappers. Condoomgebruik met vaste en losse partners is laag (respectievelijk 15% en 25%). Het aantal jaren werk in de prostitutie, transgenders en het spuiten van drugs zijn geassocieerd met HIV. Gegeven de HIV-prevalentie en het hoge risicogedrag bestaat de mogelijkheid voor verspreiding van HIV vanuit de prostituees via hun klanten naar de rest van de bevolking.

Migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden

De HIV-prevalentie onder Kaapverdianen is 1% (2/192, 95% BI 0-4%). Er waren geen HIV-positieve Antillianen (0/180) en Surinamers (0/207). Het seksueel risicogedrag is aanzienlijk en hoger bij mannen dan bij vrouwen: veel partners, meer gelijktijdige partners en het condoomgebruik met vaste en losse partners is laag (10% en 44% respectievelijk). Van de migranten rapporteert 19-32% seksuele contacten in het land van herkomst waar de HIV-prevalentie hoger is. Door vele seksuele contacten tussen verschillende etnische groepen kunnen HIV en SOA naar de rest van de bevolking worden verspreid. 28% van de migranten heeft zich eerder op HIV laten testen en 18% in het voorgaande jaar op SOA. Bij 21% van deze onderzoeken is een SOA vastgesteld. De HIV-prevalentie is 0% (0/52) onder bezoekers van een discotheek in Rotterdam, die tijdens één avond zijn geïnterviewd. Het seksuele risicogedrag lijkt hoog: weinig condoomgebruik met vaste en losse partners (10% en 29% respectievelijk) en een negatieve houding ten aanzien van condoomgebruik.

Injecterende druggebruikers

De prevalentie van HIV onder ID is 10% (43/423) en is onveranderd gebleven ten opzichte van eerdere metingen in 1997 (9%) en 1994 (11%). Het spuitgedrag is minder risicovol geworden, echter het seksuele risicogedrag is onverminderd hoog gebleven.

Deze resultaten vormen een basis voor preventiestrategieën van de GGD Rotterdam en omstreken. Het uitvoeren van herhaalde studies in een beperkt aantal steden in Nederland, waaronder Rotterdam, levert voldoende informatie op voor een verantwoorde HIV surveillance bij hoog-risicogroepen in Nederland. Het verdient aanbeveling om in 2006/2007 in Rotterdam een herhaalde meting uit te voeren om trends in seksueel risicogedrag te monitoren.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

Volgens de criteria van de UNAIDS/WHO heeft Nederland een geconcentreerde HIV-epidemie, met een lage HIV-prevalentie in de algemene bevolking, maar een relatief hoge prevalentie ($> 5\%$) in tenminste één subpopulatie.(1) In Nederland zijn hoge HIV-prevalenties aangetoond onder mannen met homoseksuele contacten en injecterende druggebruikers (ID).(2) (3-6) Het toekomstige verloop van een geconcentreerde HIV-epidemie wordt bepaald door de frequentie en aard van (seksuele) contacten tussen deze populaties en de algemene bevolking. UNAIDS/WHO beveelt HIV-serosurveillance en gedragssurveillance in hoogrisicogroepen aan om inzicht te krijgen in de prevalentie van HIV-infecties en het risicogedrag.(1)

Tot 2002 was de HIV-surveillance in Nederland gebaseerd op een vrijwillige aangifte van nieuwe patiënten met AIDS, aangevuld met surveys naar HIV-infectie en risicogedrag onder injecterende druggebruikers (1994-2000), bezoekers van SOA-poliklinieken (sinds 1994) en bezoekers van twee verloskundige klinieken en een kliniek voor zwangerschapsbeëindiging (1996-2000). Door antiretrovirale combinatietherapie (HAART: Highly Active Antiretroviral Therapy) in 1996, werd het ontstaan van AIDS uitgesteld. Hierdoor is de incubatietijd van AIDS met een nog onbekende tijd verlengd. In 2001 heeft de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) een advies uitgebracht over de toekomst van HIV surveillance in Nederland.(7) De commissie adviseerde om de HIV-surveillance uit te breiden met een landelijke HIV-registratie. Daarnaast achtte de RGO-commissie het gewenst HIV-surveillance en gedragsonderzoek te verrichten bij andere hoogrisicogroepen, zoals prostituees en hun klanten, biseksuele mannen en migranten uit HIV-endemische gebieden. Mede omdat deze groepen een brugfunctie kunnen vervullen voor verspreiding naar de algemene bevolking. Naar aanleiding van het RGO advies, is in 2002 een HIV-survey gestart bij prostituees en migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden.

1.2 Vraagstelling

Het doel van de HIV-surveys is het verkrijgen van inzicht in de HIV-prevalentie en het voorkomen van risicogedrag bij hoogrisicogroepen in Nederland. Hiermee kan inzicht worden verkregen in de omvang van de HIV-epidemie in deze groepen en het risico van verdere verspreiding van HIV. Indien herhaalde metingen plaatsvinden, kunnen relevante veranderingen in de tijd gesignaleerd worden. Demografische kenmerken en gegevens over risicogedrag zijn van belang om risicofactoren te identificeren en gerichte preventieactiviteiten te ontwikkelen.(8) Deze doelstellingen zijn geoperationaliseerd in onderstaande vraagstellingen.

Algemene vraagstellingen HIV-surveys:

1. Wat is de HIV prevalentie bij hoogrisicogroepen (ID, prostituees, migranten)?
2. Wat is de mate van risicogedrag in deze groep, dat wil zeggen onveilig spuitgedrag en onveilig seksueel gedrag?
3. Vormen deze groepen een brugpopulatie voor de overdracht van HIV naar andere bevolkingsgroepen of naar de algemene bevolking?

Specifieke vraagstelling haalbaarheidsstudie:

1. Op welke locaties en via welke methode kunnen migranten en prostituees voor een anonieme HIV-survey geworven worden?
2. Hoe groot is de groep weigeraars, wat zijn de kenmerken van deze groep en wat is de voornaamste reden van weigering?
3. Leiden sommige vragen tot problemen en/of weigering van antwoorden?
4. Worden door de gestelde vragen in de vragenlijst de onderzoeksvragen beantwoord?

Ten behoeve van de GGD van Rotterdam e.o. is een aantal extra onderzoeksvragen toegevoegd:

1. In hoeverre maken ID, migranten en prostituees gebruik van voorzieningen op het terrein van SOA onderzoek?
2. In hoeverre zijn migranten bekend met preventieactiviteiten op het terrein van SOA en HIV door verschillende organisaties?
3. In hoeverre maken ID en prostituees gebruik van voorlichting op het gebied van veilig spuiten en veilig vrijen?
4. Wat doen ID met gebruikte spuiten?

Deze onderzoeksvragen worden besproken in Bijlage 4.

1.3 Indeling van het rapport

In hoofdstuk 2 van dit rapport wordt de algemene opzet en werkwijze van de HIV-surveys besproken. In paragraaf 2.7 wordt ingegaan op de werkwijze in Rotterdam. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van prostituees beschreven en in hoofdstuk 4 de resultaten van migranten. De tabellen van hoofdstuk 3 en 4 zijn opgenomen in bijlage 1-3 achterin het rapport. In hoofdstuk 5 worden conclusies en aanbevelingen beschreven. De aanvullende vragen van de GGD Rotterdam e.o. zijn beschreven in bijlage 4 en in bijlage 5 is de opbouw van de vragenlijst beschreven. Bijlage 6 bevat de procesevaluatie van de eerste HIV-survey en bijlage 7 het NTVG artikel over de HIV-survey bij ID in Rotterdam. Bijlage 8 bevat een verklarende woordenlijst.

2. Methode HIV-surveys bij hoog-risicogroepen

2.1 Algemene opzet en werkwijze

De HIV-survey is opgezet als een dwarsdoorsnede onderzoek, waarbij gegevens in een relatief korte tijdsperiode worden verzameld. De gegevens worden verzameld voor surveillance doeleinden, waarbij de nadruk ligt op resultaten op populatieniveau. Praktisch gezien bleek het niet mogelijk de gegevensverzameling in zeer korte tijd te laten plaatsvinden. Dit heeft te maken met de bereikbaarheid van de doelgroepen, het aantal interviews en de daarvoor beschikbare interviewcapaciteit. Er wordt aangenomen dat de HIV-prevalentie in de doelgroepen dermate stabiel is dat een veldwerkperiode van ongeveer drie maanden een puntschatting van deze prevalentie oplevert.

Het onderzoek is vrijwillig en volledig anoniem. Getrainde interviewers nemen bij deelnemers een vragenlijst af naar demografische kenmerken en risicogedrag. Daarnaast wordt een speekselmonster voor bepaling van aanwezigheid van HIV-antistoffen verzameld. Deelnemers krijgen vanwege de anonimiteit van het onderzoek geen uitslag van de speekseltest. Daarnaast is de speekseltest op HIV-antistoffen alleen geschikt voor surveillance onderzoek en (nog) niet voor individuele diagnoses.⁽⁹⁻¹¹⁾ Er wordt een mondeling ‘informed consent’ gevraagd. De interviewer tekent vóór afname van het interview een verklaring dat de ‘informed consent’-procedure is toegelicht en dat toestemming voor deelname is gegeven. Na deelname wordt een vergoeding van tien euro verstrekt. Het onderzoek is uitgevoerd volgens de richtlijnen van ‘Good Epidemiology Practices’.⁽¹²⁾ De Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) van TNO heeft met het onderzoek ingestemd.

2.2 Populatie

Per stad wordt gekeken welke doelgroepen vertegenwoordigd zijn en in overleg met de GGD wordt bepaald welke doelgroepen onderzocht worden.

2.2.1 Injecterende druggebruikers

Injecterende druggebruikers (ID) zijn in Nederland een risicogroep voor HIV. Door het lenen van gebruikte spuiten en naalden en onveilige seksuele contacten lopen ID risico op een HIV-infectie. Via prostitutie en seksuele contacten met niet-(injecterende) druggebruikers kunnen zij een brugfunctie vervullen voor verspreiding van HIV naar de algemene bevolking. In HIV-surveys in diverse steden in Nederland werd onder ID een HIV-prevalentie gevonden variërend tussen 1% en 26%. Een aanzienlijk deel van de deelnemers had in de zes maanden voorafgaand aan het onderzoek spuiten of naalden van een ander geleend (11%-30% van de actuele spuiters) en niet altijd een condoom gebruikt met vaste partners (83%-96%) en losse partners (17%-50%).⁽¹³⁾ Gezien het persisterende spuitgerelateerde en seksuele risicogedrag werd voortzetting van deze HIV-surveillance wenselijk geacht.

Inclusiecriteria voor deze doelgroep zijn:

- Deelnemer moet ooit drugs hebben gespoten
- Deelnemer moet in de zes maanden voorafgaand aan het interview regelmatig (gemiddeld tenminste 1 dag per week) harddrugs hebben gebruikt (heroïne, cocaïne, amfetamine en/of methadon)

2.2.2 Prostituees

Bij prostituees in Nederland is het voorkomen van HIV nauwelijks onderzocht. In 1996 werd in een onderzoek onder prostituees in de tippelzone in Amsterdam een HIV-prevalentie gevonden van 24% bij travestieten en transseksuelen. Onder vrouwelijke prostituees werden geen HIV-infecties gevonden.(14) Hoewel condoomgebruik met klanten hoog was, bleken condooms vaak verkeerd gebruikt te worden of kapot te gaan. In een studie in Rome werd bij buitenlandse vrouwelijke prostituees een HIV-prevalentie gevonden van 6% en bij transseksuelen 20%.(15) In een studie onder travestieten en transseksuelen in de Rotterdamse straatprostitutie in 1996 werd een HIV-prevalentie van 8% gevonden.(16) Omdat prostituees veel seksuele contacten hebben en hun klanten een brug kunnen vormen naar de algemene bevolking is surveillance in deze groep gewenst om meer inzicht te krijgen in het voorkomen van HIV en risicogedrag. Hierbij is het van belang meerdere soorten van prostitutie (vb. tippelzone, clubs, raamprostitutie) te bestuderen om eventuele verschillen in HIV-prevalentie en gedrag te vinden. Het inclusie criterium deze doelgroep is:

- Deelnemer is werkzaam als prostituee in de zes maanden voorafgaand aan het interview

2.2.3 Migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden

Het voorkomen van HIV in Nederland bij migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden is nauwelijks onderzocht. Veel migranten brengen regelmatig een bezoek aan hun land van herkomst, waar heteroseksueel contact de belangrijkste transmissieroute is van HIV.

Mogelijk kan deze groep door 'mixing' (seksuele contacten tussen partners van verschillende etniciteiten) een brugpopulatie vormen voor de overdracht van HIV naar andere bevolkingsgroepen of de algemene bevolking. In Nederland vormen Surinamers, Antillianen en sub-Sahara Afrikanen grote migrantengroepen. Dit onderzoek beperkt zich tot de grootste migrantengroepen die afkomstig zijn uit gebieden waar HIV endemisch is. In 2002 woonden 315.000 Surinamers in Nederland en 125.000 Antillianen.(17) Daarnaast wordt per stad een groep sub-Sahara Afrikanen in het onderzoek opgenomen, afhankelijk van de etnische samenstelling.

De HIV-prevalentie in Suriname wordt geschat op 1,7% (95% BI 0,5-5,8%).(18) De resultaten van HIV screening onder zwangeren van verschillende poliklinieken in Suriname laten HIV prevalenties zien van 0,0% tot 8,7% (gemiddeld 1,0%).(19) In 2002 waren er circa 1300 (± 0,8%) HIV-geïnfecteerden geregistreerd in de Nederlandse Antillen (exclusief Aruba).(20) De HIV-prevalentie onder volwassenen in sub-Sahara Afrika gemiddeld 7,5% in 2003 met veel verschillen per land.(21)

Bijna de helft van de Afrikaanse migranten die in Engeland wonen, bezoekt het land van herkomst binnen 5 jaar, waarbij 40% van de mannen en 21% van de vrouwen nieuwe seksuele relaties heeft.(22) Bij Surinamers, Antillianen en sub-Sahara Afrikanen in Amsterdam werd in 1997/1998 bij 1,1% een HIV-infectie gevonden. Dit is een hoger percentage dan in de algemene Nederlandse bevolking (0,2%).(23) Door de deelnemers werd ook veelvuldig seksueel contact in het land van herkomst gerapporteerd. Risicogedrag en seksueel contact tussen verschillende etnische groepen kwam regelmatig voor. (24) Meer recent neemt in de registratie van HIV-behandelcentra door de Stichting HIV Monitoring in Nederland het aantal HIV-positieve heteroseksuelen toe.(25) Daarbij neemt het aandeel niet-westerse personen toe.(26,27) Bij de HIV-screening onder zwangere vrouwen in Amsterdam bleek in 2003 dat 26 van de 35 HIV-positieve vrouwen van niet-Nederlandse herkomst waren.(28) Om meer inzicht te krijgen in het voorkomen van HIV bij migranten en het voorkomen van risicogedrag is nader onderzoek nodig. De inclusiecriteria voor deze doelgroep zijn als volgt:

- Deelnemer of één of beide ouders is geboren in Suriname, Nederlandse Antillen, Aruba of één van de landen gelegen ten zuiden van de Sahara
- Ten tijde van het interview is de deelnemer woonachtig in Nederland
- Deelnemer heeft een leeftijd tussen 18 en 55 jaar

2.3 Opzet van veldwerk

2.3.1 Interviewers

Het veldwerk wordt uitgevoerd door getrainde interviewers en wordt gecoördineerd door de veldwerkcoördinator. De interviewers worden ingewerkt tijdens twee trainingsbijeenkomsten. Tijdens de eerste bijeenkomst wordt de achtergrond, doel en opzet van het onderzoek besproken, de taak van interviewers hierbij en methode van werving. Voor de interviewers is een draaiboek ontwikkeld waarin de logistiek van de werving is beschreven (contactpersonen, materiaal, werving, inclusiecriteria, non-respons, interview en speekselafname, vragenlijst, verzending van speekselmonsters). De interviewers krijgen het draaiboek van het onderzoek, informatiefolders en vragenlijst(en) mee naar huis. De tweede bijeenkomst is bedoeld voor het beantwoorden van vragen, bespreken van het draaiboek, bespreken van de vragenlijst en speekselafname en oefenen met het interview.

De interviewer neemt op een systematische manier de schriftelijke vragenlijst bij de deelnemer af. Er is gekozen voor het afnemen van de vragenlijst door een getrainde interviewer omdat de vragenlijst te ingewikkeld is voor een deelnemer om deze zelfstandig in te vullen. Met deze manier van veldwerk is ruimschoots ervaring opgedaan tijdens HIV-surveys bij injecterende druggebruikers in verschillende steden in Nederland. Geschikte interviewers worden geworven via het netwerk van de GGD en via sleutelorganisaties. Voor de doelgroep injecterende druggebruikers wordt gestreefd naar interviewers die werkzaam zijn in de voorlichting bij deze groep. Voor de doelgroep prostituees worden interviewers ingezet die de taal spreken van de deelnemers en die veelal werkzaam zijn in de voorlichting bij deze groep.

Voor de doelgroep migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden worden interviewers van verschillende etniciteit ingezet. Inzetten van interviewers in het onderzoek die werkzaam zijn als Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC) bij de GGD verdient de voorkeur. Zij zijn getraind op (gezondheids)communicatie in de eigen taal in overeenstemming met de normen en waarden van de doelgroepen en bovendien hebben ze vaak een uitgebreid netwerk aan sociale contacten binnen hun gemeenschap.

2.3.2 Steekproef

Het is, bij gebrek aan een geschikt steekproefkader, niet mogelijk om een aselechte steekproef onder druggebruikers en prostituees te trekken. Er is gekozen om te werken via het actief benaderen van de doelgroepen. Op de onderzoekslocaties worden personen die voldoen aan de inclusiecriteria actief gevraagd om mee te werken. Bij de migrantendoelgroep zou een steekproef gebruikt kunnen worden uit de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA). Echter bij gebruik van deze steekproef komt de anonimiteit van het onderzoek in het geding en is de respons naar verwachting laag. Daarnaast kunnen migranten die niet beschikken over een verblijfsvergunning op deze manier niet benaderd worden voor deelname aan het onderzoek. Ook migranten zijn via actieve werving op ontmoetingsplaatsen benaderd voor deelname aan het onderzoek. Bij de berekening van de steekproefgrootte in een herhaalde meting zal uitgegaan worden van de prevalentie die in een eerdere meting is gevonden. Bij migranten en prostituees is nog niet eerder een meting gedaan. Voor bepaling van de steekproefgrootte in deze groepen is gebruik gemaakt van een onderzoek in Amsterdam onder Surinamers, Antillianen en sub-Sahara Afrikanen waar een HIV-prevalentie is gevonden van 1%.(24) Bij een populatie van 200 deelnemers kan bij een gemeten prevalentie van 2% een 95% BI geschat worden van 0-4%.

2.3.3 Werving

In overleg met de GGD wordt een keuze gemaakt van doelgroepen die opgenomen worden in het onderzoek. Daarna wordt er per groep een sociale kaart gemaakt met:

1. de geografische verdeling van deze groep in de stad
2. lokale activiteiten van deze groep in de stad (bijvoorbeeld werkplekken, evenementen van sport en muziek)
3. cultureel bepaalde ontmoetingsplekken (relevant bij migrantenwerving en ID werving)

Deze sociale kaart wordt gebruikt bij de keuze van geschikte wervingslocaties. Hierbij worden sleutelorganisaties die actief zijn in deze doelgroepen betrokken, zodat er een zo volledig mogelijk beeld ontstaat van de onderzoekspopulatie en de activiteiten in de regio. Met behulp van de sociale kaart kan worden ingeschat hoe de werving verdeeld moet zijn over de werfplekken. ID worden voornamelijk via de hulpverlening (methadonverstrekking, spuitomruil) geworven, aangevuld met werving op straat. Door op verschillende dagdelen ID te werven krijgt iedereen dezelfde kans om mee te doen, wat een selectiebias vermindert. In deze haalbaarheidsstudie wordt onderzocht op welke manier migranten en prostituees het best kunnen worden benaderd. De locaties waar prostituees geworven worden, zijn erg afhankelijk van de lokale situatie.

Op de tippelzone kan de werving bijvoorbeeld gekoppeld worden aan bestaande activiteiten. Werving op clubs of bordelen kan gekoppeld worden aan voorlichtingsbezoeken van de GGD. Migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden worden geworven op ontmoetingsplekken zoals multiculturele festivals, markten, kerken, buurt- en clubhuizen en sporttoernooien. Tevens is het van belang op een multi-etnische locatie in het uitgaanscircuit te werven om de interactie tussen verschillende etniciteiten te onderzoeken.

2.4 Gegevensverzameling

2.4.1 Informatiefolder

Voorafgaand aan het interview krijgen potentiële deelnemers een informatiefolder over het onderzoek uitgereikt. In deze folder wordt het doel en de methode van het onderzoek beschreven en er zijn adressen in opgenomen waar men terecht kan voor een reguliere HIV-test of een SOA-onderzoek. Deze informatiefolder is afgestemd op de doelgroep van het onderzoek. Ze zijn in verschillende talen beschikbaar.

2.4.2 Vragenlijst

Voor de gegevensverzameling van het onderzoek is een vragenlijst ontwikkeld op basis van ander onderzoek en eerder gebruikte vragenlijsten bij metingen bij druggebruikers. De vragenlijst is opgebouwd uit verschillende onderdelen (zie ook Bijlage 5):

- Insluitcriteria en informed consent-procedure
- Werving
- Demografie
- Seksueel gedrag met vaste partner
- Seksueel gedrag met losse partner(s)
- Druggebruik
- Eerder HIV-test
- SOA voorgeschiedenis
- Overig (risico)gedrag

Voordat de interviewer de vragenlijst afneemt bij de deelnemer wordt een aantal vragen gesteld om te bepalen of de deelnemer aan de inclusiecriteria voldoet. Als de deelnemer voldoet aan de inclusiecriteria dan wordt de informed consent procedure doorlopen. Vervolgens wordt de datum en plaats van werving genoteerd. De vragenlijst begint met algemene vragen over demografische kenmerken. De vragen over seksueel gedrag betreft algemene vragen (aantal partners afgelopen 5 jaar, betaalde seks, etcetera) en vragen over seksueel gedrag met vaste partner(s) en losse partner(s). In de vragenlijst is vaste partner geoperationaliseerd als ‘de seksuele partner die de respondent zelf als vaste partner beschouwt’. Bij onduidelijkheid is de volgende definitie gegeven: een vaste partner is een persoon met wie de deelnemer minimaal drie maanden een relatie heeft en waarmee hij/zij regelmatig seksueel contact heeft. Alle andere partners zijn losse partners. Vragen over de vaste partner hebben betrekking op het geslacht, de duur van de relatie en condoomgebruik.

De vragen over losse partner(s) hebben betrekking op het aantal losse partner(s) in de voorgaande zes maanden, geslacht en condoomgebruik. Onder consistent condoomgebruik wordt verstaan 'altijd' een condoom gebruiken tijdens seksueel contact met de partner waar de vraag betrekking op heeft. Inconsistent condoomgebruik is 'niet altijd' of 'nooit' een condoom gebruiken tijdens seksueel contact. In elke vragenlijst is een aantal vragen over druggebruik opgenomen. Er wordt gevraagd of de deelnemer drugs heeft gespoten en of hij/zij ooit seksueel contact heeft gehad met iemand die harddrugs heeft gespoten. De vragenlijst bevat een aantal vragen over HIV-testgedrag en SOA voorgeschiedenis.

Per doelgroep is een aantal specifieke vragen aan de vragenlijst toegevoegd. De vragenlijst bij druggebruikers gaat in op druggebruik en aan drugs gerelateerd risicogedrag, zoals het lenen en uitlenen van spuitmaterialen (recent en ooit), gevangenisverblijf, mobiliteit in verschillende steden, betaalde seksuele contacten en methadongebruik.

In de vragenlijst bij prostituees zijn vragen toegevoegd over seksueel gedrag met klanten en over gebruikte sekstechnieken bij vaste en losse partner(s). Daarnaast is navraag gedaan naar mobiliteit in werkplekken in andere steden en andere landen. Ook worden vragen gesteld over eerder SOA-onderzoek, SOA-voorlichting en druggebruik. Indien de deelnemer transseksueel/transgender/travestiet is, dan wordt een aantal extra vragen gesteld (psychische beleving als vrouw, in hoeverre lichaam veranderd, etcetera). In de vragenlijst bij migranten wordt gevraagd naar reizen naar land van herkomst en seksueel contact aldaar. Bij vaste en losse partner(s) wordt gevraagd naar de etniciteit en het land waar deze partner woont. Tevens wordt gevraagd naar betaalde seksuele contacten, anale seks, SOA voorlichting en veilig vrijen. Daarnaast is een aantal stellingen over condoomgebruik en HIV/AIDS in de vragenlijst opgenomen. Deze stellingen moeten inzicht geven in risico-inschatting van de deelnemer, barrières voor condoomgebruik en opvattingen over HIV/AIDS in deze groep.

Voorafgaand aan het onderzoek zijn de vragenlijsten op locatie getest. Naar aanleiding van deze pretest zijn aanpassingen doorgevoerd. Daarnaast is de vragenlijst ter commentaar voorgelegd aan verschillende instanties (SOAAids Nederland, RutgersNISSO groep, IVO, NIGZ, OAM).

2.5 Laboratoriumonderzoek

Voor de bepaling van HIV-antistoffen worden speekselmonsters gebruikt. Deze monster worden afgenomen in een potje met schroefdeksel waarin de deelnemer voorafgaand of gedurende het interview speeksel kan spugen. Er wordt minimaal 10 ml speeksel verzameld. Er is gekozen voor afname van speeksel aangezien dit voor de deelnemer minder belastend is dan bloedafname. Bovendien maakt dit de werving makkelijker en verhoogt het waarschijnlijk de respons. Daarnaast is voor de afname geen (para)medisch personeel nodig. Voor epidemiologisch onderzoek heeft de speekseltest op HIV voldoende sensitiviteit en specificiteit.(10,29,30) Uit onderzoek blijkt dat het wordt afgeraden om hier individuele diagnoses aan te verbinden.(9-11)

Elk speekselpotje is voorzien van een nummer dat gelijk is aan het nummer op de corresponderende vragenlijst. Tijdens het veldwerk worden de speekselmonsters bewaard in een koeltas met vrieselementen. Na het veldwerk worden de speekselmonsters afgeleverd bij het laboratorium Viroclinics van de afdeling virologie van het Erasmus Medisch Centrum. Op het laboratorium worden de speekselmonsters na aflevering afgedraaid met behulp van een centrifuge en ze worden ingevroren op -20°C.

Voor de bepaling van de aanwezigheid van antistoffen tegen HIV, is het volgende testalgoritme opgesteld waarbij positieve monsters worden bevestigd:

<u>1. ELISA</u>	indien -	→	negatief		
	indien +	→	<u>2. andere ELISA</u>	indien +	→ positief
				indien -	→ <u>3. Westernblot</u>
					indien + → positief
					indien - → negatief

De eerste ELISA test is de Wellcozyme GACELISA (Murex Diagnostics, Abbott Park, VS). Deze test heeft een hoge sensitiviteit en een hoge specificiteit. Verschillende onderzoeken laten een sensitiviteit van 98,0-100,0% zien en een specificiteit van 81,8-100,0%. (31-36) Indien de uitslag van de GACELISA HIV-positief is, wordt ter confirmatie een tweede ELISA test uitgevoerd (HIV Duo VIDAS test, BioMerieux). Bij een tweede positieve uitslag wordt het monster als 'HIV-positief' geclassificeerd. Bij een negatieve uitslag wordt een confirmatietest uitgevoerd met de Western Immunoblot: Innolia (Innogenetics). Bij positieve uitslag wordt het monster als 'HIV-positief' geclassificeerd anders als 'HIV-negatief'. Halverwege het veldwerk in Rotterdam bleek de GACELISA van Murex niet meer leverbaar. In plaats daarvan is de Vironostika (ELISA test: BioMerieux) gebruikt, met een sensitiviteit van 97,2-100,0% en een specificiteit van 100,0%. (29,37,38) In de praktijk geeft de Vironostika vaker dan de GACELISA een valspositieve testuitslag. Deze worden echter door de confirmatietesten van het gekozen testalgoritme ondervangen.

2.6 Gegevensverwerking

Om de non-respons te meten hebben de interviewers non-responslijsten bijgehouden. Hierop werd bijgehouden welke mensen deelname aan het onderzoek weigerden. Per non-responder werd het geslacht opgeschreven, de leeftijd, de etniciteit en de reden van non-respons.

De vragenlijsten zijn gecontroleerd op inconsistenties door de veldwerkcoördinator. De vragenlijsten zijn ingevoerd door een data-entrybureau. Alle lijsten zijn dubbel ingevoerd om fouten bij de invoer te valideren.

De HIV-prevalentie is per doelgroep berekend op basis van het aantal positieve speekselmonsters gedeeld door het totale aantal speekselmonsters. Binnen de verschillende doelgroepen is de prevalentie berekend per subgroep. Bij lage prevalenties en kleine onderzoeksaantallen kan misclassificatie een belangrijke rol spelen bij het bepalen van verschillen in prevalenties tussen verschillende subgroepen.

Bij de beoordeling door de METC is hier veel aandacht aan besteed en is afgesproken om bij gevonden HIV prevalenties onder 10% een statistische simulatie van de prevalenties uit te voeren met behulp van Monte Carlo simulatietechnieken.

De gegevens zijn ingelezen en verwerkt in SAS for Windows, versie 8.2. Het bestand is gecontroleerd op dubbelinterviews door geboortjaar en woonplaats te vergelijken. Alle variabelen zijn gecontroleerd op extreme waarden en niet toegestane of onmogelijke combinaties. Er zijn beschrijvende analyses uitgevoerd per doelgroep en binnen de doelgroep voor de specifieke subgroepen. Univariate en bivariate analyses zijn uitgevoerd bij de verschillende doelgroepen. Hierbij zijn de Chi²-test, de Fisher's exact test en de t-test gebruikt; er is tweezijdig getoetst met als significantieniveau 0,05. Bij de doelgroepen injecterende druggebruikers en prostituees is met behulp van logistische regressie analyse gekeken naar determinanten voor HIV-infectie. Er is een beschrijvend model gemaakt waarbij achtergrondkenmerken en risicofactoren voor HIV zijn ingevoegd. Bij doelgroepen met herhaalde metingen in verschillende jaren zijn trends getoetst met de Chi²-trendtoets. De potentie tot het vormen van een brugfunctie is per doelgroep bepaald door te kijken naar de het gerapporteerde risicogedrag van HIV positieve deelnemers. Hiermee is de potentie tot verdere verspreiding van HIV naar de algemene bevolking geschat.

2.7 HIV-survey in Rotterdam

In 2002/2003 is de eerste HIV-surveys onder prostituees en migranten uit HIV-endemische gebieden uitgevoerd in Rotterdam. Tevens is er een survey onder ID uitgevoerd, evenals in 1994 en 1997.

2.7.1 Populatie

Druggebruikers

In de meting bij ID in 1997 is naast werving op locatie, voor deelnemers aan methadonprogramma's een steekproef getrokken uit de Centrale Indicatiestelling van Delta Bouman Verslavingszorg. Geconcludeerd werd toen dat er nauwelijks verschillen waren tussen die steekproef en de actieve werving op de locatie. Daarom wordt bij deze meting in 2002 geen steekproef getrokken, maar actief geworven op onder andere de vier methadonposten. Bij ID wordt de bronpopulatie gevormd door alle personen die tijdens de veldwerkperiode hetzij bij methadonverstrekking ingeschreven staan, hetzij zich bij de spuitomruil, het straatprostitutieproject of ontmoetingsplaatsen van harddruggebruikers ophouden.

Prostituees

De groep prostituees in Rotterdam is grofweg in te delen in vier groepen:

1. prostituees die werken op de tippelzone, ongeveer 350-400 in 2002
2. prostituees in clubs en bordelen, ongeveer 3000 in 2002
3. escortprostituees
4. thuisprostituees

Deze laatste twee groepen zijn voor de GGD moeilijk bereikbaar en zullen niet worden meegenomen in de studie. Er is geen raamprostitutie in Rotterdam. In overleg met de GGD is besloten om prostituees werkzaam op de tippelzone en prostituees werkzaam in clubs te werven voor het onderzoek.

Migranten uit HIV-endemische gebieden

Voor de doelgroep migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden is gekeken naar de bevolkingsopbouw in Rotterdam. In 2002 woonden 52.092 Surinamers en 19.373 Antillianen/Arubanen in Rotterdam. Van de sub-Sahara Afrikanen vormen Kaapverdianen de grootste populatie in Rotterdam (14.827 inwoners in 2002) (39). Meest recente informatie over HIV-prevalentie op de Kaapverdische Eilanden dateert uit 1997. De mediane HIV-prevalentie onder bezoekers van een prenatale kliniek in de regio's Praia en Mindelo was respectievelijk 0,9% en 0,5%.(40) Naast Surinamers, Antillianen en Kaapverdianen, zijn deelnemers benaderd op een multi-etnische ontmoetingsplek (discotheek) om (seksuele) contacten tussen verschillende etnische groepen in kaart te brengen. Het bestand is op basis van etniciteit onderverdeeld in drie afzonderlijke databestanden. Etniciteit is hierbij afgeleid van het geboorteland van de ouders en de deelnemer, waarbij het geboorteland van de moeder de doorslag gaf en waarbij een geboorteland buiten Nederland voorrang kreeg (zie Tabel 2.1).

Tabel 2.1 Indeling etniciteit (voorbeelden)

Etniciteit	Geboorteland deelnemer	Geboorteland moeder	Geboorteland vader
Kaapverdiaans	Kaapverdië	Kaapverdië	Ghana
Antilliaans	Antillen	Nederland	Antillen
Surinaams	Suriname	Suriname	Suriname
Surinaams	Nederland	Suriname	Antillen

2.7.2 Steekproef

Omdat het bij druggebruikers om een herhaalde meting gaat is de steekproefgrootte bepaald met behulp van een powerberekening op basis van de gevonden HIV-prevalentie van eerdere metingen. Er zijn 452 druggebruikers geïnterviewd. De powerberekening voor nieuwe doelgroepen met een onbekende HIV prevalentie bepaalde een steekproefgrootte van 200 deelnemers waarbij een gemeten prevalentie van 2% een 95% betrouwbaarheidsinterval geschat kan worden van 0-4%. Voor de haalbaarheid van het onderzoek is de steekproefgrootte bij prostituees op de tippelzone bepaald op 50. Vanwege een goed verloop van de werving is de steekproef verhoogd naar 100 deelnemers. De steekproef van prostituees in clubs en bordelen is bepaald op 50 deelnemers. Voor de migranten is in eerste instantie een steekproefgrootte van 300 deelnemers bepaald (100 per etnische groep). Uiteindelijk is met een tweede ronde dit aantal verhoogd tot 200 per groep.

2.7.3 Werving

Bij de herhaalde meting onder ID is actief geworven op de vier methadonposten. Daarnaast heeft veldwerk plaatsgevonden op verschillende relevante plekken, zoals laagdrempelige opvangvoorzieningen (Pauluskerk, gebruiksruidten, huiskamerprojecten, tippelzone) en 'op straat'. Bij de werving op de tippelzone zijn druggebruikende prostituees geïnterviewd. Deze deelnemers zijn meegenomen zowel bij ID als bij de populatie prostituees. Bij de werving van ID is de medewerking gezocht van Delta Bouman Verslavingszorg, de afdeling OGGZ van de GGD en de Junkiebond.

De werving van prostituees heeft plaatsgevonden op de tippelzone en in verschillende clubs en bordelen. Er is medewerking gezocht van Delta Bouman Verslavingszorg, prostitutie maatschappelijk werk en de Rode Draad. Kerkelijke organisaties die actief zijn op de tippelzone zijn op de hoogte gebracht van het onderzoek. Op de tippelzone werkten in 2002 naar schatting 350-400 prostituees, per avond ongeveer 120. Er wordt geschat dat hieronder 50 illegalen en 25-30 travestieten/transgenders zijn. De samenstelling van de groep prostituees is erg afhankelijk van het gemeentelijke beleid met betrekking tot de vreemdelingenwet. Op de tippelzone is een huiskamer van Keetje Tippel (Delta Bouman Verslavingszorg) met twee huiskamers en een gebruiksruidte. Het onderzoek is aangekondigd met een poster en medewerkers van Keetje Tippel zijn geïnformeerd. Er is rekening gehouden met de verschillen in samenstelling van de populatie op verschillende werkdagen en werktijden. Ook bij de werving in clubs en bordelen is medewerking gezocht van de Rode Draad en prostitutie maatschappelijk werk. In clubs en privé-huizen werken naar schatting 1500 prostituees per dag, in totaal 3000 per jaar. Een representatieve steekproef van het aantal en soort clubs en bordelen is benaderd met een brief van de GGD met informatie over het onderzoek en verzoek tot medewerking. Tevens is een informatiebrief gestuurd naar clubartsen. Daarna heeft de veldwerkcoördinator contact opgenomen met de clubeigenaren om te vragen of de desbetreffende club wilde deelnemen.

Bij de werving van migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden is de sociale kaart van Rotterdam gebruikt, die is opgesteld in samenwerking met sleutelfiguren van zelfhulporganisaties als Avanço, Stichting Welzijn Antillianen en Migrantten Informatie Punt. Ook de interviewers, afkomstig uit de doelgroepen, hebben een bijdrage geleverd aan de keus van werfplekken. Als mogelijke werfplekken is gedacht aan multiculturele festivals (Dunya-festival, zomercarnaval), kerken, buurt- en clubhuizen, feestjes, voetbaltoernooien en het Albeda college (Nederlandse les). Voor de werving van bezoekers van een multi-etnische locatie is een grote discotheek uitgekozen waar eenmalig op een drukke avond een aantal deelnemers van verschillende etnische groepen is geïnterviewd.

2.7.4 Interviewers

Geschikte interviewers zijn aangesteld via het netwerk van de GGD, via sleutelorganisaties en via de pool van Voorlichters in de Prostitutie (VIP) van SOAAids Nederland. Voor de doelgroep ID en prostituees zijn interviewers ingezet die ervaring hadden als voorlichter in het veld, maar ook enkele studenten.

Voor Aziatische prostituees is een Thaise interviewer ingezet, voor de Zuid-Amerikaanse prostituees een Braziliaanse interviewer. Voor de migranten zijn interviewers van de drie etnische doelgroepen ingezet (Surinaams, Antilliaans en Kaapverdiaans). Zij spraken naast Nederlands ook de taal van de doelgroep. Deze interviewers waren veelal werkzaam als Voorlichter Eigen Taal en Cultuur (VETC) bij de GGD Rotterdam en omstreken.

2.7.5 Folder en vragenlijst

Voorafgaand aan het interview kregen potentiële deelnemers een folder met informatie over het onderzoek uitgereikt. In de folder waren tevens adresgegevens met informatie en testplaatsen voor SOA en HIV in Rotterdam opgenomen. Voor injecterende druggebruikers is de folder beschikbaar in het Duits en in het Engels; voor prostituees in het Engels, Spaans, Frans, Duits en Bulgaars en voor migranten in het Engels en Portugees.

De vragenlijst is aangevuld met enkele extra vragen. Deze vragen hadden betrekking op voorlichting over HIV en SOA: in hoeverre maken druggebruikers, migranten en prostituees gebruik van relevante voorzieningen op het terrein van SOA onderzoek? In hoeverre zijn deze groepen bekend met preventieactiviteiten op het terrein van SOA en HIV door verschillende organisaties? In hoeverre maken druggebruikers en prostituees gebruik van voorlichtingsvoorzieningen op het gebied van veilig spuiten en veilig vrijen? Wat doen druggebruikers met gebruikte spuiten? Bij prostituees die ooit drugs hebben gespoten is een aanvullende vragenlijst over druggebruik afgenomen. De vragenlijst voor de migranten is uitgetest bij het Jongeren Informatie Punt (JIP) op het Schouwburgplein alvorens deze gebruikt is in het onderzoek. De vragenlijst voor ID is vertaald in het Engels, voor prostituees in het Spaans en Engels, voor migranten is een Nederlandse vragenlijst gebruikt.

3. Prostituees

3.1 Doelstelling

Doel: inzicht verkrijgen in het vóórkomen van HIV-infectie en risicogedrag onder prostituees in Rotterdam. Daarnaast was het doel om te onderzoeken hoe prostituees het best bereikt kunnen worden, in hoeverre zij bereid zijn aan een anonieme HIV-survey mee te werken en om de te onderzoeken of de vragenlijst de onderzoeksvragen kan beantwoorden.

3.2 Populatie en methoden

De steekproefgrootte is bepaald op 50 prostituees op de tippelzone en 50 prostituees in clubs en bordelen. De werving op de tippelzone is uitgevoerd van juli tot september 2002. In september 2002 is besloten de werving te continueren met nog 50; echter door tussenkomst van politieacties bleek dit niet mogelijk. De werving in clubs is gestart in november 2002 en is afgerond in februari 2003.

Er zijn univariate beschrijvende analyses op het bestand uitgevoerd om een algemeen beeld van de populatie te krijgen. Deze analyses zijn ook uitgevoerd per werfplek, apart voor de tippelzone en de clubs. Met behulp van de Chi^2 -test, de Fisher's exact test en de t-test is tweezijdig getoetst (significatieniveau 0,05) of er verschillen bestaan in demografische kenmerken en in seksueel (risico) gedrag tussen de prostituees op de tippelzone en in de clubs. Er is logistische regressie analyse uitgevoerd naar determinanten voor HIV waarbij een beschrijvend model is gemaakt waarin achtergrondkenmerken en risicofactoren voor HIV zijn ingevoegd.

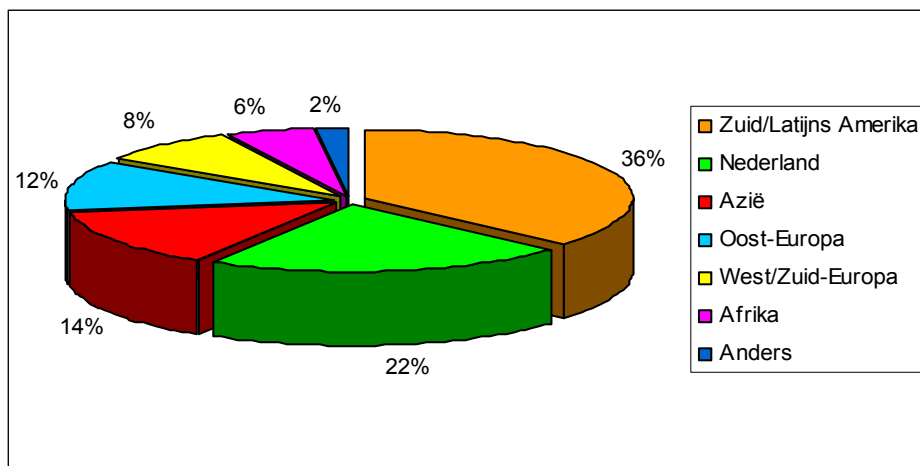
3.3 Resultaten

3.3.1 Werving en non-respons

56 prostituees zijn geworven op de tippelzone en 53 prostituees in de clubs/bordelen. Negen druggebruikende prostituees die geïnterviewd zijn op de tippelzone zijn ook meegenomen in de populatie ID. In de praktijk bleek het moeilijk om de non-responslijsten goed in te vullen. De reden van non-respons was niet altijd duidelijk omdat non-respondenten weigerden informatie te verstrekken. Na de afronding van het veldwerk op de tippelzone is een schatting van de non-respons gemaakt. Het bleek dat ongeveer 20 prostituees niet wilden meedoen aan het onderzoek, zij waren van Oost-Europese en Afrikaanse afkomst. Bij Afrikaanse prostituees werd angst voor de uitslag van de test en angst voor contact met officiële instanties genoemd als reden voor weigering. Van de bordelen en clubs die benaderd zijn voor het onderzoek (n=30) wilde eenderde niet meedoen (n=10). Het profiel van de clubs die deelname weigerden verschilt niet van de deelnemende clubs. Als reden voor weigering werd aangegeven dat de testuitslag niet wordt medegedeeld, dat het onderzoek naar HIV een privé aangelegenheid is en dat prostituees bezig waren met klanten. Bovendien moet de vergoeding van de survey concurreren met het werk; een klant levert meer op dan deelname aan het onderzoek.

3.3.2 Karakteristieken van de onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit 109 prostituees, waarvan 93 vrouwen (85,3%), 15 transgenders (13,8%) en één man (0,9%), zie Tabel A.1. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 33,2 jaar. Op de tippelzone zijn de prostituees ouder (gemiddeld 34,5 jaar) dan in de clubs/bordelen (gemiddeld 31,7 jaar, $p=0,07$). Als woonplaats werd door ongeveer 70% Rotterdam gerapporteerd en 27,5% had geen vast adres in de voorgaande zes maanden. Dit percentage is hoger voor prostituees op de tippelzone (41,1%) dan in de clubs/bordelen (13,2%) ($p=0,001$). Etniciteit van de prostituees was overwegend Zuid- of Latijns-Amerikaans (36,7%) of Nederlands (22,0%). Ruim eenderde had geen ziektekostenverzekering, op de tippelzone 49,1% en bij clubs/bordelen 20,8% ($p=0,002$).



Figuur 3.1 Etniciteit prostituees

3.3.3 HIV-prevalentie en zelfgerapporteerde HIV-status

Acht prostituees werden positief getest voor HIV, van twee prostituees was de uitslag van de HIV-test ondefinieerbaar en deze zijn niet meegenomen in de berekening. De HIV-prevalentie onder prostituees was 7,2% (95% BI 2,8-12,0%), zeven HIV-positieve prostituees op de tippelzone (12,3% 95% BI 5,2-21%) en één HIV-positieve prostituee in een club (1,9% 95% BI 0,0-5,9%), zie Tabel A.2a. Drie van de acht HIV-positieve prostituees waren transgender, allen werkzaam op de tippelzone, twee ervan dachten HIV-negatief te zijn en één zei niet eerder getest te zijn. De HIV-prevalentie onder transgenders is 20,0% (3/15, 95% BI 4,3-48,1%). Van de acht HIV-positieven hebben drie vrouwen ooit drugs gespoten waarvan twee recent (afgelopen zes maanden). Ze zijn alledrie bekend met hun positieve HIV-status en werkzaam op de tippelzone. Twee van hen hebben een partner gehad die in het verleden drugs heeft gespoten. Deze drie prostituees gebruikten met klanten altijd een condoom, hadden geen vaste partner en gebruikten bij losse partners ook altijd condooms. De overige twee HIV-positieve vrouwen waren onbekend met hun HIV-status en hadden nooit drugs gespoten, één van hen was werkzaam op de tippelzone en één in een club.

80,7% van de prostituees ($n=88$) zegt eerder een HIV-test te hebben gehad (tippelzone 82,1%, clubs/bordelen 79,3%) met 3/88 positieve uitslag (3,4%), zie Tabel A.2b.

3.3.4 Risicogedrag

Seksueel gedrag met klanten

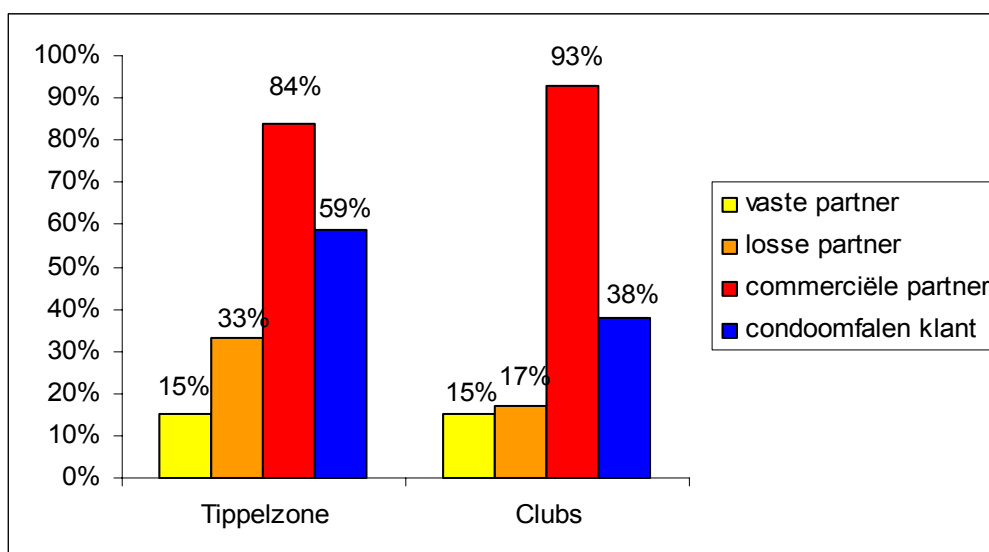
Het gerapporteerde seksueel gedrag verschilt tussen de tippelzone en de clubs, zie Tabel A.3. De deelnemers zijn gemiddeld 5,9 jaar werkzaam in de prostitutie; op de tippelzone langer (7,7 jaar) dan in clubs (4,0 jaar) ($p=0,002$). Het aantal klanten is hoger voor prostituees op de tippelzone (20,2 klanten/week) dan in de clubs (10,4 klanten/week) ($p=0,007$). Dit geldt ook voor het aantal klanten in de voorgaande zes maanden (371 respectievelijk 225, $p=0,05$). 104 (95,4%) prostituees hebben alleen betaalde sekscontacten met mannen, vijf prostituees (4,6%) met zowel vrouwen als mannen (vier op de tippelzone, één in de clubs). 78 prostituees rapporteerden zowel vaginale als orogenitale contacten en 8 prostituees hadden daarnaast ook anale sekscontacten met klanten. Alle transgenders ($n=15$) hadden orogenitale en receptief anale contacten met klanten, 5 van de 15 transgenders hadden ook insertieve anale contacten. 88,1% (96/109) gebruikten altijd een condoom met klanten (tippelzone 83,9% en clubs 92,5%). Het percentage dat inconsistent condooms gebruikt met klanten (nooit of niet altijd condooms gebruiken) is voor de tippelzone 10,7% en voor de clubs 7,6% ($p=0,74$). De helft rapporteerde soms tot vaak een condoomklapper, waarbij dit vaker gebeurt op de tippelzone (59,0%) dan op clubs/bordelen (37,8%) ($p=0,04$), zie Figuur 3.2.

Seksueel gedrag met de vaste partner

Ongeveer tweederde van de prostituees (66,1%) heeft een vaste partner, 58,9% op de tippelzone en 73,6% in clubs (zie Tabel A.4). Alle vaste partners zijn mannen. Duur van de vaste relatie is gemiddeld 4,6 jaar ($n=72$). Ruim tweederde (69,4%) gebruikt nooit een condoom met deze vaste partner. Ongeveer een kwart (23,6%) van de vaste partner heeft ooit harddrugs gebruikt (tippelzone 45,5%, clubs 5,1%) ($p<0,001$).

Seksueel gedrag met losse partner(s)

11% ($n=12$) had in de afgelopen zes maanden seksueel contact gehad met losse partner(s), waarvoor ze geen geld en/of drugs ontvingen, zie Tabel A.4. 41,7% gebruikte nooit condooms met losse partners. Van deze 12 prostituees had de helft naast een losse partner ook een vaste partner.



Figuur 3.2 Consistent condoomgebruik met vaste, losse en commerciële partners en condoomfalen met commerciële partners

Mobiliteit

18% van de prostituees (n=20) heeft in het voorgaande jaar gewerkt op een andere locatie in Rotterdam (tippelzone 10,7%, clubs 26,4%, $p=0,03$), zie Tabel A.5. Eén op de drie prostituees (n=36) heeft in het voorgaande jaar in een andere stad in Nederland gewerkt. De mobiliteit is hoger op de tippelzone (44,6%) dan in de clubs (20,8%) ($p=0,008$). Dit geldt ook voor werken in het buitenland in de voorgaande 12 maanden.

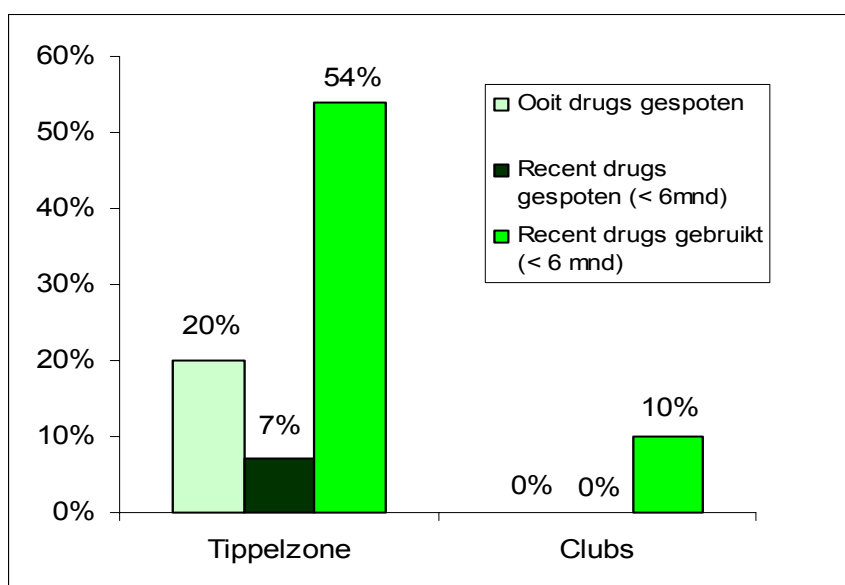
SOA-onderzoek

84 prostituees (77,7%) hebben zich het voorgaande jaar op SOA laten onderzoeken (tippelzone 90,1%, clubs 64,2%) ($p < 0,001$), zie Tabel A.6. Zestien prostituees (14,7%) zijn in dezelfde periode behandeld voor een SOA.

Druggebruik

32,4% van de prostituees (n=35) geeft aan dat ze de voorgaande zes maanden harddrugs hebben gebruikt, zie Tabel A.7a. Van deze 35 prostituees gebruiken 29 opiaten (heroïne, morfine, opium, e.a.) en 22 gebruiken stimulantia (cocaïne, amfetamine, e.a.). Het harddruggebruik op de tippelzone ligt hoger dan in de clubs/bordelen (tippelzone 53,3%, clubs 9,6%) ($p<0,0001$). Van deze 35 prostituees hebben 25 nooit harddrugs gespoten, elf hebben ooit drugs gespoten waarvan vier recent (afgelopen zes maanden). Bij negen prostituees die ooit drugs hebben gespoten hebben is een aanvullende vragenlijst over druggebruik afgenomen, zie Tabel A.7b. Gemiddeld zijn ze op 20,6 jarige leeftijd begonnen met het spuiten van harddrugs ($SD=4,7$ range 13-28 jaar).

Allen gebruikten recent heroïne, acht gebruikten recent cocaïne. Drie van deze prostituees waren HIV-positief, twee van hen hebben in de voorgaande zes maanden drugs gespoten. Geen van hen had recent spuiten geleend of uitgeleend, één van hen had recent soms spuitattributen geleend.



Figuur 3.3 Druggebruik bij prostituees op de tippelzone en in clubs

3.3.5 Transgenders

15 van de 109 prostituees waren transseksueel of travestiet (wordt verder gerefereerd als transgender). 14 van hen waren werkzaam op de tippelzone en één was werkzaam in een club, zie Tabel A.8. Van de transgenders waren vier geboren in Oost-Europa en tien in Zuid/Latijns Amerika. 73,3% (n=11) gaf aan geen ziektekostenverzekering te hebben. 5/15 hebben gemiddeld 383 klanten over de voorgaande zes maanden, bij 10/15 was dit onbekend. Veertien transgenders hadden zowel orogenitaal als anaal seksueel contact met klanten, één had ook vaginaal contact met klanten. 13/15 gebruikten altijd condooms met klanten. 11/15 hadden een vaste partner, 7/11 gebruikten niet altijd een condoom met hun vaste partner. Geen van de transgenders had ooit drugs gespoten en geen van hen had ooit een partner gehad die drugs spoot, 3/15 hadden recent harddrugs gebruikt.

3 van de 15 transgenders waren HIV-positief. 2/3 dachten dat ze HIV-negatief waren en één was nooit eerder getest. Eén was afkomstig uit Oost-Europa en twee uit Latijns/Zuid Amerika. Twee gebruikten altijd condooms met hun klanten, één wist dit niet te zeggen. Ze hadden allen een vaste partner waarmee nooit condooms worden gebruikt. Geen van hen had in de voorgaande zes maanden harddrugs gebruikt.

3.3.6 Determinanten voor HIV-infectie

Met behulp van logistische regressie analyse is gekeken naar determinanten voor een positieve HIV status, zie Tabel A.9. Uit univariate analyse blijkt de kans op een HIV-infectie verhoogd bij prostituees zonder vast adres, bij transgenders, bij prostituees op de tippelzone en die ooit in het buitenland hebben gewerkt en het aantal jaren werkzaam in de prostitutie. Ooit injecterend druggebruik is een sterke risicofactor voor HIV ($p=0,02$). Ooit een partner(s) die drugs spoot lijkt ook geassocieerd te zijn met HIV. Anale sekstechnieken met klanten lijken geassocieerd te zijn met HIV, al is dit niet significant en is dit volledig toe te schrijven aan de transgenders. Condoomgebruik en condoomfalen zijn niet geassocieerd met HIV-infectie. Uit multivariate analyse blijkt het aantal jaren werkzaam in de prostitutie, transgender prostituees en drugs spuiten op de tippelzone significant samen te hangen met HIV-infectie ($p < 0,05$).

Logistische regressie analyse binnen de groep prostituees die geen transgenders zijn en die nooit eerder drugs hebben gespoten, levert geen significante bevindingen omdat de groep HIV-positieven (n=2) te klein is.

3.4 Discussie

3.4.1 Werving en non-respons

Omdat er geen steekproefkader voor deze doelgroep bestaat is het niet mogelijk om een aselecte steekproef te trekken. Er is gekozen om deelnemers te werven op de tippelzone en in een aantal clubs. Tijdens de werving bleek dat Afrikaanse vrouwen niet mee wilden doen; zij stonden afwijzend -en haast vijandig- tegenover deelname. De Afrikaanse prostituees vormen een heel gesloten groep. Ook de hulpverlening heeft moeite om in contact te komen met deze vrouwen. Mogelijke oorzaken voor de afwijzende houding zijn: stigmatisering (gevoel om als Afrikaanse in verband te worden gebracht met HIV), illegaliteit (angst voor contact met officiële instanties, justitie) en uitzichtloosheid van behandeling bij HIV-infectie en de taboesfeer rondom HIV in de Afrikaanse gemeenschap. Nadat Afrikaanse vrouwen zonder succes twee keer waren benaderd is besloten om dit te stoppen. Er zijn uiteindelijk maar zes Afrikaanse prostituees geïnterviewd. Oost-Europese vrouwen stonden ook afwijzend tegenover het onderzoek, maar uiteindelijk zijn er 13 geworven. Een aantal clubs (10/30) wilde niet meewerken. Het profiel van deze clubs is echter niet anders dan van de clubs die wel deelnamen zodat de kans klein is dat er selectiebias is opgetreden. De non-responslijsten zijn helaas niet goed ingevuld door de interviewers waardoor de representativiteit van de deelnemers onduidelijk is.

Uit een evaluatie met de interviewers bleek dat de werving op de tippelzone makkelijker verliep dan in de clubs. Prostituees op de tippelzone hebben vaker contacten met de GGD en bleken meer open te staan voor deelname aan het onderzoek. De vergoeding van 10 euro voor het onderzoek speelt hierbij waarschijnlijk een rol.

Bij onderzoek naar seksueel gedrag kunnen respondenten geneigd zijn sociaal wenselijke antwoorden te geven. Om dit te voorkomen zijn interviewers voorafgaand aan het onderzoek intensief getraind. Ook wordt benadrukt dat het onderzoek volledig anoniem is en dat het belangrijk is om eerlijk antwoord op de vragen te geven. Verder wordt het belang van het onderzoek voor de volksgezondheid benoemd. De vragenlijst is zo opgebouwd dat de meest intieme vragen niet meteen aan het begin van het interview worden gesteld en dat er interne checks in de lijst zijn opgenomen. Bovendien is het voor een interviewer erg belangrijk dat hij niet veroordelend overkomt. (41)

3.4.2 HIV-prevalentie

De HIV-prevalentie onder prostituees in Rotterdam is hoger op de tippelzone (12,3%) dan in clubs (1,9%). De prevalentie onder transgenders (20,0%, 3/15, 95% BI 4,3-48,1%) lijkt te zijn toegenomen in vergelijking met een eerder onderzoek onder travestieten en transseksuelen in Rotterdam waar een HIV-prevalentie van 8% (3/38, 95% BI 1,7-21,4%) werd gevonden (16). Bij travestieten en transseksuele prostituees in Amsterdam werd een HIV-prevalentie van 24% (6/25, 95% BI 9,4-45,1%) gevonden; de HIV-prevalentie onder niet-transseksuele prostituees was 0%.(14)

In Glasgow werd onder vrouwelijke straatprostituees een HIV-prevalentie van 2,5% gerapporteerd (4/159, 95% BI 0,7-6,3%) (42) en in Alicante werd in een prospectieve cohortstudie onder prostituees een HIV-incidentie gevonden van 8,8 cases/1000 persoonsjaren (95% BI 5,4-14,4 persoonsjaren).(43) In Rome werd bij buitenlandse vrouwelijke prostituees een HIV-prevalentie gevonden van 6% (6/102, 95% BI 1,3-10,5%) en bij transseksuelen 20% (8/40, 95% BI 7,6-32,4%).(15) De prevalenties uit deze laatste studie lijken vergelijkbaar met de HIV-survey in Rotterdam. Transgender prostituees hadden een verhoogd risico op HIV. In ons onderzoek rapporteerden alle 15 transgenders receptieve anale sekscontacten met klanten, 5/15 ook insertieve anale contacten. Receptieve anale seks is een risicofactor voor HIV-infectie. In een eerdere studie in Rotterdam heeft 70% van de transgenders receptieve anale contacten.(16) In Amsterdam is dit percentage 92%.(14) Het merendeel van de transgenders in ons onderzoek gebruikt condooms met klanten, maar 80% geeft aan dat dit condoom soms stukgaat. HIV kan zich via deze route verspreiden. Drugs spuiten was sterk geassocieerd met HIV-infectie, deze risicofactor komt ook in andere studies bij prostituees naar voren (15,42,43) en weerspiegelt de hoge HIV-prevalenties onder injecterende druggebruikers in Nederland.(13,44,45) Uit deze survey en ander recent onderzoek blijkt echter dat drugs spuiten 'uit' raakt.(46) Het seksueel risicogedrag onder ID is echter hoog. Dit benadrukt het belang van voorlichting over veilig vrijen naast veilig gebruiken voor ID prostituees.

3.4.3 Seksueel risicogedrag prostituees op tippelzone en in clubs

Het risicogedrag is hoger bij prostituees op de tippelzone dan in de clubs (langer werkzaam in de prostitutie, meer klanten per week, hoger percentage condoomfalen, vaker anale sekscontacten, hogere mobiliteit). Ook het druggebruik is hoger op de tippelzone, zowel het harddruggebruik ($p < 0,001$) als het spuiten van drugs. Het feit dat prostituees die nu nog werkzaam zijn op de tippelzone voor het grootste deel in zorg zullen komen, biedt mogelijkheden voor intensievere preventie en zorg. Om risicogedrag te verminderen en SOA onderzoek te stimuleren blijft preventie voor de gehele groep prostituees belangrijk.

3.4.4 Risicogedrag en brugfunctie

Er is een potentieel risico voor de verdere verspreiding van HIV naar de rest van de bevolking door de combinatie van HIV-prevalentie en seksueel risicogedrag. Het condoomgebruik van prostituees met hun klanten is hoog (88,1%), maar ongeveer de helft rapporteert condoomfalen. Deze resultaten komen overeen met andere studies onder prostituees, waarbij het condoomgebruik met klanten hoog is en condoomfalen aanzienlijk.(14,15) Drie van de acht HIV-positieve prostituees (37,5%) zijn bekend positief, drie denken dat ze HIV-negatief zijn en twee weten het niet. 7/8 gebruikt altijd condooms met klanten, maar 3/8 (37,5%) rapporteert condoomklappers met klanten. Daarnaast hebben drie van de acht positieve prostituees een vaste partner waarmee ze nooit een condoom gebruiken. 1/8 is behandeld voor een SOA (chlamydia). Klanten en (vaste) partners van prostituees lopen risico op een HIV-infectie of SOA, waardoor prostituees via hun klanten een brugfunctie kunnen vervullen voor de verspreiding van HIV of SOA naar de rest van de bevolking.

3.5 Conclusies en aanbevelingen

De HIV-prevalentie onder prostituees in Rotterdam is 7,2% (8/107). Drie van de acht HIV-positieve prostituees waren bekend met hun HIV-status, 5/8 waren onbekend positief. De prevalentie is hoger bij prostituees op de tippelzone (12,3%) dan bij prostituees in clubs (1,9%). 20,0% (3/15) van de transgenders is HIV-positief. Condoomgebruik van prostituees met klanten is hoog (88,1%), maar condoomfalen is ook aanzienlijk (48,7%). Seksueel risicogedrag bij prostituees is hoger op de tippelzone dan in de clubs (meer klanten, meer anale sekstechnieken, meer condoomfalen). Determinanten voor een positieve HIV status zijn het aantal jaren werk in de prostitutie, transgender prostituees en het spuiten van harddrugs. De potentie voor de verspreiding van HIV vanuit prostituees (via hun klanten) naar de rest van de bevolking is aanwezig, gezien het risicogedrag van (HIV-positieve) prostituees.

De tippelzone blijkt een geschikte plaats te zijn om prostituees te interviewen, mits er geen onrust is door andere activiteiten. Clubs zijn ook geschikt om prostituees te interviewen, maar deelname is afhankelijk van eigenaren. Interviewers die de taal spreken van de prostituees kunnen mogelijk de respons verhogen van deelnemers die moeilijk te benaderen zijn, e.g. Afrikaanse prostituees. Een knelpunt hierbij is dat er veel verschillende nationaliteiten zijn en het praktisch niet haalbaar is om voor alle talen interviewers te vinden. Het bleek belangrijk het veldwerk af te stemmen met lokale hulporganisaties en waar mogelijk in te haken op bestaande voorlichtingsactiviteiten. Tevens is het belangrijk de interviewers te wijzen op de non-responslijsten, zodat deze goed ingevuld worden.

Resultaten van deze HIV-survey worden gebruikt bij het afstemmen van preventieactiviteiten op deze doelgroep. Deze dienen te worden gericht op condoomfalen, het voorkomen daarvan en op het stimuleren van condoomgebruik bij vaste en losse partners. Meer dan de helft van de HIV-positieve prostituees (5/8) was niet bekend met de infectie. Dit benadrukt het belang van een actief testbeleid op HIV. Gegeven de hoge HIV-prevalentie onder transgenders is goede voorlichting over SOA en HIV essentieel voor deze groep. Daarnaast blijft voor druggebruikende prostituees de boodschap van veilig vrijen naar veilig spuiten erg belangrijk.

Deze survey onder prostituees is de eerste binnen deze doelgroep. De survey geeft een goed beeld van de prevalentie van HIV en risicogedrag onder prostituees in Rotterdam. Om meer inzicht te krijgen in trends en om preventieactiviteiten te evalueren, verdient het de aanbeveling deze meting in 2006/2007 te herhalen.

4. Migranten

4.1 Doelstelling

Doel: inzicht verkrijgen in het vóórkomen van HIV-infectie en risicogedrag onder migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden. Daartoe wordt nagegaan hoe migranten het best bereikt kunnen worden en in hoeverre zij bereid zijn aan een anonieme HIV-survey mee te werken. Om inzicht te krijgen in seksuele contacten tussen verschillende etnische groepen is tevens onderzoek gedaan in een multi-etnische ontmoetingsplek, waarbij is gekozen voor een grote discotheek.

4.2 Populatie en methoden

Deelnemers werden geïnccludeerd wanneer zij zelf of één van beide ouders geboren waren in Suriname, Nederlandse Antillen, Aruba of op de Kaapverdische Eilanden, wanneer ze momenteel in Nederland woonachtig waren en wanneer ze tussen de 18 en 55 jaar oud waren. Bij de discotheek werden deelnemers geïnccludeerd ongeacht etniciteit.

Deelnemers zijn geworven op verschillende culturele ontmoetingsplaatsen, zoals buurthuizen, feesten, kerk en sportverenigingen. De werving heeft plaatsgevonden in twee rondes, van november 2002 tot mei 2003 en van juni 2003 tot december 2003. De werving in de discotheek, heeft plaatsgevonden op een zaterdagavond in april 2003.

De analyses zijn uitgevoerd met behulp van SAS. Beschrijvende analyses zijn gedaan om de demografische kenmerken bij migranten te beschrijven. Deze analyses zijn apart uitgevoerd per migrantengroep en opgesplitst naar geslacht. De gegevens van de discotheek zijn apart geanalyseerd. Resultaten hiervan zijn opgenomen in paragraaf 4.4.

4.3 Resultaten

4.3.1 Werving

In totaal zijn 611 migranten geïnterviewd waarvan uiteindelijk 592 vragenlijsten zijn geanalyseerd. Negentien deelnemers vielen buiten de inclusiecriteria: twee woonden niet in Nederland, zeven waren niet van beoogde etnische afkomst, zeven waren ouder dan 55 jaar en drie waren jonger dan 18 jaar.

In de eerste ronde van werving zijn 302 deelnemers geïnterviewd en in de tweede 309. Indeling naar etniciteit gebeurt op basis van het geboorteland van de ouders en de deelnemer (beschreven in par. 2.7.2): 180 deelnemers van Antilliaanse/Arubaanse etniciteit, 207 Surinamers en 192 Kaapverdianen.

Deelnemers zijn geworven op verschillende ontmoetingsplekken (zie Tabel B.1). Van de Antillianen/Arubanen is het grootste deel 'op straat' geïnterviewd (34%), 17% in een buurthuis/wijkcentrum en 21% bij het Migranten Informatie Punt (MIP) en de Stichting Welzijn Antillianen (SWA). Van de Surinaamse deelnemers is 41% geworven in een café of discotheek, 29% in een buurthuis/wijkcentrum en 20% op het Doelenplein. Bij de Kaapverdianen is 37% geïnterviewd in een buurthuis/wijkcentrum, 17% in een kerk, 12% op het Doelenplein en 10% in een café of discotheek. 12 interviewers hebben 611 deelnemers geïnterviewd, gemiddeld 51 interviews per interviewer (range 1-163), de gemiddelde interviewduur was 19 minuten.

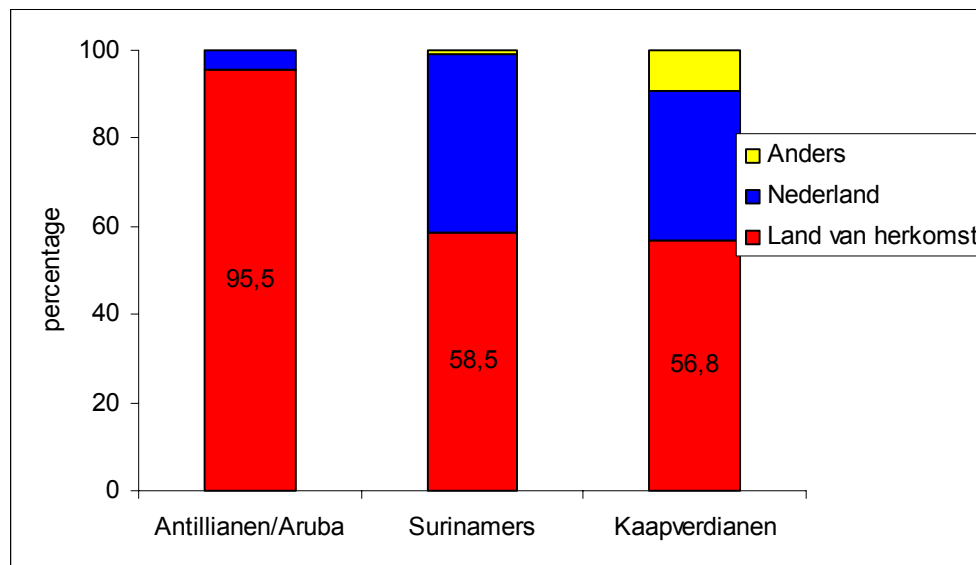
4.3.2 Non-respons

In de praktijk bleek het moeilijk om de non-responslijsten goed in te vullen. De reden van non-respons was niet altijd duidelijk omdat non-respondenten weigerden informatie te verstrekken. Het is derhalve niet mogelijk een responsrate uit te rekenen. Uit de lijsten die wel zijn ingevuld (n=50) waren de meest voorkomende redenen voor non-respons: geen tijd (26%), geen interesse (18%), geen zin (10%), geen speekselmonster willen geven (8%), wilde identificatie van de interviewer (4%), wilde informatie thuis lezen (4%), wil de uitslag van de test (2%) en 28% had een andere reden.

4.3.3 Karakteristieken van de onderzoekspopulatie

In totaal zijn 592 deelnemers meegenomen in de analyses, waarvan 310 mannen (52,4%) en 282 vrouwen (47,6%). In Tabel B.2 (Bijlage 2) is een aantal demografische kenmerken weergegeven van de drie migrantengroepen. De gemiddelde leeftijd voor Antillianen/Arubanen is 33,4 jaar en dit is ouder dan bij Surinamers (28,2 jaar) en bij Kaapverdianen (29,0 jaar). De woonplaats is in de meeste gevallen Rotterdam (A/A: 70,6%, S:86,5%, KV:92,2%). Van de Antillianen/Arubanen is 4,4% in Nederland geboren, van de Surinamers 40,6% en van de Kaapverdianen 33,9% (Figuur 4.1).

Antillianen/Arubanen wonen gemiddeld het kortst in Nederland (9,8 jaar), Surinamers gemiddeld 17,4 jaar en Kaapverdianen gemiddeld 15,0 jaar. Leeftijd waarop men naar Nederland is gekomen is voor Antillianen/Arubanen 24,2 jaar, terwijl Kaapverdianen en Surinamers op jongere leeftijd naar Nederland kwamen (resp 17,9 jaar en 15,5 jaar).



Figuur 4.1 Geboorteland per migrantengroep

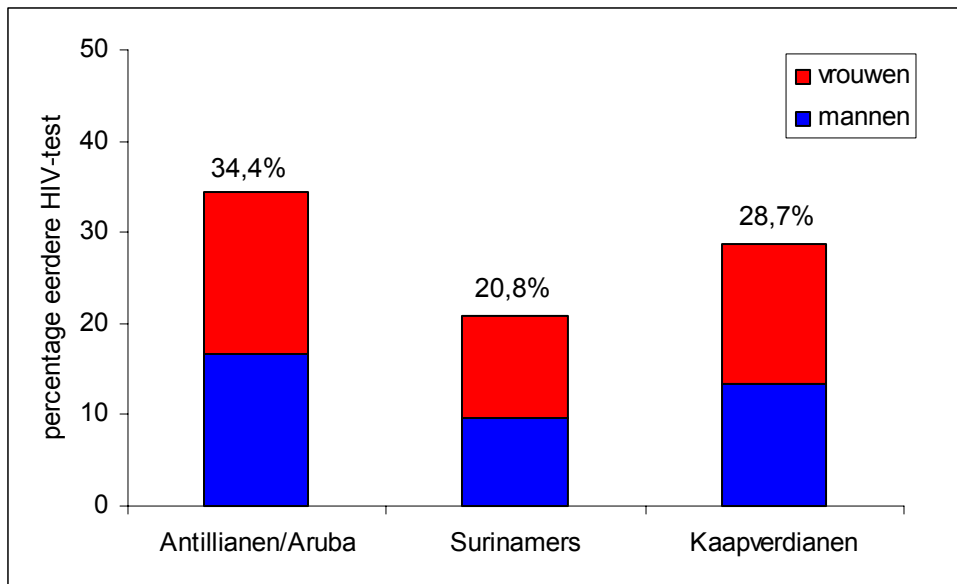
In tabel B.3 zijn demografische karakteristieken van Surinaamse Creolen en Hindoestanen weergegeven. Binnen de groep van 207 Surinamers zijn 99 deelnemers van Creoolse afkomst en 88 van Hindoestaanse afkomst. Creolen zijn iets ouder dan Hindoestanen (29,5 jaar vs 26,9 jaar). Bij 36,4% van de Creolen is het geboorteland Nederland, bij Hindoestanen is dit 43,2%. Creolen die niet in Nederland zijn geboren zijn gemiddeld op een latere leeftijd dan Hindoestanen naar Nederland gekomen (10,0 jaar vs 8,5 jaar).

4.3.4 HIV-prevalentie en HIV-testgedrag

Bij alle 592 deelnemers is een speekselmonster afgenomen voor de HIV-antistoffentest. Bij zeven deelnemers was de hoeveelheid speeksel onvoldoende voor de test. Twee monsters waren HIV-positief, beide deelnemers hadden de Kaapverdise etniciteit. De HIV-prevalentie in deze groep is 1,0% (2/192 95% BI 0,1-3,8%). Er waren geen HIV-positieve speekselmonsters bij de Antillianen/Arubanen en Surinamers. De twee HIV-positieve deelnemers waren niet eerdere getest op HIV en niet bekend met hun positieve status. Het betreft een vrouw van 24 jaar en een man van 40 jaar. De man is zowel met HIV1 als HIV2 besmet.

Van de 592 deelnemers heeft 27,5% een eerdere HIV-test gehad (n=163). Bij 152 van hen was de uitslag negatief, bij zes positief en vijf weten de uitslag van de test niet. Van de zes naar eigen zeggen HIV-positieve deelnemers is het speekselmonster echter negatief (twee keer getest). Waarschijnlijk is dit toe te schrijven aan de interpretatie van de vraag. De laatste HIV-test is gemiddeld 3,3 jaar geleden (sd 3,7 jaar, spreiding 0-16 jaar).

Antillianen/Arubanen hebben vaker een eerdere HIV-test gehad (34,4% n=62) dan Kaapverdianen (28,7% n=55) en Surinamers (20,8% n=43).



Figuur 4.2 Eerder uitgevoerde HIV-test naar migrantengroep

4.3.5 Seksueel risicogedrag

Antillianen/Arubanen

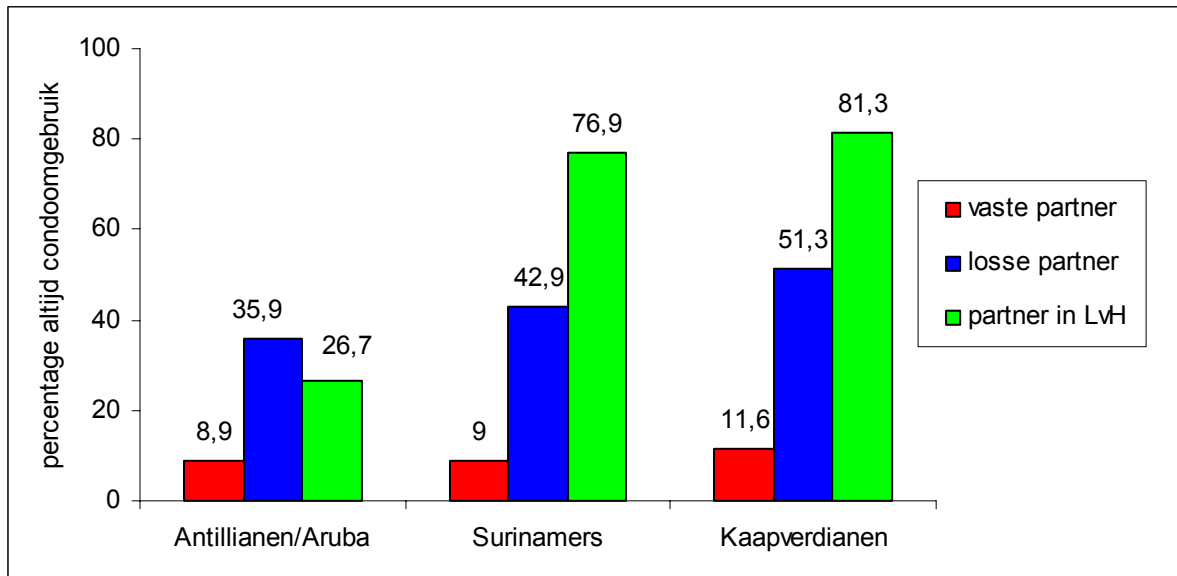
62,2% van de Antillianen/Arubanen (112/180) heeft een vaste partner, 59,8% van de mannen en 64,5% van de vrouwen (zie Tabel B.6). Het condoomgebruik met vaste partners is laag: 8,9% gebruikt altijd een condoom (mannen 13,5%, vrouwen 5,0%). Mannen hebben vaker losse partners dan vrouwen. Van de Antilliaanse mannen heeft 43,7% in de afgelopen zes maanden seksueel contact gehad met losse partner(s), waarvan 41,7% altijd een condoom heeft gebruikt. Voor vrouwen zijn deze percentages 18,3% respectievelijk 23,5%. Van de Antilliaanse mannen heeft 24,1% naast een vaste partner in de afgelopen zes maanden ook seksueel contact gehad met een losse partner of met een partner in het land van herkomst (vrouwen 10,8%). 17,9% van de mannen heeft onbeschermde seks gehad met zowel vaste als losse partners (vrouwen 7,8%).

Surinamers

Van de Surinamers heeft 69,1% (143/177) een vaste partner (mannen 64,7% en vrouwen 75,0%, zie Tabel B.7). Het condoomgebruik met vaste partners is laag: 9,0% gebruikt altijd een condoom (mannen 10,4%, vrouwen 7,6%). Van de Surinaamse mannen heeft 50,4% in de afgelopen zes maanden seksueel contact gehad met losse partner(s), waarvan 46,7% altijd een condoom gebruikte. 20,5% van de vrouwen heeft losse partner(s) gehad, 29,4% gebruikte hierbij een condoom. Mannen met vaste partners hebben vaker seksuele contacten met losse partner(s) dan vrouwen met vaste partners, respectievelijk 39,0% en 12,1%. 21,3% van de Surinaamse mannen heeft meerdere partners tegelijkertijd, bij vrouwen is dit 11,4%. Deze verschillen in seksueel gedrag tussen mannen en vrouwen worden zowel bij Hindoestanen als bij Creolen gezien (zie Tabel B.8).

Kaapverdianen

59,4% van de Kaapverdianen (114/192) heeft een vaste partner, 51,6% van de mannen en 67,4% van de vrouwen. Het condoomgebruik is laag (mannen 10,2%, vrouwen 12,7%), zie Tabel B.9. Kaapverdiaanse mannen hebben vaker losse partners (68,0%) dan vrouwen (17,9%) en gebruiken ook minder vaak condooms (50,8% resp. 52,9%). Van de Kaapverdiaanse mannen rapporteert 30,9% meerdere partners tegelijkertijd, bij Kaapverdiaanse vrouwen is dit 10,5%. Van de mannen heeft 19,7% onbeschermde seks gehad in de afgelopen zes maanden met zowel vaste als losse partners (vrouwen 6,9%).



Figuur 4.3 Consistent condoomgebruik per migrantengroep

4.3.6 Mixing

Bij migranten komt mixing minder voor bij vaste partners dan bij losse partners, zie Tabel B.10. Eén op de 10 Antilliaanse vrouwen heeft een vaste partner die niet Antilliaans is. Ongeveer een kwart van de vaste partners van Kaapverdianen en Surinamers (Creolen en Hindoestanen) is van een andere etniciteit. En eenderde (32,7%) van de Antilliaanse mannen heeft een vaste partner van een andere etniciteit. Mixing bij losse partners varieert van 12,5% bij Creoolse vrouwen tot 55,2% bij Hindoestaanse mannen. Mannen hebben vaker een losse partner van een andere etniciteit dan vrouwen. Bij Surinamers is het opvallend dat Creolen minder ‘mixen’ met losse partners dan Hindoestanen.

4.3.7 Reisgedrag naar land van herkomst

Antillianen/Arubanen die 5 jaar of langer in Nederland wonen, hebben vaker dan Kaapverdianen en Surinamers met dezelfde woonduur, in de voorgaande vijf jaar een bezoek gebracht aan het land van herkomst (65,5%, respectievelijk 62,1% en 55,4%). Vrouwen hebben vaker gereisd dan mannen (67,5% vs 52,7%), maar mannen hebben vaker seksueel contact tijdens dit bezoek (44,1% vs 11,4%).

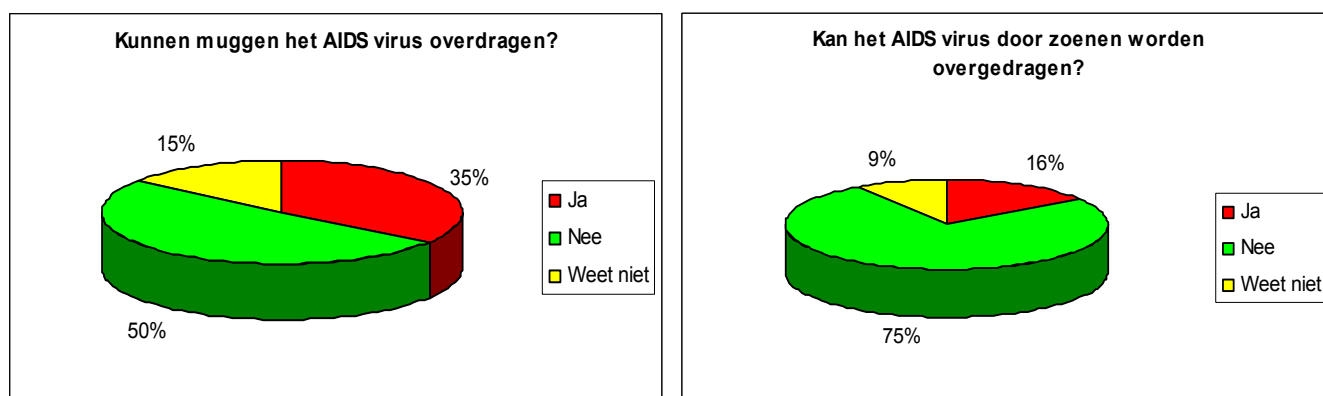
Kaapverdianen rapporteren vaker seksuele partners tijdens deze bezoeken (32,0%) dan Surinamers (25,2%) en Antillianen/Arubanen (19,2%). Zie ook Tabel B.11 in Bijlage 2.

4.3.8 SOA-onderzoek

18,0% van de migranten heeft een SOA-onderzoek gehad in het afgelopen jaar. Bij 20,8% (22/106) van deze onderzoeken werd een SOA vastgesteld. Eén op de vijf Kaapverdianen heeft een SOA-onderzoek gehad (K 20,4%, A/A 17,8%, S 15,5%) en zij zijn vaker dan Antillianen/Arubanen en Surinamers behandeld voor een SOA (K 5,8%, A/A 2,8%, S 2,4%). Zie ook Tabel B.12 (Bijlage 2).

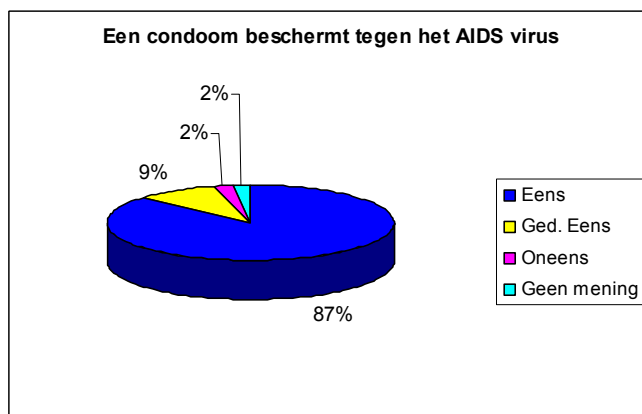
4.3.9 Stellingen AIDS en condoomgebruik

In de vragenlijst is een aantal stellingen opgenomen over AIDS en over condoomgebruik (zie Tabel B.13). De antwoorden laten zien dat er veel misverstanden bestaan over de transmissie van AIDS/HIV. 11-26% van de deelnemers denkt dat iemand die besmet is met het AIDS virus er niet gezond uit kan zien. Meer dan 97% weet dat het AIDS virus door bloedcontact kan worden overgedragen, maar 26-41% denkt ook via muggen en 7-19% via zoenen.



Figuur 4.4 Enkele stellingen over de transmissie van HIV

Meer dan 86% weet dat een condoom beschermt tegen HIV en 91-95% tegen SOA, maar 8-23% vindt ook dat een vrouw met wisselende contacten die de pil slikt, geen condooms hoeft te gebruiken. En 12-27% van de deelnemers denkt minder kans op SOA te hebben wanneer ze voor of na seksueel contact een douche nemen.



Figuur 4.5 Stelling over condoomgebruik

4.4 Bezoekers discotheek

Er zijn totaal 52 bezoekers in een discotheek geïnterviewd. De respons was erg hoog. Ongeveer vijf tot tien mensen weigerden deelname (responsrate ongeveer 85%). Redenen voor weigering waren dat ze geen interesse hadden omdat ze aan het dansen/kletsen waren, dat ze pas een HIV-test hadden ondergaan of omdat ze zeiden geen HIV te hebben.

Er zijn 25 vrouwen geïnterviewd en 27 mannen, zie Tabel C.1. 52% woonde in Rotterdam. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 25,2 jaar. Iets meer dan 50% van de deelnemers (n=28) had de Nederlandse etniciteit, 15% was Surinaams, 2% Antilliaans, 4% Afrikaans en 25% was van een andere etniciteit.

Geen van de deelnemers had een HIV-positieve speekseltest. 35% (n=18) had zich ooit eerder laten testen op HIV, zie Tabel C.2. 19% (n=10) had een SOA-onderzoek gehad in het voorgaande jaar, twee van hen hadden een behandeling voor genitale wratten gehad. De helft van de deelnemers (n=26) had in het voorgaande jaar SOA-voorlichting gehad.

22 deelnemers (42%) hadden een vaste partner, zie Tabel C.3. De gemiddelde duur van de relatie met de vaste partner was 4,7 jaar. Condoomgebruik met vaste partners is laag: 90,9% (n=20) gebruikte nooit of niet altijd een condoom. 3/22 hadden naast hun vaste partner, ook seksueel contact met losse partners in de afgelopen zes maanden. 24/52 (46,2%) hebben in de voorgaande zes maanden seksueel contact gehad met losse partners. 17/24 (70,8%) van hen had niet altijd een condoom gebruikt. Van de deelnemers die een vaste partner rapporteerden had 64% een relatie met iemand van een andere etniciteit (14/22). Opvallend is dat Surinaamse deelnemers vaker een vaste partner hebben van een andere etniciteit (80%) dan Nederlandse deelnemers (58%). Ongeveer 40% van de losse partners was van een andere etniciteit. Mixing bij losse partners is niet per subgroep geanalyseerd omdat de aantallen te klein waren.

Elf deelnemers (21%) hadden in de voorgaande zes maanden hasj/weed gebruikt. 17% (n=9) had in de voorgaande zes maanden harddrugs gebruikt, waarvan tweederde (n=6) cocaïne, 77% (n=7) ecstasy en twee deelnemers gebruikten andere pillen. Geen enkele deelnemer had ooit drugs gespoten.

4.5 Discussie

4.5.1 Werving en non-respons

In dit onderzoek is gestreefd naar een representatieve steekproef voor de drie migrantengroepen in Rotterdam. Een GBA steekproef was vanwege de anonimiteit van het onderzoek niet mogelijk en vanwege verwachte lage respons niet wenselijk. De werving heeft plaatsgevonden via verschillende ontmoetingsplaatsen van migranten in Rotterdam.

De non-responsformulieren zijn helaas niet structureel ingevuld, hierdoor is onbekend of de groep weigeraars verschilt van de groep deelnemers en in hoeverre de onderzoeksgroep representatief is.

Uit een evaluatiebijeenkomst met interviewers na de eerste ronde bleek dat de werving van Antillianen/Arubanen moeilijk verliep. Vaak waren potentiële deelnemers te jong of te oud. Mensen weigerden omdat ze achterdochtig waren ‘wat gebeurt er met mijn speeksel?’ en ‘kom ik niet op internet?’. Ook het achterwege blijven van de uitslag op de HIV-test was een reden voor weigering. Ook op feesten en festivals verliep de werving moeizaam. Tijdens de tweede ronde van werving was de Antilliaanse groep makkelijker te bereiken. De werving van Kaapverdianen verliep in de tweede ronde minder makkelijk doordat verscheidene festivals van Kaapverdianen niet doorgingen. Werving van Surinaams Creoolse deelnemers is voorspoedig verlopen. Surinaams Hindoestaanse deelnemers waren moeilijker te bereiken, maar door te werven bij speciale Hindoestaanse feesten is dit goed verlopen. De wervingsperiode heeft langer geduurd dan de oorspronkelijke planning van drie maanden. Het veldwerk bleek arbeid- en tijdsintensief en is vaak afhankelijk van activiteiten, festivals en markten. Het vinden van interviewers, die goed op de hoogte zijn van de lokale activiteiten, is erg belangrijk voor efficiënt veldwerk.

Bij onderzoek naar seksueel gedrag, kunnen respondenten geneigd zijn sociaalwenselijke antwoorden te geven. Om dit te verminderen wordt voorafgaand aan het interview benadrukt dat het onderzoek volledig anoniem is en dat het belangrijk is om eerlijk antwoord op de vragen te geven. Verder wordt het belang van het onderzoek voor de volksgezondheid benoemd. De vragenlijst zo opgebouwd dat de meest intieme vragen niet meteen aan het begin van het interview worden gesteld en dat er interne controlevragen in de lijst zijn opgenomen. Bovendien is het voor een interviewer erg belangrijk dat hij niet veroordelend overkomt.(41) Ondanks dit, kunnen sociaal wenselijke antwoorden niet worden uitgesloten.

4.5.2 HIV-prevalentie en HIV-test gedrag

De HIV-prevalentie bij Kaapverdianen is 1,0% (95% BI 0,1-3,8%). Er waren geen HIV-positieve speekselmonsters bij de Antillianen/Arubanen en bij de Surinamers. De prevalentie is iets lager dan de HIV-prevalentie van 1,1% (95% BI 0,6-1,7%) gevonden in een vergelijkbare studie in 1997/1998 onder migranten (Surinamers, Antillianen, sub-Sahara Afrikanen) in Amsterdam.(24)

In vergelijking met een recente HIV-schatting van het RIVM van 0,2% onder de algemene bevolking van 15-49 jaar is het percentage HIV onder Kaapverdianen hoger.(23) De HIV-prevalentie gevonden in deze studie is lager dan de prevalenties van de SOA-polikliniek van het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam, zie Tabel 4.1.(47) Dit is ook te verwachten omdat de onderzoekspopulatie verschillend is aangezien alle SOA-polikliniekbezoekers risico hebben gelopen op een SOA. Echter, een groot deel van de HIV-positieven op de SOA-polikliniek is homo/biseksueel en het merendeel van de deelnemers van de HIV-surveys is heteroseksueel. De reguliere HIV-testen op de SOA-polikliniek bij heteroseksuele Antillianen en Surinamers waren allen HIV-negatief (HIV-prevalentie 0,0%).

Het aantal HIV-positieven onder behandeling in Rotterdam van Antilliaanse, Surinaamse en Kaapverdise afkomst is relatief klein. Eind 2003 waren 919 HIV-positieven geregistreerd in Rotterdam bij het HIV-behandelcentrum van het Erasmus MC. Een klein deel hiervan behoort tot de doelgroep van dit onderzoek: 6,0% (55/919) Antilliaans, 4,9% (45/919) Surinaams en 4,6% (42/919) Kaapverdiaans.(48)

Tabel 4.1 Prevalentie in vergelijking met cijfers SOA-polikliniek Erasmus MC Rotterdam

HIV-surveys	Antillianen/Arubanen N=180		Surinamers N=207		Kaapverdianen N=192	
HIV-prevalentie [95% BI]	0,0%	[0,0-2,0%]	0,0%	[0,0-1,8%]	1,0%	[0,1-3,8%]
SOA-polikliniek Erasmus MC Rotterdam (2002)						
	% HIV+	n/N	% HIV+	n/N	% HIV+	n/N
Anonieme HIV-testen	3,5	5/145	1,8	5/286	0,0	0/98
Reguliere HIV-testen	2,1	2/95	0,5	1/213	1,7	1/58
- homo/bi (reguliere test)	33,3	2/6	7,1	1/14	0,0	0/2
- hetero (reguliere test)	0,0	0/87	0,0	0/197	1,8	1/56
Totale HIV-prevalentie	2,9	7/240	1,2	6/499	0,6	1/156

Bron: cijfers SOA-polikliniek Erasmus MC Rotterdam(47)

21-35% heeft zich eerder op HIV laten testen. Uit monitoronderzoek uitgevoerd door RutgersNISSO groep, blijkt dat 31% van Nederlandse jongeren (14-35 jaar) zich wel eens op HIV heeft laten testen.(49) In de eerdergenoemde studie onder migranten in Amsterdam in 1997 heeft 37,7% van alle deelnemers zich eerder op HIV laten testen.(27)

Van de 163 deelnemers die zich eerder op HIV hebben laten testen, rapporteren 152 deelnemers (93,3%) een negatieve uitslag, vijf zijn onbekend met de uitslag en zes deelnemers rapporteren een positieve uitslag. De monsters van deze zes zelfgerapporteerde positieve deelnemers zijn dubbel getest en bleken negatief. Waarschijnlijk is interpretatie van de vraag de reden voor het verschil. Naar alle waarschijnlijkheid hebben deelnemers bedoeld dat ze geen HIV hadden, dus een 'positieve' uitslag. De antwoordcategorieën op deze vraag worden bijgesteld in de volgende versie van de vragenlijst.

4.5.3 Seksueel risicogedrag

Mannen vertonen meer seksueel risicogedrag dan vrouwen; ze hebben meer partners, vaker gelijktijdige partners, ze hebben vaker seksueel contact in het land van herkomst en ze 'misen' over het algemeen vaker dan dat vrouwen doen. Mannen rapporteren gemiddeld 11,0 partners in de afgelopen vijf jaar (A: 7,0 Sur Cr:11,7 Sur H:9,7 K:15,0), vrouwen 2,1 (A: 1,8 Sur Cr:2,4 Sur H:1,6 K:2,2). In de Amsterdamse studie rapporteren de mannen iets meer partners (A: 17,3 Sur Cr:13,1 Sur H:10,4), bij vrouwen is het vergelijkbaar (A: 1,6 Sur Cr:1,6 Sur H:1,6).(24)Deze aantallen zijn hoger dan in de algemene Nederlandse bevolking (mannen 2,5, vrouwen 1,4).(50) Bij deze grote aantallen partners kan sprake zijn van sociaal wenselijke antwoorden omdat het hebben van meerdere partners in deze culturen aanzien geeft bij mannen.

Vaste partner

Het percentage Antillianen dat een vaste partner heeft (62,2%) is vergelijkbaar met de resultaten van het project Amor i Salú in Rotterdam. Daaruit blijkt dat 64,1% in de voorgaande zes maanden seksuele contacten heeft gehad met een vaste partner.(51)

Condoomgebruik met vaste partners is laag, 11,1% van de mannen (A: 13,5% Sur Cr: 11,4% Sur H: 9,7% K: 10,2%) gebruikt altijd een condoom, bij vrouwen 8,8% (A: 5,0% Sur Cr: 3,4% Sur H: 7,4% K: 12,7%). Bij Antilliaanse en Surinaams Creoolse mannen is het iets hoger dan in de eerdergenoemde studie in Amsterdam en bij vrouwen en Hindoestaanse mannen is het condoomgebruik in onze studie lager (Amsterdam: mannen A: 9,0% Sur Cr: 10,7% Sur H: 30,8%, vrouwen A: 11,0% Sur Cr: 12,5% Sur H: 4,8%).(24)

Losse partner(s)

Het aandeel van losse partners is hoger bij Antillianen in ons onderzoek dan bij Amor i Salú (30,6% vs 7,1%) en dit geldt ook voor het percentage deelnemers dat meerdere partners tegelijkertijd heeft (17,2% vs 2-4%).(51) Opvallend is dat condoomgebruik bij Surinamers en Antillianen, zowel bij vaste als losse partners, lager is bij vrouwen dan bij mannen. Ook in de Amsterdamse studie is het condoomgebruik bij losse partners lager bij Antilliaanse en Surinaamse vrouwen.(24)

Partners in het land van herkomst

Mannen hebben vaker seksuele contacten in het land van herkomst dan vrouwen. Dit geldt zowel voor Antillianen (man 23,1% vs vrouw 17,3%), als bij Surinamers (man 38,5% vs vrouw 11,8%) en Kaapverdianen (man 67,7% vs vrouw 5,7%). De studie in Amsterdam geeft hetzelfde beeld. HIV wordt in deze landen veelal overgedragen via heteroseksueel contact. Dit betekent dat het hebben van seksueel contact in het land van herkomst het risico op het oplopen van HIV vergroot, maar ook importeren van HIV naar Nederland.(24)

Mixing

Mixing, het hebben van een partner van een andere etniciteit, speelt een grotere rol bij losse partners dan bij vaste partners. Dit correspondeert met de bevindingen van Gras et al.(24) Mixing bij losse partners is het hoogst bij Surinaamse Hindoestanen, zij ‘mixen’ vaker met losse partners dan Creolen (54% vs 20%). Ongeveer de helft van de Kaapverdianen heeft losse partners van een andere etniciteit. Deze resultaten suggereren dat SOA door mixing tussen verschillende etnische populaties kunnen verspreiden.

Discotheekbezoekers

Het risicogedrag onder de deelnemers van de discotheek was aanzienlijk, 71% had niet altijd een condoom gebruikt bij de meest recente losse partner. Dit is hoger dan de 40-50% nooit of soms condoomgebruik met losse partners van het onderzoek ‘Seks onder je 25’ van SAN in samenwerking met Rutgers Nisso.(52) Zowel bij vaste partners als losse partners hadden deelnemers seksuele contacten met personen van een andere etniciteit. Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, om seksuele contacten in kaart te brengen tussen de verschillende etniciteiten, moet het aantal deelnemers echter worden verhoogd.

4.5.4 Verspreiding van HIV naar algemene bevolking

Het risico van verdere verspreiding van HIV vanuit de populatie migranten naar de rest van de bevolking lijkt gering, gezien de lage HIV-prevalentie in dit onderzoek. De gevonden HIV-prevalentie onder Kaapverdianen (1,0%) is echter hoger dan de geschatte HIV-prevalentie in de algemene bevolking (0,2%).⁽²³⁾ Het gerapporteerde risicogedrag is bovendien hoog. In alle migrantengroepen was het inconsistent condoomgebruik met vaste partners ongeveer 90%. Bij losse partners werd bij ongeveer 50% niet altijd een condoom gebruikt. Ongeveer 20-25% had naast een vaste partner ook losse partners of partners in het land van herkomst. Mannen hadden vaker meerdere partners tegelijkertijd (24-32%) dan vrouwen (10-11%). Seksuele contacten vinden plaats tussen verschillende etniciteiten. Vooral bij losse partners speelt mixing een rol, bij ongeveer de helft is de meest recente losse partner van een andere etniciteit. Wanneer HIV geïntroduceerd wordt in deze populatie, of als de gemeten prevalentie een onderschatting is van de werkelijke prevalentie, bestaat de kans dat het zich snel binnen deze populatie kan verspreiden en door mixing ook buiten deze populaties naar de rest van de bevolking.

4.6 Conclusie en aanbevelingen

De HIV-prevalentie onder Kaapverdianen is 1,0% en onder Surinamers en Antillianen/Arubanen 0,0%. Het risicogedrag is hoog, veel seksuele partners en weinig condoomgebruik met vaste en losse partners. Mannen hebben een hoger risicogedrag dan vrouwen. Ze hebben meer partners, vaker gelijktijdige partners, ze hebben vaker seksuele partners tijdens verblijf in het land van herkomst en over het algemeen mixen ze vaker met partners van een andere etniciteit. Het risico van verdere verspreiding van HIV vanuit de migranten naar de rest van de bevolking in Nederland lijkt klein, gegeven de lage HIV-prevalentie van dit onderzoek. Echter, wanneer er HIV in de populatie geïntroduceerd of als de HIV-prevalentie onderschat is, dan is er weldegelijk een potentieel risico op verdere verspreiding.

Het veldwerk van een HIV-survey onder deze doelgroepen is complex. Sociale, sportieve en culturele ontmoetingsplaatsen blijken geschikte werfplekken, maar het is noodzakelijk om voorafgaand aan het onderzoek een uitgebreide sociale kaart samen te stellen. Sleutelfiguren van migrantenorganisaties zijn belangrijke contactpersonen om informatie uit en over de groepen te krijgen. Het is belangrijk regelmatig bijeenkomsten te plannen met de interviewers om het veldwerk en de stand van zaken te bespreken. Het hierbij betrekken verhoogt de motivatie. Een aandachtspunt voor volgende meting is de interviewers regelmatig te wijzen op het belang van de non-responslijsten, zodat deze goed ingevuld worden.

Resultaten van deze meting van de HIV-survey bieden aanknopingspunten voor preventieactiviteiten in deze doelgroep. Bijna tweederde van de deelnemers heeft in de voorgaande twaalf maanden voorlichting over SOA en vrijen gehad. Antillianen hebben minder vaak voorlichting gehad dan Surinamers en Kaapverdianen (51,7% respectievelijk 68,1% en 65,1%). De meeste mensen worden via school (31,7%) of via radio en tv (36,3%) bereikt.

Het is belangrijk toekomstige voorlichtingactiviteiten te richten op het stimuleren van condoomgebruik met vaste en losse partners en veilig vrijen tijdens bezoek aan het land van herkomst. School en radio en tv blijken goede media te zijn om de doelgroepen te bereiken. Beide HIV-positieve deelnemers waren niet bekend met hun positieve status. Dit benadrukt het belang van continueren van een actief testbeleid op HIV. Daarnaast blijft stimuleren van SOA-onderzoek gewenst, gegeven het hoge seksueel risicogedrag.

Het is belangrijk het (risico)gedrag en de HIV-prevalentie onder migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden te blijven monitoren. Met een herhaalde meting van de HIV-survey in 2006/2007 kunnen trends in gedrag beschreven worden en kan een bijdrage geleverd worden aan de evaluatie van preventieactiviteiten.

5. Algemene conclusies en aanbevelingen

Prostituees

De HIV-prevalentie bij prostituees in Rotterdam is 7,2%. De prevalentie is hoger bij prostituees op de tippelzone (12,3%) dan bij prostituees in clubs (1,9%). De HIV-prevalentie bij transgenders is 20,0%. Prostituees gebruiken vaak condooms met klanten (88%), echter deze condooms gaan regelmatig stuk (49%). Seksueel risicogedrag is hoger bij prostituees op de tippelzone dan in de clubs. Het aantal jaren werk in de prostitutie, transgenders en het spuiten van harddrugs waren geassocieerd met HIV. De potentie voor verdere verspreiding van HIV vanuit prostituees naar de rest van de bevolking is aanwezig. Toekomstige preventieactiviteiten kunnen meer gericht worden op condoomfalen en het voorkomen daarvan, ook specifieke voorlichting voor transgender prostituees is belangrijk. Bij druggebruikende prostituees blijft veilig spuiten een aandachtspunt, maar voorlichting over veilig vrijen is ook van belang.

Migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden

De HIV-prevalentie onder Kaapverdianen is 1,0%. Er waren geen HIV-positieven onder Antillianen en Surinamers. Het seksueel risicogedrag is hoog en hoger bij mannen dan bij vrouwen: veel partners tegelijkertijd en er worden niet vaak condooms gebruikt met vaste en losse partners (10% en 44% respectievelijk). Vaste partners zijn veelal van dezelfde etniciteit, maar bij losse partners is er vaker sprake van mixing tussen etnische groepen. 19-32% van de migranten heeft seksuele contacten in het land van herkomst gehad waar de HIV-prevalentie hoger is. Het risico van verdere verspreiding van HIV naar de rest van de bevolking is aanwezig, maar lijkt klein vanwege de lage HIV-prevalentie van dit onderzoek. Echter, het seksueel risicogedrag is hoog, zodat er kans bestaat op snelle verspreiding van HIV en SOA binnen deze groep en - door mixing - ook naar de rest van de bevolking. 28% van de migranten heeft zich eerder op HIV laten testen en 18% in het voorgaande jaar op SOA. Bij 21% van deze onderzoeken is een SOA vastgesteld. Toekomstige voorlichtingactiviteiten kunnen meer gericht worden op veilig vrijen zowel met vaste en losse partners als ook tijdens seksuele contacten in het land van herkomst. Daarnaast is het belangrijk het actieve HIV- en SOA-test beleid te blijven stimuleren.

In Rotterdam heeft de eerste HIV-survey onder prostituees, migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden plaatsgevonden. De uitvoering van dit onderzoek is in samenwerking met de GGD goed verlopen. Voor een efficiënte uitvoering van het veldwerk zijn goed geïnstrueerde en gemotiveerde interviewers onmisbaar. De resultaten van de HIV-surveys vormen een basis voor preventiestrategieën van de GGD Rotterdam. Het uitvoeren van herhaalde surveys in een beperkt aantal steden in Nederland, waaronder Rotterdam, moet voldoende informatie opleveren voor een verantwoorde surveillance van de HIV-epidemie in hoog-risicogroepen in Nederland. Het is wenselijk om de survey in Rotterdam in 2006/2007 te herhalen.

Dankwoord

Onze dank gaat uit naar alle interviewers die zich voor het veldwerk van de HIV-survey in Rotterdam hebben ingezet: Germain Akkermans, Robelto Baker, Marissa Daruwalla, Natusha Isebia, Fernanda Lima, Margot Maduro, Alcides Martina, Carmen Melcherts, Patricia Melcherts, Edite Oliveira, Soraima Paz, Lindsay Silva, Junior Trimon, Jeroen Verheul en Laura Wouter. Ook willen we Anja Franken en Han Klaver van de GGD Rotterdam bedanken. Verder bedanken we de medewerkers van de Pauluskerk, spuitomruil, Delta Bouman Verslavingszorg en andere laagdrempelige instanties, Keetje Tippel, de deelnemende clubs, Avanço, buurthuizen, discotheek, MIP en SWA en alle andere organisaties die hun medewerking hebben verleend aan de survey. Ook bedanken we medewerkers van het data-entrybureau voor de invoer van alle vragenlijsten en de medewerkers van Viroclinics Rotterdam voor het verwerken van de speekselmonsters en het uitvoeren van de HIV-testen. Tenslotte willen we de volgende collega's van het RIVM bedanken voor hun inzet bij de HIV-survey: Marion de Boer, Eline Op de Coul, Arlette van Kooten en Michel Wagemans.

Literatuurlijst

1. Working group on global HIV/AIDS and STI surveillance. Guidelines for second generation HIV surveillance. UNAIDS/WHO 2000.
2. Stolte, I. G., Dukers, N. H., de Wit, J. B., Fennema, J. S., and Coutinho, R. A. Increase in sexually transmitted infections among homosexual men in Amsterdam in relation to HAART. *Sex Transm Infect* 2001; 77(3):184-6.
3. Xiridou, M., Geskus, R., de Wit, J., Coutinho, R., and Kretzschmar, M. Primary HIV infection as source of HIV transmission within steady and casual partnerships among homosexual men. *AIDS* 2004; 18(9):1311-20.
4. Op de Coul ELM, Beuker RJ, Prins M, Fennema JSA, Meijden WI van der, Coutinho RA et al. HIV-infectie en aids in Nederland: prevalentie en incidentie, 1987-2001. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003; 147(22):1071-6.
5. Dukers, N. H., Spaargaren, J., Geskus, R. B., Beijnen, J., Coutinho, R. A., and Fennema, H. S. HIV incidence on the increase among homosexual men attending an Amsterdam sexually transmitted disease clinic: using a novel approach for detecting recent infections. *AIDS* 2002; 16(10):F19-24.
6. Beuker RJ, Berns MPH, Rozendaal CM van *et al.* Surveillance van HIV-infectie onder injecterende druggebruikers in Nederland: meting Heerlen/Maastricht 1998/1999. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2001; RIVM rapport 441100014.
7. Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies HIV-surveillance in Nederland. Den Haag: RGO, 2001.
8. Mills S. Back to behavior: prevention priorities in countries with low HIV prevalence. *AIDS* 2000;14 Suppl 3: S267-73. 2000.
9. Francois-Gerard, C., Thortensson, R., Luton, P., Zumpe, P., Maniez-Montreuil, M., Massip, A. B., Saelen, M. O., and Sondag-Thull, D. Multi-center European evaluation of HIV testing on serum and saliva samples. *Transfus Clin Biol* 96; 3(2):89-98.
10. Martinez, Prudencio M., Torres, Antonio R., de Lejarazu, Raul O., Montoya Ana, Martin, Jose F., and Eiros, Jose M. Human immunodeficiency virus antibody testing by enzyme-linked fluorescent and western blot assays using serum, gingival-crevicular transudate, and urine samples. *J Clin Microbiol* 99; 37(4):1100-1106.
11. Schopper, D. and Vercauteren, G. Testing for HIV at home: what are the issues? *AIDS* 96; 10(13):1455-65.
12. Guidelines for Good Epidemiology Practices for Occupational and Environmental Epidemiologic Research. The Chemical Manufacturers Association's Epidemiology Task Group. *J-Occup-Med*. 1991 Dec; 33(12): 1221-9 1991; 33(12):1221-9.
13. Beuker, R. J., Berns, M. P., Hoebe, C. J., Jansen, M., and van de Laar, M. J. [HIV prevalence among injecting drug users in South Limburg, 1994-1998/1999: increasing trend in Heerlen, not in Maastricht]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002; 146(12):567-70.

14. Gras MJ, Helm Tvd, Schenk R, Doornum GJv, Coutinho RA, Hoek JAvd. HIV-infectie en risicogedrag onder prostitué(e)s in de tippelzone te Amsterdam; aanwijzingen voor een verhoogde HIV-prevalentie onder travestieten/transseksuelen. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1997; 141(25):1238-41.
15. Verster A, Davoli M, Camposeragna A, Valeri C, Perucci C-A. Prevalence of HIV infection and risk behaviour among street prostitutes in Rome, 1997-1998. *AIDS-Care*. 2001 Jun; 13(3): 367-72
16. Roosmalen MS van, Wiessing LG, Meer J van der, Koedijk P, Houweling H. HIV-infectie en riskant gedrag onder travestieten en transseksuelen in de Rotterdamse straatprostitutie. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 1996; RIVM rapport 441100003.
17. Allochtonen in Nederland 2002. Allochtonen in Nederland 2002. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek - Facilitair bedrijf, 2002; ISSN 1383-7311.
18. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Suriname: UNAIDS/WHO Epidemiological Fact Sheet - 2004 Update . Geneva, Switzerland, 2004.
19. Ministerie van Volksgezondheid/ProHealth. Nationaal Strategisch Plan voor een Multi-Sectorale Aanpak van HIV/AIDS in Suriname 2004-2008. Paramaribo, Suriname, 2003.
20. Medical & Public Health Service of Curaçao, E&RU. Cumulative registered number of known HIV-positives, Netherlands Antilles, 1985-2002 [Web Page]. Available at http://central-bureau-of-statistics.an/health/health_c2.asp. (Accessed 2004).
21. Armstrong S, Fontaine C, Wilson A, principal writers. UNAIDS 2004: Report on the Global AIDS Epidemic. Geneva, Switzerland: WHO library Cataloguing-in-Publication-Data, 2004; ISBN 9291733555.
22. Fenton KA, Chinouya M, Davidson O, Copas A. HIV transmission risk among sub-Saharan Africans in London travelling to their countries of origin. *AIDS* 2001; 15:1445-5.
23. Laar MJW van de, Op de Coul ELM, Editors. HIV and Sexually Transmitted Infections in the Netherlands in 2003. Bilthoven, 2004.
24. Gras MJ, Weide JF, Langendam MW, Coutinho RA, Hoek Avd. HIV prevalence, sexual risk behaviour and sexual mixing patterns among migrants in Amsterdam, The Netherlands. *AIDS* 1999; 13(14):1953-62.
25. Gras L, Sighem A van, Valkengoed I van, Zaheri S, Wolf F de. Monitoring of Human Immunodeficiency Virus (HIV) in the Netherlands, report 2004. Amsterdam, 2004.
26. Op de Coul, E. L., Beuker, R. J., Prins, M., Fennema, J. S., van der Meijden, W. I., Coutinho, R. A., and van de Laar, M. J. [HIV-infection and AIDS in the Netherlands: prevalence and incidence, 1987-2001]. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2003 ; 147(22):1071-6.
27. Stolte, I. G., Gras, M., Van Benthem, B. H., Coutinho, R. A., and van den Hoek, J. A. HIV testing behaviour among heterosexual migrants in Amsterdam. *AIDS Care* 2003; 15(4):563-74.
28. Bovée, L and Hoek, A. van den. Infectieziekten Jaarverslag 2003, GG&GD Amsterdam. 2004.
29. Akker R van den, Hoek JAR van den, Akker WMR van den, et al. Detection of HIV antibodies in saliva as a tool for epidemiological studies. *AIDS* 1992;6:953-7 1992; 6:953-7.

30. Emmons W. Accuracy of Oral Specimen Testing for Human Immunodeficiency Virus. *Am J Med* 1997; 102(suppl 4A):15-20.
31. Parry, J. V., Perry, K. R., and Mortimer, P. P. Sensitive assays for viral antibodies in saliva: an alternative to tests on serum. *Lancet* 87; 2(8550):72-5.
32. Crofts, N., Nicholson, S., Coghlan, P., and Gust, I. D. Testing of saliva for antibodies to HIV-1. *AIDS* 91; 5(5):561-3.
33. Gershy-Damet, G. M., Koffi, K., Abouya, L., Sasson-Morokro, M., Brattegaard, K., Parry, J. V., De Cock, K. M., and Mortimer, P. P. Salivary and urinary diagnosis of human immunodeficiency viruses 1 and 2 infection in Cote d'Ivoire, using two assays. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 92; 86(6):670-1.
34. Connell, J. A. and Parry, J. V. Detection of anti-HIV in saliva and urine at the time of seroconversion. *Clin Diagn Virol* 94; 1(5-6):299-311.
35. Chassany, O., Bergmann, J. F., Mazon, M. C., Cervoni, J., Gregoire, V., Sanson-Le-Pors, M. J., and Caulin, C. Testing of anti-HIV antibodies in saliva. *AIDS* 94; 8(5):713-4.
36. Granade, T. C., Phillips, S. K., Parekh, B., Gomez, P., Kitson-Piggott, W., Oleander, H., Mahabir, B., Charles, W., and Lee-Thomas, S. Detection of antibodies to human immunodeficiency virus type 1 in oral fluids: a large-scale evaluation of immunoassay performance. *Clin Diagn Lab Immunol* 98; 5(2):171-5.
37. Holmstrom, P., Syrjanen, S., Laine, P., Valle, S. L., and Suni, J. HIV antibodies in whole saliva detected by ELISA and western blot assays. *J Med Virol* 90; 30(4):245-8.
38. Behets, F. M., Edidi, B., Quinn, T. C., Atikala, L., Bishagara, K., Nzila, N., Laga, M., Piot, P., Ryder, R. W., and Brown, C. C. Detection of salivary HIV-1-specific IgG antibodies in high-risk populations in Zaire. *J Acquir Immune Defic Syndr* 91; 4(2):183-7.
39. Blik M, Linders D. Factsheet - Prognose Bevolkingsontwikkeling van Rotterdam 2003-2017. Rotterdam: Centrum voor Onderzoek en Statistiek, Rotterdam, 2003.
40. World Health Organisation ROFA. HIV/AIDS Epidemiological Surveillance Update for the WHO African Region 2002. 2003; ISBN 92-9023-100-9.
41. Wellings, K., Field, J., Wadsworth, J., Johnson, A. M., Anderson, R. M., and Bradshaw, S. A. Sexual lifestyles under scrutiny. *Nature* 90; 348(6299):276-8.
42. McKeganey, N., Barnard, M., Leyland, A., Coote, I., and Follet, E. Female streetworking prostitution and HIV infection in Glasgow. *BMJ* 92; 305(6857):801-4.
43. Vioque, J., Hernandez-Aguado, I., Fernandez Garcia, E., Garcia de la Hera, M., and Alvarez-Dardet, C. Prospective cohort study of female sex workers and the risk of HIV infection in Alicante, Spain (1986-96). *Sex Transm Infect* 98; 74(4):284-8.
44. Welp, E. A., Lodder, A. C., Langendam, M. W., Coutinho, R. A., and van Ameijden, E. J. HIV prevalence and risk behaviour in young drug users in Amsterdam. *AIDS* 2002; 16(9):1279-84.
45. de Boer, I. M., Op de Coul, E. L., Beuker, R. J., de Zwart, O., Al Taqatqa, W., and van de Laar, M. J. [Trends in HIV prevalence and risk behaviour among injecting drug users in Rotterdam, 1994-2002]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004; 148(47):2325-30.

46. Poel A van der, Barendregt C, Schouten M, Mheen D van de. De leefsituatie van gebruikers in de Rotterdamse harddrugscene, resultaten van de survey 2003. Rotterdam, 2003.
47. Thio B. Cijfers SOA-polikliniek Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, 2002 (unpublished).
48. Ende I van de. Cijfers HIV behandelcentrum Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam 2003 (unpublished).
49. Kuyper L, Bakker F, Zimbile F.R. Veilig Vrijen en condoomgebruik bij jongeren en jongvolwassen, stand van zaken 2004 en ontwikkelingen sinds 1987. Utrecht, Nederland, 2005.
50. Zessen G van, Sandfort TGM. Seksualiteit in Nederland. Lisse, Nederland: Sets & Zeitlinger, 1991.
51. Kocken P, Wouter L, Voorham T, Zwart O de. Amor i salú: Het Rotterdamse communityproject ter bevordering van de seksuele gezondheid van Antillianen en Arubanen. GGD Rotterdam e.o. Rotterdam, 2003.
52. Factsheet "Seks onder je 25e". Rutgers Nisso Groep & Soa Aids Nederland. Utrecht, 2005.

Bijlage 1 Tabellen Prostituees

Tabel A.1 Demografische kenmerken van deelnemers

	Totaal n=109	%	Tippelzone n=56	%	Clubs n=53	%	p-waarde
Geslacht							
Man	1	0,9	1	1,8			
Vrouw	93	85,3	41	73,2	52	98,1	
Trans	15	13,8	14	25,0	1	1,9	
Leeftijd (jr)							
<25	22	20,4	10	17,9	12	23,1	
25-34	34	31,5	14	25,0	20	38,5	
35-44	43	39,8	27	48,2	16	30,8	
>44	9	8,3	5	8,9	4	7,7	
Gemid leeftijd (jr)	33,2		34,5		31,7		0,07*
Woonplaats							
Rotterdam	77	70,6	44	78,6	33	62,3	
Omgeving	13	11,9	1	1,8	12	22,6	
Elders	19	17,4	11	19,6	8	15,1	
Vast adres <6mnd							
Ja	79	72,5	33	58,9	46	86,8	
Nee	30	27,5	23	41,1	7	13,2	0,001 ^ψ
Etniciteit							
Nederlands	24	22,0	13	23,2	11	20,8	
West-Europees	6	5,5	6	10,7	0		
Zuid-Europees	3	2,8	2	3,6	1	1,9	
Oost-Europees	13	11,9	5	8,9	8	15,1	
Afrikaans	6	5,5	2	3,6	4	7,6	
Zuid-/Latijns Am.	40	36,7	24	42,9	16	30,2	
Aziat	15	13,8	3	5,4	12	22,6	
anders	2	1,8	1	1,8	1	1,9	
Woonduur in NL (jr)	10,3		11,7		8,8		0,22*
Ziektekostenverzekering							
Ja	70	64,8	28	50,9	42	79,3	
Nee	38	35,2	27	49,1	11	20,8	0,002 ^ψ
Opleiding							
Geen opleiding	4	3,7	2	3,6	2	3,8	
Basisonderwijs	24	22,2	11	20,0	13	24,5	
Middelbare school	37	34,3	16	29,1	21	39,6	
VBO/MBO	28	25,9	16	29,1	12	22,6	
HBO/Universiteit	8	7,4	6	10,9	2	3,8	
Anders	7	6,5	4	7,3	3	5,7	

* uitvoering t-toets SAS

ψ uitvoering Chi² toets

Tabel A.2a HIV-prevalentie

HIV-prevalentie	HIV+/n*	Zonder simulatie, ongecorrigeerd		Na simulatie	
		HIV%	95% BI	HIV%	95% BI
Totaal	8/107	7,5	[2,5-12,5]	7,2	[2,8-12,0]
Tippelzone	7/55	12,7	[3,9-21,5]	12,3	[5,2-21]
Clubs	1/52	1,9	[0,0-10,3]	1,9	[0,0-5,9]
Transgenders	3/15	20,0	[4,3-48,1]		

* twee hiv-testen hadden een ondefinieerbare uitslag, deze zijn niet meegenomen in de berekening (n=107)

Tabel A.2b HIV-status

	Totaal		Tippelzone (N=56)		Clubs (N=53)	
		%		%		%
Ooit HIV-test gehad?						
Nee	20	18,4	10	17,9	10	18,9
Ja	88	80,7	46	82,1	42	79,3
Weet niet	1	0,9	0		1	1,9
Aantal jaar sinds laatste HIV-test	2,0		2,1		1,9	
Uitslag eerdere HIV-test?						
HIV-positief	3	3,4	3	6,5	0	
HIV-negatief	81	92,0	40	87,0	41	97,6
Weet niet	4	4,5	3	6,5	1	2,4

Tabel A.3 Seksueel (risico)gedrag van prostituees met klanten

KLANTEN	Totaal n=109	%	Tippelzone n=56	%	Clubs n=53	%	p-waarde#
Gemidd. leeftijd start prostitutie (jr)	27,2		26,9		27,5		0,69
Jaren werkzaam prostitutie	5,9		7,7		4,0		0,002
Aantal klanten							
# klanten/week	14,8	N=56	20,2	N=25	10,4	N=31	0,007
# klanten/totaal <6 mnd	290,6	N=82	370,8	N=37	224,6	N=45	0,05
Seksuele technieken met klanten							
Alleen vaginaal	3	2,8	3	5,6	0	0	
Alleen orogenitaal	3	2,8	2	3,7	1	1,9	
Vaginaal/orogenitaal	78	72,9	31	57,4	47	88,7	
Vaginaal/orogenitaal/anaal	8	7,5	4	7,4	4	7,6	
Orogenitaal/anaal	15	14,0	14	25,9	1	1,9	
Geslacht klanten							
Mannen	104	95,4	52	92,9	52	98,1	
Vrouwen	0	0	0	0	0	0	
Beide	5	4,6	4	7,1	1	1,9	
Seksuele voorkeur van klant							
Heteroseksueel	90	82,6	39	69,6	51	96,2	
Homoseksueel	14	12,8	13	23,2	1	1,9	
Biseksueel	5	4,6	4	7,1	1	1,9	
Condoomgebruik met klanten							0,74
Nooit	1	0,9	0	0	1	1,9	
Niet altijd	9	8,3	6	10,7	3	5,7	
Altijd	96	88,1	47	83,9	49	92,5	
Weet niet	3	2,8	3	5,4	0	0	
Condoomklapper <6mnd							0,04
Nooit	55	50,5	22	39,3	33	62,3	
Soms	50	45,9	31	55,4	19	35,9	
Vaak	3	2,8	2	3,6	1	1,9	
Altijd	0	0	0	0	0	0	
Weet niet	1	0,9	1	1,8	0	0	

p-waarde, verschil tippelzone en clubs (Chi² toets, t-toets, Fisher's Exact test)

Tabel A.4 Seksueel gedrag van prostituees met vaste en losse partner(s)

	Totaal n=109	%	Tippelzone n=56	%	Clubs n=53	%	p-waarde#
VASTE PARTNER							
Vaste partner (vp)							
<6mnd							
Nee	37	33,9	23	41,1	14	26,4	
Ja	72	66,1	33	58,9	39	73,6	
Geslacht vp							
Man	72	100,0	33	100	39	100	
Vrouw	0		0		0		
Duur relatie (jr)							
	4,6		4,6		4,5		
Seksuele technieken vp							
Alleen vaginaal	2	2,8	1	3,0	1	2,6	
Alleen orogenitaal	0	0	0	0	0	0	
Vaginaal/orogenitaal	48	66,7	14	42,4	34	87,2	
Vaginaal/ orogenitaal/anaal	11	15,3	7	21,2	4	10,3	
Orogenitaal/anaal	11	15,3	11	33,3	0	0	
Condoomgebruik met vp							
Nooit	50	69,4	22	66,7	28	71,8	0,98
Niet altijd	11	15,3	6	18,2	5	12,8	
Altijd	11	15,3	5	15,2	6	15,4	
Weet niet	0		0		0		
Vp ooit drugs gespoten							
Nee	52	72,2	18	54,6	34	87,2	
Ja	17	23,6	15	45,5	2	5,1	<0,001
Weet niet	3	4,2			3	7,7	
Naast vp ook lp							
Nee	66	91,7	29	87,9	37	94,9	
Ja	6	8,3	4	12,1	2	5,1	
LOSSE PARTNER(S)							
Losse partners (lp) <6 mnd							
Nee	97	89,0	50	89,3	47	88,7	
Ja	12	11,0	6	10,7	6	11,3	
Geslacht lp							
Man	11	91,7	5	83,3	6	100	
Vrouw	0	0	0	0	0	0	
Beide	1	8,3	1	16,7	0	0	
Condoomgebruik met lp							
Nooit	5	41,7	2	33,3	3	50,0	1,0
Niet altijd	4	33,3	2	33,3	2	33,3	
Altijd	3	25,0	2	33,3	1	16,7	
Weet niet	0	0	0	0	0	0	

p-waarde, verschil tippelzone en clubs (Chi² toets, t-toets, Fisher's Exact test)

Tabel A.5 Mobiliteit van prostituees

	Totaal n=109	%	Tippelzone n=56	%	Clubs n=53	%
< 12 mnd in andere plaats in Rotterdam gewerkt						
Nee	89	81,6	50	89,3	39	73,6
Ja	20	18,4	6*	10,7	14*	26,4
<12 mnd in andere stad in NL gewerkt						
Nee	73	67,0	31	55,4	42	79,3
Ja	36	33,0	25 ^{&}	44,6	11 ^{&}	20,8
Ooit in buitenland in prostitutie gewerkt						
Nee	82	75,2	39	69,6	43	81,1
Ja	27	24,8	17 [@]	30,4	10 [@]	18,9

* p=0,03 Chi² toets, [&] p=0,008 Chi² toets, [@] p=0,16 Chi² toets

Tabel A.6 SOA-onderzoek en voorlichting

	Totaal n=109	%	Tippelzone n=56	%	Clubs n=53	%
SOA onderzoek <12 mnd						
Nee	24	22,2	5	9,1	19	35,9
Ja	84	77,8	50*	90,9	34*	64,2
SOA behandeling <12 mnd						
Nee	93	85,3	44	78,6	49	92,4
Ja	16	14,7	12 ^{&}	21,4	4 ^{&}	7,6
SOA voorlichting <12 mnd						
Nee	38	35,2	20	36,4	18	34,0
Ja	70	64,8	35	63,6	35	66,0

* p<0,001 Chi² toets, [&] p=0,06 Fisher's Exact toets

Tabel A.7a Druggebruik onder prostituees

	Totaal n=109	%	Tippelzone n=56	%	Clubs n=53	%
Ooit harddrugs <u>gespoten</u> (sinds '80)						
Nee	98	89,9	45	80,4	53	100,0
Ja	11	10,1	11	19,6	0	
<6 mnd harddrugs gebruikt						
Nee	73	67,6	26	46,4	47	90,4
Ja	35	32,4	30*	53,6	5*	9,6
<6 mnd harddrugs <u>gespoten</u>						
	(n=35)		(n=30)		(n=5)	
Nee	31	88,6	26	86,7	5	100,0
Ja	4	11,4	4	13,3	0	
Welke drugs gebruikt <6 mnd [§]						
heroïne	22		22		0	
cocaine	28		26		2	
speedball	3		3		0	
voorgekookte coke	26		25		1	
methadon	17		17		0	
andere opiaten	1		1		0	
amfetamine	2		1		1	
extacy	5		2		3	
pillen	5		5		0	
hasj/weed	14		13		1	
alcohol (overmatig)	8		8		0	
anders	1		1		0	

[§] Meerdere antwoorden mogelijk

* p<0,0001 Chi² toets

Tabel A.7b Karakteristieken druggebruikende prostituees op tippelzone

	Totaal (n=9)	%	HIV + (n=3)
Etniciteit			
Nederlands	4		1
niet-Nederlands	5		2
- West/Zuid Europa	2		2
- Suriname/NA/Aruba	1		0
- Azië	2		0
Leeftijd start harddruggebruik	18,9 jaar (SD=4,7 range 13-28)		
Leeftijd start spuiten	20,6 jaar (SD=2,8 range 16-25)		
Spuut gebruikt van ander			
Nooit	4	44,4	1
1-5 keer	3	33,3	2
6-50 keer	2	22,2	0
> 50 keer	0		0
Sputten drugs < 6 mnd	3	33,3	2
heroïne	2	66,7	1
Cocaïne	3	100	2
Heroïne en cocaïne tegelijk	1	33,3	0
Voorgekookte coke	2	66,7	1
Spuut geleend < 6 mnd	0		0
Attributen geleend < 6mnd	1 (soms)		1 (soms)
Uitlenen spuiten < 6 mnd	0		0
Gebruik drugs < 6 mnd			
heroïne	9	100	3
Cocaïne	8	88,9	3
Heroïne en cocaïne tegelijk	2	22,2	0
Voorgekookte coke	8	88,9	3
Methadon	7	77,8	3
Andere opiaten	1	11,1	0
amfetamine	1	11,1	0
Extacy	0		0
Pillen	3	33,3	1
Hasj/weed	1	11,1	0
Alcohol	1	11,1	0
Methadongebruik			
Methadonpost < 6 mnd	5	55,6	2
Methadonpost ooit	4		1
Gevangenis			
Nooit	1	11,1	0
1 keer	3	33,3	2
2 keer	1	11,1	0
> 2 keer	4	44,4	1
Ooit gespoten in gevangenis	1/8	12,5	1
Spuut geleend ooit in gevangenis	0		0
Seks in gevangenis			
Geen seks	6	75,0	1
Altijd met condoom	0		0
Zonder condoom (niet anaal)	1	12,5	1
onbekend	1	12,5	1
Ooit HIV-test	9	100,0	
Seropositief	3	33,3	
Seronegatief	6	66,7	
Ooit hepatitis			
Nee	3		0
Ja:	6		3
- hepatitis B	5		2
- hepatitis C	2		2

Tabel A.8 Kenmerken van transgenders

	N=15	%
Gemiddelde leeftijd	31,0 jaar	
Geboorteland		
Nederland	0	
West-Europa	0	
Oost-Europa	4	26,7
Afrika	0	
Zuid/Latijns Amerika	10	66,7
Anders	1	6,7
Ziektenkostenverzekering		
Ja	4	26,7
Nee	11	73,3
Gemiddeld klanten/6 mnd	383,2 (n=5)	
Seksuele technieken met klant		
Alleen vaginaal	0	0
Alleen orogenitaal	0	0
Vaginaal/orogenitaal	0	0
Vaginaal/orogenitaal/anaal	1	6,7
Orogenitaal/anaal	14	93,3
Seksuele voorkeur van klanten		
Heteroseksueel	0	
Homoseksueel	14	93,3
Biseksueel	1	6,7
Condoomgebruik met klanten		
Nooit	0	
Niet altijd	1	6,7
Altijd	13	86,7
Weet niet	1	6,7
Condoomklapper <6mnd		
Nooit	3	20,0
Soms	12	80,0
Vaste partner < 6mnd		
Ja	11	73,3
Nee	4	26,7
Condoomgebruik vp		
Nooit	7	63,6
Niet altijd	1	9,1
Altijd	3	27,3
Losse partners < 6 mnd		
Nee	13	86,7
Ja	1 (20 partn.)	6,7
Onbekend	1	6,7
Condoomgebruik lp		
Nooit	0	
Niet altijd	1	100,0
Altijd	0	
Delen van je lichaam (laten) veranderen?		
Ja	9	64,3
Nee	5	35,7

Tabel A.9 Determinanten voor HIV bij prostituees in Rotterdam

Variable	N=107 **	n HIV+ (%)	OR	Univariaat 95% BI	p	OR	Multivariaat 95% BI	p
Vast adres								
Ja	77	4 (5,2)	1,0					
Nee	30	4 (13,3)	2,8	[0,7-12,1]	0,16			
Geslacht								
Niet-trans	92	5 (5,4)	1,0			1,0		
Transgender	15	3 (20,0)	4,4	[0,9-20,6]	0,06	7,7	[1,02-59,1]	0,05
Etniciteit								
Niet-Afrikaans	101	5 (5,1)	1,0					
Afrikaans	8	1 (12,5)	2,2	[0,2-21,8]	0,49			
Leeftijd o.b.v. Q1-Q4								
Q1: ≤ 26 jaar	28	0 (0,0)	-					
Q2: 27-34 jaar	27	2 (7,4)	1,0					
Q3: 35-39 jaar	26	4 (15,4)	2,4	[0,4-14,2]	0,35			
Q4: ≥ 40 jaar	25	2 (8,0)	1,1	[0,15-8,7]	0,91			
# jaren werk prostitutie								
# jaren continue variabele	105	8 (7,6)	1,1	[1,0-1,3]	0,008	1,1	[1,0-1,3]	0,04
Werkplek								
Clubs	52	1 (1,9)	1,0					
Tippelzone	55	7 (12,3)	7,4	[0,9-62,7]	0,07			
Condoomgebr. Klanten								
Consistent	94	7 (7,4)	1,0					
Inconsistent	10	0 (0,0)	-	NA				
Condoomfailure klanten								
Nooit	53	4 (7,5)	1,0					
soms	50	3 (6,4)	0,6	[0,1-2,8]	0,54			
Soort anale seks met klanten								
Geen anale seks	84	5 (6,0)	1,0					
Alleen insertief	0	0 (0,0)	-					
Alleen receptief	17	2 (11,8)	2,1	[0,4-11,9]	0,40			
Insertief en receptief	6	1 (16,7)	3,2	[0,3-32,5]	0,33			
Condoomgebr. vp								
Consistent	11	0 (0,0)	1,0					
Inconsistent	60	3 (5,0)	-	NA				
Ooit drugs gespoten								
Nee	96	5 (5,2)	1,0					
Ja	11	3 (27,3)	6,8	[1,4-33,9]	0,02			
Periode drugs spuiten								
Nooit	96	5 (5,2)	1,0					
Ooit (niet < 6 mnd)	7	1 (14,3)	3,0	[0,3-30,3]	0,34			
Recent (< 6 mnd)	4	2 (50,0)	18,2	[2,1-157,3]	0,008			
Drugs spuiten vs werkplek								
Nooit&werkplek clubs	52	1 (1,9)	1,0			1,0		
Nooit&werkplek tippelzone en ooit&werkplek clubs	44	4 (9,1)	5,1	[0,5-47,4]	0,15	2,6	[0,2-32,7]	0,47
Ooit&werkplek tippelzone	11	3 (27,3)	19,1	[1,8-207,2]	0,02	13,1	[0,9-192,2]	0,06
Ooit partner die drugs heeft gespoten?								
Nee	83	6 (7,2)	1,0					
Ja	14	2 (14,3)	2,1	[0,4-11,9]	0,38			
Ooit buitenland pros gewerkt?								
Nee	80	4 (5,0)	1,0					
ja	27	4 (14,8)	3,3	[0,8-14,3]	0,11			
Behandeling SOA <12 mnd?								
Nee	92	7 (7,6)	1,0					
Ja	15	1 (6,7)	0,9	[0,1-8,2]	0,95			

** HIV-test uitslag onbekend (n=2) niet meegenomen in de analyse, NA=niet aantoonbaar

Bijlage 2 Tabellen Migranten

Tabel B.1 Plaats van werving per doelgroep

	Antillianen/Arubanen n=180		Surinamers n=207		Kaapverdianen n=192	
	N	%	N	%	N	%
Buurthuis/wijkcentrum	30	16,7	60	29,0	70	36,5
Sportclub	2	1,1	6	2,9	2	1,0
Kerk	0		0		33	17,2
Café/ discotheek	0		85	41,1	20	10,4
Festival	11	6,1	6	2,9	17	8,9
Kapper	0		0		3	1,6
Doelenplein	6	3,3	42	20,3	22	11,5
Markt	10	5,6	0		0	
Op straat	61	33,9	7	3,4	3	1,6
Feest/verjaardag	13	7,2	0		19	9,9
MIP/SWA*	38	21,1	0		0	
Overig	9	5,0	1	0,5	3	1,6

* MIP=Migranten Informatie Punt, SWA=Stichting Welzijn Antillianen

Tabel B.2 Demografische kenmerken per migrantengroep

	Antillianen/Arubanen n=180		Surinamers n=207		Kaapverdianen n=192	
	N	%	N	%	N	%
Geslacht						
Man	87	48,3	119	57,5	97	50,5
Vrouw	93	51,7	88	42,5	95	49,5
Gemiddelde leeftijd	33,4 jaar		28,2 jaar		29,0 jaar	
Leeftijd						
<25 jaar	54	30,0	111	53,6	93	48,7
25-34 jaar	38	21,1	44	21,3	45	23,6
35-44 jaar	58	32,2	34	16,4	30	15,7
>44 jaar	30	16,7	18	8,7	23	12,0
Burgerlijke staat						
Getrouwd	30	16,7	25	12,1	28	14,6
Samenwonend/LAT	42	23,3	29	14,0	24	12,5
Alleenstaand	99	55,0	144	69,6	126	65,6
Gescheiden	8	4,4	7	3,4	13	6,8
Weduwe/weduwenaar	1	0,6	2	1,0	1	0,5
Woonplaats						
Rotterdam	127	70,6	179	86,5	176	92,2
Omgeving	26	14,4	5	2,4	13	6,8
Anders	27	15,0	23	11,1	2	1,0
Geboorteland						
Nederland	8	4,4	84	40,6	65	33,9
Suriname	0		121	58,5	0	
Antillen/Aruba	172	95,5	1	0,5	1	0,5
Kaapverdise Eilanden	0		0		109	56,8
Afrika, anders	0		1	0,5	5	2,6
Anders	0		0		12	6,3
Woonduur in NL (gemidd)	9,8 jaar		17,4 jaar		15,0 jaar	
Leeftijd naar NL (gemidd)	24,2 jaar		15,5 jaar		17,9 jaar	
Ziektekostenverz.						
Ja	171	95,0	193	93,2	165	86,4
Nee	8	4,4	9	4,4	23	12,0
Weet niet	1	0,6	5	2,4	3	1,6
Opleiding						
Geen	5	2,8	1	0,5	3	1,6
Basisonderwijs	19	10,6	8	3,9	17	8,9
Middelbare school	55	30,6	87	42,2	71	37,2
VMBO/MBO	85	47,2	76	36,9	60	31,4
HBO/WO	15	8,3	34	16,5	40	20,9
Anders	1	0,6	0		0	

Tabel B.3 Demografische kenmerken Surinamers: Creolen en Hindoestanen

	Creolen N=99				Hindoestanen N=88			
	Totaal		Man	Vrouw	Totaal		Man	Vrouw
	n	%	N	n	n	%	n	n
Geslacht								
Man	62	62,6	62		50	56,8	50	
Vrouw	37	37,4		37	38	43,2		38
Gemiddelde leeftijd	29,5 jaar		27,8 jr	32,4 jr	26,9 jaar		25,1 jr	29,2 jr
Leeftijd								
<25 jaar	49	49,5	37	12	51	58,0	31	20
25-34 jaar	20	20,2	10	10	18	20,5	14	4
35-44 jaar	18	18,2	8	10	13	14,8	3	10
>44 jaar	12	12,1	7	5	6	6,8	2	4
Burgerlijke staat								
Getrouwd	8	8,1	5	3	14	15,9	8	6
Samenwonend/LAT	13	13,1	6	7	14	15,9	6	8
Alleenstaand	76	76,8	49	27	55	62,5	36	19
Gescheiden	2	2,0	2	0	3	3,4	0	3
Weduwe/weduwenaar	0		0	0	2	2,3	0	2
Woonplaats								
Rotterdam	91	91,9	59	32	71	80,7	38	33
Omgeving	3	3,0	1	2	1	1,1	0	1
Anders	5	5,0	2	3	16	18,2	12	4
Geboorteland								
Nederland	36	36,4	27	9	38	43,2	25	13
Suriname	63	63,6	35	28	50	56,8	25	25
Antillen/Aruba	0		0	0	0		0	0
Afrika	0		0	0	0		0	0
Anders	0		0	0	0		0	0
Woonduur in NL (gemidd)	19,6 jaar		19,0 jr	20,6 jr	18,4 jaar		18,6 jr	18,2 jr
Leeftijd naar NL (gemidd)	10,0 jaar		9,1 jr	11,3 jr	8,5 jaar		6,6 jr	11,0 jr
Ziektekostenverz.								
Ja	90	90,9	54	36	84	95,5	46	38
Nee	5	5,0	5	0	3	3,4	3	0
Weet niet	4	4,0	3	1	1	1,1	1	0
Opleiding								
Geen	1	1,0	0	1	0		0	0
Basisonderwijs	6	6,1	4	2	2	2,3	1	1
Middelbare school	37	37,4	25	12	38	43,2	22	16
VMBO/MBO	48	48,5	29	19	24	27,3	10	14
HBO/WO	7	7,1	4	3	24	27,3	17	7
Anders	0		0	0	0		0	0

Tabel B.4 Prevalentie onder migranten op basis van statistische simulatietechnieken

	HIV +	HIV -	Totaal*	Prevalentie (%)	95% BI
Antillianen	0	179	179	0,5%	[0-1,7%]
Kaapverdianen	2	186	188	1%	[0-2,7%]
Surinamers	0	201	201	0,5%	[0-1,5%]
Totaal	2	566	568	0,3%	[0-0,9%]

* speekselmonsters waarbij de HIV uitslag onbekend of intermediate was zijn niet meegenomen in deze berekening (n=11)

Tabel B.5 HIV-test gedrag onder migranten

	Totaal ** n=592		Antillianen/Aru banen n=180		Surinamers n=207		Kaapverdianen n=192	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ooit HIV-test								
Ja	163	27,5*	62	34,4	43	20,8	55	28,7
Nee	422	71,3	117	65,0	162	78,3	134	69,8
Weet niet	6	1,0	1	0,6	2	1,0	3	1,6
Uitslag eerdere HIV-test								
Positief**	6	3,7	3	4,8	3	7,0	0	
Negatief	152	93,3	58	93,6	36	83,7	55	100,0
Weet niet	5	3,1	1	1,6	4	9,3	0	
Jaren sinds laatste HIV-test	3,3		4,1		2,9		2,5	

*mannen 25,8%, vrouwen 29,4% (p=0,3 Chi² toets)

**zes deelnemers geven aan dat uitslag positief is, speekseltest bij alle zes deelnemers tot 2x negatief, waarschijnlijk verkeerde interpretatie van de vraag

Tabel B.6 Seksueel gedrag bij Antillianen/Arubanen

	Antillianen/Arubanen n=180		Mannen n=87		Vrouwen n=93	
	N	%	N	%	N	%
Seksuele voorkeur*						
Hetero	136	95,8	66	94,3	70	97,2
Homo	6	4,2	4	5,7	2	2,8
Vaste partner	112	62,2	52	59,8	60	64,5
Duur vaste relatie	7,5 jaar		6,7 jaar		8,1 jaar	
Etnische groep vp						
Nederlands	10	8,9	9	17,3	1	1,7
Sur-Hindoestaans	2	1,8	1	1,9	1	1,7
Sur-Creools	2	1,8	1	1,9	1	1,7
Sur-Javaans	1	0,9	0		1	1,7
Antilliaans/Arubaans	89	79,5	35	67,3	54	90,0
Afrikaans	4	3,6	3	5,8	1	1,7
Anders	4	3,6	3	5,8	1	1,7
Woonland vp						
Nederland	103	92,0	47	90,4	56	93,3
Suriname	0		0		0	
Antillen/Aruba	8	7,2	5	9,5	3	5,0
Afrika	0		0		0	
Anders	1	0,9	0		1	1,7
Condoomgebruik vp						
Nooit	84	75,0	36	69,2	48	80,0
Niet altijd	17	15,2	9	17,3	8	13,3
Altijd	10	8,9	7	13,5	3	5,0
N,v,t,	1	0,9	0		1	1,7
Losse partners?	55	30,6	38	43,7	17	18,3
Naast vp óók lp?**	24	21,4	19	36,5	5	8,3
Condoomgebruik lp						
Altijd	19	35,9	15	41,7	4	23,5
Niet altijd	34	64,2	21	58,3	13	76,5
Gemidd # partners < 5 jaar	4,3		7,0		1,8	
Onbeschermde seks < 6 maanden	120	85,1	56	80,0	64	90,1
Vaste partners	86	71,7	35	62,5	51	79,7
Losse partners	19	15,8	11	19,6	8	12,5
Beide	15	12,5	10	17,9	5	7,8
Partners tegelijkertijd? (vp+lp, vp+ partner LvH)						
Ja	31	17,2	21	24,1	10	10,8
Nee	149	82,8	66	75,9	83	89,2

* alleen bekend bij personen die <6mnd vaste en/of losse partner(s) rapporteren

** percentage van vaste partners

Tabel B.7 Seksueel gedrag bij Surinamers

	Surinamers n=207		Mannen n=119		Vrouwen n=88	
	N	%	N	%	N	%
Seksuele voorkeur*						
Hetero	177	98,3	107	100,0	70	95,9
homo	3	1,7	0		3	4,1
Vaste partner	143	69,1	77	64,7	66	75,0
Duur vaste relatie	5,8 jaar		5,3 jaar		6,5 jaar	
Etnische groep vp						
Nederlands	10	7,0	6	7,8	4	6,1
Sur-Hindoestaans	47	32,9	25	32,5	22	33,3
Sur-Creools	66	46,2	37	48,1	29	43,9
Sur-Javaans	5	3,5	2	2,6	3	4,6
Antilliaans/Arubaans	6	4,2	2	2,6	4	6,1
Afrikaans	4	2,8	1	1,3	3	4,6
Anders	5	3,5	4	5,2	1	1,5
Woonland vp						
Nederland	136	95,1	74	96,1	62	93,9
Suriname	6	4,2	2	2,6	4	6,1
Antillen/Aruba	1	0,7	1	1,3	0	
Afrika	0		0		0	
Anders	0		0		0	
Condoomgebruik vp						
Nooit	97	67,8	48	62,3	49	74,2
Niet altijd	30	21,0	21	27,3	9	13,6
Altijd	13	9,0	8	10,4	5	7,6
N,v,t	3	2,1	0		3	4,6
Losse partners?	78	37,7	60	50,4	18	20,5
Naast vp óók lp?**	38	26,6	30	39,0	8	12,1
Condoomgebruik lp						
Altijd	33	42,9	28	46,7	5	29,4
Niet altijd	44	57,1	32	53,3	12	70,6
Gemidd # partners < 5 jaar	7,3		11,2		2,3	
Onbeschermde seks < 6 maanden	151	83,9	85	79,4	66	90,4
Vaste partners	107	70,9	53	62,4	54	81,8
Losse partners	24	15,9	16	18,9	8	12,1
Beide	20	13,3	16	18,9	4	6,1
Partners tegelijkertijd? (vp+lp, vp+ partner LvH)						
Ja	44	21,3	34	28,6	10	11,4
Nee	163	78,7	85	71,4	78	88,6

* alleen bekend bij personen die <6mnd vaste en/of losse partner(s) rapporteren

** percentage van vaste partners

Tabel B.8 Seksueel gedrag bij Surinaamse Creolen en Surinaamse Hindoestanen

	Creolen N=99				Hindoestanen N=88			
	Totaal		Man N=62	Vrouw N=37	Totaal		Man N=50	Vrouw N=38
	N	%	n	n	n	%	n	n
Vaste partner	73	73,7	44	29	58	65,9	31	27
Duur vaste relatie (jaar)	5,8 jaar		4,8	7,2	5,4 jaar		5,1	5,8
Etnische groep vp								
Nederlands	5	6,9	4	1	4	6,9	2	2
Sur-Hindoestaans	3	4,1	2	1	43	74,1	23	20
Sur-Creools	56	76,7	32	24	7	12,1	4	3
Sur-Javaans	1	1,4	1	0	1	1,7	1	0
Antilliaans/Arubaans	3	4,1	1	2	1	1,7	0	1
Afrikaans	2	2,7	1	1	1	1,7	0	1
Anders	3	4,1	3	0	1	1,7	1	0
Woonland vp								
Nederland	67	91,8	41	26	57	98,3	31	26
Suriname	5	6,9	2	3	1	1,7	0	1
Antillen/Aruba	1	1,4	1	0	0		0	0
Afrika	0		0	0	0		0	0
Anders	0		0	0	0		0	0
Condoomgebruik vp								
Nooit	48	65,8	26	22	41	70,7	21	20
Niet altijd	17	23,3	13	4	11	19,0	7	4
Altijd	6	8,2	5	1	5	8,6	3	2
N.v.t.	2	2,7	0	2	1	1,7	0	1
Losse partners?	35	35,4	27	8	35	39,8	29	6
Naast vp óók lp? **	20	27,4	17	3	15	27,6	13	3
Condoomgebruik lp								
Altijd	13	38,2	10	3	17	48,6	15	2
Niet altijd	21	61,8	17	4	18	51,4	14	4
Gemidd # partners < 5 jaar	8,0		11,7	2,4	6,0		9,7	1,6
Partners tegelijkertijd? (vp+lp, vp+ partner LvH)								
Ja	24	24,2	20	4	18	20,5	14	4
Nee	75	75,8	42	33	70	79,5	36	34

** percentage van vaste partners

Tabel B.9 Seksueel gedrag bij Kaapverdianen

	Kaapverdianen n=192		Mannen n=97		Vrouwen n=95	
	N	%	N	%	N	%
Seksuele voorkeur*						
Hetero	164	100,0	90	100,0	74	100,0
Homo	0		0	0	0	0
Vaste partner	114	59,4	50	51,6	64	67,4
Duur vaste relatie	6,2 jaar		5,2 jaar		7,0 jaar	
Etnische groep vp						
Nederlands	8	7,0	4	8,0	4	6,3
Sur-Hindoestaans	2	1,8	0		2	3,1
Sur-Creools	5	4,4	1	2,0	4	6,3
Sur-Javaans	3	2,6	2	4,0	1	1,6
Antilliaans/Arubaans	4	3,5	1	2,0	3	4,7
Afrikaans	87	76,3	37	74,0	50	78,1
Anders	5	4,4	5	10,0	0	0
Etnische gr Afrika,nl						
Kaapverdisch	84	97,7	37	100	47	95,9
Ghanees	1	1,2	0		1	2,0
anders	1	1,2	0		1	2,0
Woonland vp						
Nederland	110	97,4	48	96,0	62	98,4
Suriname	0		0		0	
Antillen/Aruba	0		0		0	
Afrika	1	0,9	0		0	
Anders	2	1,8	2	4,0	1	1,6
Condoomgebruik vp						
Nooit	68	60,7	28	57,1	40	63,5
Niet altijd	28	25,0	14	28,6	14	22,2
Altijd	13	11,6	5	10,2	8	12,7
N,v,t,	3	2,7	2	4,1	1	1,6
Losse partners?	83	43,2	66	68,0	17	17,9
Naast vp óók lp?**	32	28,1	25	50,0	7	10,9
Condoomgebruik lp						
Altijd	41	51,3	32	50,8	9	52,9
Niet altijd	39	48,8	31	49,2	8	47,1
Gemidd # partners < 5 jaar	8,2		15,0		2,2	
Onbeschermde seks < 6 maanden	119	75,8	61	71,8	58	80,6
Vaste partners	80	81,8	30	49,2	50	86,2
Losse partners	23	12,1	19	31,2	4	6,9
Beide	16	6,1	12	19,7	4	6,9
Partners tegelijkertijd? (vp+lp, vp+ partner LvH)						
Ja	40	20,8	30	30,9	10	10,5
Nee	152	79,2	67	69,1	85	89,5

* alleen bekend bij personen die <6mnd vaste en/of losse partner(s) rapporteren

** percentage van vaste partners

Tabel B.10 Mixing met vaste en losse partner(s)

Mixing (%)	Antillianen/Aruba		Surinaams Creools		Surinaams Hindo		Kaapverdianen	
	♂ n=87	♀ n=93	♂ n=62	♀ n=38	♂ n=50	♀ n=39	♂ n=97	♀ n=95
<u>Vaste partner</u>	N=52	N=60	N=44	N=30	N=31	N=27	N=50	N=64
Nederlands	17,3	1,7	9,1	3,5	6,5	7,4	8,0	6,3
Sur-Hindostaans	1,9	1,7	4,6	3,5	74,2	74,1	-	3,1
Sur-Creools	1,9	1,7	72,7	82,8	12,9	11,1	2,0	6,3
Antilliaans/Aruba	67,3	90,0	2,3	6,9	-	3,7	2,0	4,7
Kaapverdianaans	1,9	1,7	2,3	3,5	-	3,7	74,0	73,4
anders	9,6	3,3	9,1	-	6,5	-	14,0	6,3
<u>Losse partner(laatste)</u>	N=36	N=17	N=27	N=8	N=29	N=6	N=65	N=17
Nederlands	16,7	11,8	3,7	-	31,0	16,7	16,9	5,9
Sur-Hindostaans	2,8	-	3,7	-	44,8	50,0	1,5	-
Sur-Creools	11,1	11,8	77,8	87,5	10,3	33,3	7,7	29,4
Antilliaans/Aruba	58,3	70,6	3,7	-	3,5	-	4,6	11,8
Kaapverdianaans	-	-	3,7	-	-	-	53,9	52,9
anders	11,1	5,9	7,4	12,5	10,3	-	15,4	-

*Tabel B.11 Reisgedrag naar land van herkomst**

	Antillianen/Arubanen n=119*					
	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	N	%	N	%	N	%
Bezoek LvH (<5 jr)						
Ja	78	65,5	26	50,0	52	77,6
Nee	41	34,5	26	50,0	15	22,4
Seks in LVH						
Ja	15	19,2	6	23,1	9	17,3
nee	63	80,8	20	76,9	43	82,7
Condoomgebruik LvH						
Altijd	4	26,7	4	66,7	0	
Niet altijd	10	66,7	2	33,3	8	88,9
Weet niet	1	6,7	0		1	11,1

	Surinamers n=186*					
	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	N	%	N	%	N	%
Bezoek LvH (<5 jr)						
Ja	103	55,4	52	49,5	51	63,0
Nee	83	44,6	53	50,5	30	37,0
Seks in LVH						
Ja	26	25,2	20	38,5	6	11,8
nee	77	74,8	32	61,5	45	88,2
Condoomgebruik LvH						
Altijd	20	76,9	15	75,0	5	83,3
Niet altijd	6	23,1	5	25,0	1	16,7
Weet niet	0		0		0	

	Kaapverdianen n=161*					
	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	N	%				
Bezoek LvH (<5 jr)						
Ja	100	62,1	47	60,3	53	63,9
Nee	61	37,9	31	39,7	30	36,1
Seks in LVH						
Ja	32	32,0	29	61,7	3	5,7
nee	68	68,0	18	38,3	50	94,3
Condoomgebruik LvH						
Altijd	26	81,3	24	82,8	2	66,7
Niet altijd	6	18,8	5	17,2	1	33,3
Weet niet	0		0		0	

* personen die 5 jaar of langer in Nederland wonen

Tabel B.12 SOA-onderzoek en voorlichting

	Totaal n=592	Antillianen/Arubanen n=180	Surinamers n=207	Kaapverdianen n=192
SOA-onderzoek <12mnd				
Ja	106 (18,0%)	32 (17,8%)	32 (15,5%)	39 (20,4%)
Nee	484 (82,0%)	148 (82,2%)	174 (84,5%)	152 (79,6%)
SOA-behandeling <12 mnd				
Ja	22 (3,7%)	5 (2,8%)	5 (2,4%)	11 (5,8%)
Nee	567 (96,3%)	175 (97,2%)	202 (97,6%)	178 (94,2%)
SOA voorlichting gehad?				
Ja	369 (62,3%)	93 (51,7%)	141 (68,1%)	125 (65,1%)
Nee	223 (37,7%)	87 (48,3%)	66 (31,9%)	67 (34,9%)

Tabel B.13 Stellingen AIDS en condoomgebruik

		Antillianen/Arubanen n=180		Surinamers n=207		Kaapverdianen n=192	
		N	%	N	%	N	%
Kan iemand die besmet is met AIDS virus er gezond uitzien?	Ja	104	57,8	138	66,7	161	83,9
	Nee	47	26,1	38	18,4	21	10,9
	Weet niet	29	16,1	31	15,0	10	5,2
Kan het AIDS virus door zoenen worden overgedragen?	Ja	35	19,4	41	19,9	13	6,8
	Nee	122	67,8	145	70,4	166	87,4
	Weet niet	23	12,8	20	9,7	11	5,8
Kan ♀ onvruchtbaar worden als SOA niet wordt behandeld?	Ja	109	60,6	155	75,2	140	73,8
	Nee	27	15,0	18	8,7	28	14,7
	Weet niet	44	24,4	33	16,0	22	11,6
Kan je AIDS krijgen door een vieze WC?	Ja	30	16,7	36	17,5	33	17,3
	Nee	127	71,0	136	66,0	140	73,3
	Weet niet	22	12,3	34	16,5	18	9,4
Kunnen muggen het AIDS virus overdragen?	Ja	74	41,3	76	36,9	50	26,2
	Nee	76	42,5	99	48,1	117	61,3
	Weet niet	29	16,2	31	15,1	24	12,6
Kan het AIDS virus worden overgedragen door bloedcontact?	Ja	174	96,7	203	98,1	187	97,9
	Nee	4	2,2	2	1,0	2	1,1
	Weet niet	2	1,1	2	1,0	2	1,1
Voor/na seks douchen - > minder kans op SOA?	Ja	48	26,7	38	18,4	23	12,0
	Nee	116	64,4	135	65,2	151	79,1
	Weet niet	16	8,9	34	16,4	17	8,9
Als je een condoom gebruikt, voel je bij het vrijen minder.	Eens	81	45,3	92	44,7	79	41,6
	Ged. Eens	22	12,3	43	20,9	44	23,2
	Oneens	34	19,0	47	22,8	37	19,5
	Geen mening	42	23,5	24	11,7	30	15,8
Condooms zijn een hinderlijke onderbreking bij het vrijen.	Eens	69	38,3	83	40,3	56	29,2
	Ged. Eens	35	19,4	32	15,5	54	28,1
	Oneens	48	26,7	66	32,0	55	28,7
	Geen mening	28	15,6	25	12,1	27	14,1
Als je met een condoom vrijt dan geniet je minder	Eens	77	43,1	85	41,7	62	33,0
	Ged. Eens	18	10,1	33	16,2	37	19,7
	Oneens	50	27,9	64	31,4	62	33,0
	Geen mening	34	19,0	22	10,8	27	14,4
Een condoom beschermt tegen het AIDS virus	Eens	154	85,6	179	86,9	170	88,5
	Ged. Eens	18	10,0	19	9,2	14	7,3
	Oneens	2	1,1	6	2,9	4	2,1
	Geen mening	6	3,3	2	1,0	4	2,1
Wanneer een ♀ met wiss. contacten de pil slikt is een condoom niet nodig.	Eens	42	23,3	27	13,0	15	8,0
	Ged. Eens	6	3,3	21	10,1	4	2,1
	Oneens	123	68,3	151	73,0	161	85,2
	Geen mening	9	5,0	8	3,9	9	4,8
Als je bij het vrijen een condoom gebruikt, loop je minder risico op een SOA.	Eens	164	91,1	194	94,6	178	92,7
	Ged. Eens	5	2,8	4	2,0	9	4,7
	Oneens	4	2,2	6	2,9	3	1,6
	Geen mening	7	3,9	1	0,5	2	1,0

Bijlage 3 Tabellen Bezoekers Discotheek

Tabel C.1 Demografische kenmerken van bezoekers discotheek

	Totaal	%
Geslacht		
Man	27	51,9
Vrouw	25	48,1
Leeftijd		
<25	28	53,9
25-34	20	38,5
35-44	4	7,7
>44	0	0
Gemiddelde leeftijd	25,2 jaar	
Woonplaats		
Rotterdam	27	51,9
Omgeving	11	21,2
elders	14	26,9
Geboorteland		
Nederland	39	75,0
Suriname/Ned Antillen	5	9,6
West-Europa	1	1,9
Midden-Oosten	4	7,7
Afrika	1	1,9
Azië	1	1,9
Midden Amerika	1	1,9
Etniciteit		
Nederlands	28	53,9
Surinaams	8	15,4
Antilliaans	1	1,9
Afrikaans	2	3,9
Overig	13	25,0
Woonduur in NL	13,8	
Opleiding		
Geen	0	0
Basisonderwijs	3	5,8
Middelbare school	15	28,8
Lager/middelbaar beroepsonderwijs	16	30,8
Hoger beroepsonderwijs	18	34,6

Tabel C.2 HIV-test en SOA-onderzoek van bezoekers discotheek

	Totaal n=52	%
HIV-test ooit?		
Ja	18	35,0
Nee	34	65,0
Uitslag eerdere HIV-test		
Positief	0	0,0
negatief	17	94,4
Weet niet	1	5,6
SOA-onderzoek < 12 mnd?		
Ja	10	19,2
Nee	42	80,8
SOA gehad <12 mnd?		
Ja, genitale wratten	2	20,0
nee	8	80,0
SOA voorlichting?		
Nee	26	50,0
Ja	26	50,0
-radio/tv	14	53,8
-advertenties	9	34,6
-school	6	23,1
-anders	7	26,9

Tabel C.3 Seksueel gedrag van bezoekers discotheek

	2003	%
Vaste partner < 6 mnd (vp)	22	42,3
Geslacht vp		
Man	11	50,0
Vrouw	11	50,0
Etniciteit vp		
Nederlands	11	50,0
Surinaams Hindostaans	1	4,5
Surinaams Creools	2	9,0
Antilliaans	1	4,5
Afrikaans	1	4,5
Gemiddelde duur in jaren	4,7 jaar	
Condoomgebruik vp		
Nooit	13	59,0
Niet altijd	7	31,8
Altijd	2	9,0
Ontmoetingsplaats vp		
School/studie	4	18,2
werk	5	22,7
uitgaansgelegenheid	5	22,7
Elders	8	36,4
Naast vp ook lp < 6mnd?	3	13,6
Losse partner < 6mnd (lp)	24	46,2
Niet altijd condoomgebruik met lp		
Met laatste losse partner	17	70,8
Met voorlaatste losse partner	7 van 14	50,0
Met twee-na-laatste losse partner	2 van 9	22,2
Ontmoetingsplaats laatste lp		
School/studie	4	16,7
werk	1	4,2
uitgaansgelegenheid	13	54,2
Elders	6	25,0
Ontmoetingsplaats voorlaatste lp		
School/studie	1	7,1
werk	1	7,1
uitgaansgelegenheid	9	64,3
Elders	4	28,6

Bijlage 4 Extra vragen GGD Rotterdam

In de vragenlijst van de HIV-survey in Rotterdam is een aantal extra vragen van de GGD opgenomen. Deze onderzoeksvragen zijn toegespitst op de voorlichtings- en preventieactiviteiten van de GGD

De aanvullende onderzoeksvragen van GGD Rotterdam zijn als volgt:

1. In hoeverre maken druggebruikers, migranten en prostituees gebruik van voorzieningen op het terrein van SOA-onderzoek?
2. In hoeverre zijn migranten bekend met preventieactiviteiten op het terrein van SOA en HIV door verschillende organisaties?
3. In hoeverre maken druggebruikers en prostituees gebruik van voorlichting op het gebied van veilig spuiten en veilig vrijen?
4. Wat doen druggebruikers met gebruikte spuiten?

Per doelgroep worden deze onderzoeksvragen besproken.

Prostituees

84/109 prostituees (77,7%) hebben zich het voorgaande jaar op SOA laten onderzoeken (tippelzone 90,1%, clubs 64,2%) ($p < 0,001$), zie ook de tabel hieronder. Zestien prostituees (14,7%) zijn in dezelfde periode behandeld voor een SOA (tippelzone 12 (21,4%), clubs 4 (7,6%), $p=0,06$). 31 van de 84 prostituees (36,9%) hebben zich bij Keetje Tippel laten onderzoeken op een SOA (allen werkzaam op de tippelzone), 19 prostituees (22,6%) bij de huisarts, 22 (26,2%) op de SOA-polikliniek en 33 prostituees (39,4%) elders (GG&GD Amsterdam, Den Haag, Ikazia Ziekenhuis, buitenland, etc.). 16/84 prostituees (19,0%) hebben zich op meer dan één locatie laten onderzoeken op SOA. In meer dan de helft van de SOA-onderzoeken (53,6%) is condoomgebruik aan de orde gekomen, in 25% van de gevallen anti-conceptie en in 10,7% veilig gebruiken. Bij 76,2% van de onderzoeken is het SOA-onderzoek zelf onderwerp van gesprek geweest en bij 48,8% is er gesproken over een HIV-test.

70 prostituees geven aan dat ze in de voorgaande 12 maanden SOA-voorlichting hebben gehad, 35 van hen waren werkzaam op de tippelzone en 35 in clubs/bordelen. 60 van deze prostituees (85,7%) geeft aan dat ze voorlichting hebben gehad van een medewerker van de GGD, zes (8,6%) hebben voorlichting gehad van hun huisarts en acht prostituees (11,4%) door iemand anders. Tijdens 82,9% van de voorlichtingen is veilig vrijen en de HIV-test ter sprake gekomen, in 80,0% van de gevallen SOA-onderzoek en in 12,9% zijn er nog andere onderwerpen besproken.

SOA-onderzoek en voorlichting bij prostituees

	Totaal n=109	%	Tippelzone n=56	%	Clubs n=53	%
SOA onderzoek <12 mnd?						
Nee	24	22,2	5	9,1	19	35,9
Ja	84	77,8	50*	90,9	34*	64,2
Locatie SOA onderzoek? [§]						
Keetje Tippel	31	36,9	31	62,0	0	0
Clubarts	0	0	0	0	0	0
Huisarts	19	22,6	3	6,0	16	47,0
AZR/SOA-poli	22	26,2	15	30,0	7	20,6
anders	33	39,3	19	38,0	14	41,2
Onderwerpen SOA-onderzoek? [§]						
Condoomgebruik	45	53,6	28	56,0	17	50,0
SOA-onderzoek	64	76,2	38	76,0	26	76,5
HIV-test	41	48,8	24	48,0	17	50,0
Anti-conceptie	21	25,0	11	22,0	10	29,4
Veilig gebruiken	9	10,7	5	10,0	4	11,8
Anders	21	25,0	14	28,0	7	20,6
SOA behandeling <12 mnd?						
Nee	93	85,3	44	78,6	49	92,4
Ja	16	14,7	12 ^{&}	21,4	4 ^{&}	7,6
SOA voorlichting <12 mnd?						
Nee	38	35,2	20	36,4	18	34,0
Ja	70	64,8	35	63,6	35	66,0
Van wie voorlichting? [§]						
Arts	6	8,6	2	5,7	4	11,4
Medewerker GGD	60	85,7	30	85,7	30	85,7
Anders	8	11,4	3	8,6	5	14,3
Onderwerpen voorlichting? [§]						
Veilig vrijen	58	82,9	24	68,6	34	97,1
HIV-test	58	82,7	26	74,3	32	91,4
SOA-onderzoek	56	80,0	22	62,9	34	97,1
anders	9	12,9	4	11,4	5	14,3

[§] Meerdere antwoorden mogelijk (percentages opgeteld mogelijk > 100%)

* p<0,001 Chi² toets, & p=0,06 Fisher's Exact toets

Migranten

Van de respondenten hebben 106 (18,0%) zich het afgelopen jaar laten onderzoeken op een SOA (54 mannen (17,5%), 52 vrouwen (18,5%), p=0,74). 22 deelnemers (3,7%) zijn behandeld voor een SOA (mannen:4,2%, vrouwen: 3,2%, p=0,50). 369 deelnemers (62,3%) hebben in het voorgaande jaar voorlichting gehad over SOA en veilig vrijen. Van de Kaapverdianse deelnemers heeft 20,4% de voorgaande twaalf maanden een SOA-onderzoek gehad, 15,5% van de Surinamers en 17,8% van de Antillianen/Arubanen. 5,8% van de Kaapverdianen is behandeld voor een SOA, 2,4% van de Surinamers en 2,8% van de Antillianen/Arubanen.

369 deelnemers (62,3%) hebben in de voorgaande twaalf maanden voorlichting gehad over SOA en veilig vrijen. 11,4% geeft aan dat ze voorlichting hebben gehad op een festival, 5,7% op een feest, 2,7% bij een sport toernooi, 3,5% bij een integratie/taalcursus, 3,3% door het project Amor i Salu (alleen Antillianen), 8,1% door een migrantenorganisatie, 36,3% door middel van radio/tv, 7,6% door middel van advertenties, 31,7% op school, 6,2% door folders/brochures en 24,1% heeft op een andere manier voorlichting gehad. Informatie via school en door middel van radio en televisie bereikt een groot deel van de doelgroep.

SOA-onderzoek en voorlichting bij migranten

	Totaal n=592	Mannen n=310	Vrouwen n=282	Antillianen/ Arubanen n=180	Surinamers n=207	Kaapverdianen n=192
SOA-onderzoek						
<12mnd						
Ja	106 (18,0%)	54 (17,5%)	52 (18,5%)	32 (17,8%)	32 (15,5%)	39 (20,4%)
Nee	484 (82,0%)	255 (82,5%)	229 (81,5%)	148 (82,2%)	174 (84,5%)	152 (79,6%)
SOA-behandeling <12 mnd						
Ja	22 (3,7%)	13 (4,2%)	9 (3,2%)	5 (2,8%)	5 (2,4%)	11 (5,8%)
Nee	567 (96,3%)	294 (95,8%)	273 (96,8%)	175 (97,2%)	202 (97,6%)	178 (94,2%)
Welke SOA gehad?						
Gonorroë	10	7	3	3	1	6
Syfilis	1	1	0	1	0	0
Chlamydia	10	5	5	1	3	5
Niet spec urethritis	0	0	0	0	0	0
Genitale wratten	1	0	1	0	1	0
Herpes anaal/genitaal	0	0	0	0	0	0
Hepatitis B	0	0	0	0	0	0
SOA voorlichting gehad?						
Ja	369 (62,3%)	200 (64,5%)	169 (59,9%)	93 (51,7%)	141 (68,1%)	125 (65,1%)
Nee	223 (37,7%)	110 (35,5%)	113 (40,1%)	87 (48,3%)	66 (31,9%)	67 (34,9%)
Waar voorlichting?						
Festival	42 (11,4%)	24 (12,0%)	18 (10,7%)	6 (6,5%)	19 (13,5%)	15 (12,0%)
Feest	21 (5,7%)	10 (5,0%)	11 (6,5%)	0	14 (9,9%)	6 (4,8%)
Sport toernooi	10 (2,7%)	7 (3,5%)	3 (1,8%)	4 (4,3%)	5 (3,6%)	1 (0,8%)
Integratie/taal cursus	13 (3,5%)	11 (5,5%)	2 (1,8%)	12 (12,9%)	0	0
Amor i Salu	12 (3,3%)	7 (3,5%)	5 (3,0%)	11 (11,8%)	0	0
Migranten organisatie	30 (8,1%)	12 (6,0%)	18 (10,7%)	8 (8,6%)	9 (6,4%)	13 (10,4%)
Radio/tv	134 (36,3%)	66 (33,0%)	68 (40,2%)	26 (28,0%)	55 (39,0%)	52 (41,6%)
Advertenties	28 (7,6%)	14 (7,0%)	14 (8,2%)	7 (7,5%)	15 (10,6%)	5 (4,0%)
School	117 (31,7%)	10 (5,0%)	47 (27,8%)	19 (20,4%)	48 (57,1%)	47 (37,6%)
Folders	23 (6,2%)	70 (35,0%)	13 (7,7%)	9 (9,7%)	7 (8,3%)	26 (20,8%)
Anders	89 (24,1%)	41 (20,5%)	48 (28,4%)	31 (33,3%)	28 (19,9%)	2 (1,0%)

Injecterende druggebruikers

112/452 injecterende druggebruikers (24,8%) hebben zich het voorgaande jaar op SOA laten onderzoeken, zie ook de tabel hieronder. Elf ID (2,4%) zijn in dezelfde periode behandeld voor een chlamydia, vijf (1,1%) voor gonorroë, vijf (1,1%) voor syfilis, drie (0,7%) voor herpes, één (0,2%) voor niet specifieke urethritis en één (0,2%) voor genitale wratten .

163 ID geven aan dat ze in de afgelopen 12 maanden SOA-voorlichting hebben gehad. 38 van deze ID (23,3%) heeft voorlichting gehad van een medewerker van de GGD, 30 (18,4%) van een medewerker van de methadonpost, 15 (9,2%) van een arts en 108 ID (66,3%) van iemand anders (24/108 Pauluskerk, 22/108 folders/tv, 12/108 medische dienst Hoogvliet, 8/108 Delta Boumanhuis). Tijdens 87,7% van deze voorlichting is veilig spuiten aan orde gekomen, bij 89,0% veilig vrijen, bij 67,5% de HIV-test, bij 66,3% SOA-onderzoek en bij 63,8% is spuitomruil besproken. 14,2% van de ID geeft aan deze voorlichting in de afgelopen maand te hebben gekregen, 17,3% één tot drie maanden geleden, 30,9% tussen de drie en zes maanden geleden en 37,7% tussen de zes maanden en één jaar geleden.

SOA-onderzoek en voorlichting bij injecterende druggebruikers

	Totaal n=452	%
SOA onderzoek <12 mnd?		
Nee	339	75,2
Ja	112	24,8
SOA behandeling <12 mnd?		
Nee	419	93,1
Gonorrroe	5	
Syfilis	5	
Chlamydia	11	
Niet specifieke urethritis	1	
Genitale wratten	1	
Herpes	3	
Hepatitis B	0	
Andere/onbekend	10	
SOA voorlichting <12 mnd?		
Nee	289	63,9
Ja	163	36,1
Van wie voorlichting? [§]		
Arts	15	9,2
Medewerker methadonpost	30	18,4
Medewerker GGD	38	23,3
Anders, o.a.	108	66,3
- Pauluskerk	24	
- Folders/tv	22	
- Med dienst hoogvliet	12	
- Delta Boumanhuis	8	
Onderwerpen voorlichting? [§]		
Veilig spuiten	143	87,7
Veilig vrijen	145	89,0
HIV-test	110	67,5
SOA-onderzoek	108	66,3
sputomruil	104	63,8
anders	21	12,9
Wanneer voor het laatst voorlichting?		
< 1 maand geleden	23	14,2
1- 3 maanden geleden	28	17,3
3-6 maanden geleden	50	30,9
6-12 maanden geleden	61	37,7

Van de 452 injecterende druggebruikers hebben 279 de vraag beantwoord hoe vaak zij in de voorgaande zes maanden hun gebruikte spuit aan een ander hebben gegeven. 251/279 (90,0%) geeft aan dat zij in de voorgaande zes maanden nooit een gebruikte spuit aan een ander hebben gegeven, 3,2% (9/279) heeft dit één keer gedaan, 3,6% (10/279) twee keer en 2,9% (8/279) meer dan twee keer. 317/452 ID (70,1%) hebben de vraag beantwoord wat ze in de voorgaande zes maanden met hun gebruikte spuiten hebben gedaan. 88,0% van hen (279/317) heeft gebruikte spuiten in de voorgaande zes maanden ingeleverd bij de hulpverlening, 21,8% (69/317) heeft ze in de vuilnisbak gedaan, 1,9% (6/317) heeft ze op straat gegooid en 12,9% (41/317) heeft ze op een andere manier achtergelaten (politiebureau, put/riool, plastic fles, e.d.).

Gebruikte spuiten

	Totaal n=452	%
Hoe vaak gebruikte spuit aan ander gegeven (<6 mnd)? (n=279)		
0 keer	251	90,0
1 keer	9	3,2
2 keer	10	3,6
> 2 keer	8	2,9
Wat heb je met je gebruikte spuiten gedaan (< 6 mnd)? (n=317)		
Ingeleverd bij hulpverlening	279	88,0
In de vuilnisbak	69	21,8
Op straat	6	1,9
Anders, o.a.	41	12,9
- politie	9	
- put/riool	17	

Bijlage 5 Vragenlijst HIV-surveys

Vragenlijst

Voor de gegevensverzameling van het onderzoek is een vragenlijst ontwikkeld.

De vragenlijsten zijn per doelgroep op specifieke onderdelen uitgebreid of ingekort.

Uiteindelijk zijn voor de doelgroepen Injecterende Druggebruikers (ID), Prostituees (P) en Migranten (M) vragenlijsten opgesteld. Op een aantal onderdelen komen de vragenlijsten overeen, maar tevens zijn er doelgroepspecifiek vragen toegevoegd of weggelaten. Hieronder een overzicht van overeenkomsten en verschillen.

Onderdelen vragenlijst	doelgroepen		
	ID*	P**	M***
1. Insluitcriteria	x	x	x
2. Instructies interviewers	x	x	x
3. bewuste bereidverklaring	x	x	x
4. Werving	x	x	x
5. Demografie	x	x	x
6. Drugs	x	x	
7. Gevangenis	x		
8. Mobiliteit	x	x	
9. Seksuele contacten algemeen	x		
10. Seksuele contacten met klanten		x	
11. Seksueel contacten met vaste partner	x	x	x
12. Seksueel contacten met andere partner(s)	x	x	x
13. Seksuele contacten in het land van herkomst			x
14. Stellingen over aids en condoomgebruik			x
15. Seks voor geld of drugs	x		x
16. Seksuele contacten sinds 1980	x	x	x
17. HIV-test	x	x	x
18. Hepatitis/SOA/ voorlichting over veilig vrijen (en veilig spuiten*)	x x*	x	x
19. Methadongebruik	x		
*=injecterende druggebruikers **=prostituees, ***=migranten			

De verschillende onderdelen verder uitgewerkt.

Insluitcriteria

Alle vragenlijsten beginnen met een checklist met *insluitcriteria* aan de hand waarvan de interviewers kunnen bepalen of de respondent binnen het onderzoeksprofiel past. Ter ondersteuning van de interviewer is op elke vragenlijst in drie punten een algemene *instructie* gegeven. Deze hebben betrekking op het invullen van vragen over aantallen partners en het schatten daarvan, het benoemen van vaste partners en wat daaronder wordt verstaan en wat wordt bedoeld met geslachtsgemeenschap.

Bewuste bereidverklaring

De *bewuste bereidverklaring* is een mondelinge verklaring van de respondent dat hij de hem toekomende informatie over het onderzoek heeft ontvangen, dat hij vrijwillig aan het onderzoek deelneemt, dat het afgenomen speeksel 5 jaar al dan niet bewaard mag worden, dat hem de adressen van reguliere testplaatsen zijn meegedeeld, dat er bij problemen contact met de onderzoeker opgenomen kan worden en tot slot dat de deelnemer op elk moment kan stoppen met het interview, zonder opgave van reden. Deze bereidverklaring wordt geparafeerd door de interviewer, de datum wordt vermeld en of speeksel al dan niet met behulp van extra water is afgenomen.

Werving en demografie

Bij het blok *werving* wordt de locatie waar de respondent is geworven ingevuld.

In het onderdeel *demografie* wordt gevraagd naar geslacht waarbij naast man en vrouw ook de optie transgender/transseksueel/travestiet als antwoordmogelijkheid is opgenomen. In de P-vragenlijst zijn, voor het geval de respondent in deze laatste categorie valt, extra vragen m.b.t. transseksualiteit en travestie opgenomen. Verder wordt gevraagd naar geboortedatum of –jaar, de woonplaats, geboorteland deelnemer zowel als geboorteland van de moeder en de vader, zelfgerapporteerde etniciteit en opleiding, duur van het verblijf in Nederland en in de vragenlijst voor migranten wordt tevens naar de burgerlijke staat gevraagd. Met uitzondering van de ID-vragenlijst wordt ook gevraagd of de respondent een ziektekostenverzekering heeft.

Drugs

Het onderdeel *drugs* in de ID-vragenlijst gaat uitvoerig in op de gebruiksgeschiedenis, de soorten drugs en spuitgedrag met nieuwe of gebruikte naalden en profiel van de deelpartner. In de P-vragenlijst wordt alleen gevraagd naar harddruggebruik middels spuiten sinds 1980 en druggebruik en de soorten drugs in de afgelopen zes maanden.

In de ID-lijst wordt gevraagd naar verblijf in de gevangenis, spuitgedrag aldaar en seksueel contact in de gevangenis sinds 1980.

Mobiliteit

Mobiliteit komt voor in de zowel de ID- als de P-vragenlijst. In de ID-vragenlijst heeft dit onderdeel betrekking op het halen van drugs, spuiten en het lenen van spuiten en naalden in diverse steden in Nederland en met de mogelijkheid ook andere steden daarbuiten toe te voegen. Op de P-vragenlijst heeft dit onderdeel betrekking op het werken in de prostitutie op andere locatie dan de wervingslocatie binnen de stad en het werken in andere steden van Nederland of in andere landen.

Seksuele contacten

Seksuele contacten algemeen is een onderdeel dat als zodanig alleen in de ID-vragenlijst voorkomt en bevraagt dan alleen of de respondent in de afgelopen zes maanden seks heeft gehad. *Seksuele contacten met klanten* wordt in de P-vragenlijst uitvoerig uitgevraagd. Hierbij wordt ingegaan hoelang de respondent werkzaam is in de prostitutie, aantallen klanten over de afgelopen zes maanden per week of per maand en in het totaal en het aantal klanten waarmee men geslachtsgemeenschap heeft gehad en het geslacht van de klanten. Verder wordt gevraagd naar houding t.a.v. condoomgebruik middels stellingen, mate en soorten van condoomgebruik en condoomfalen. Aspecten van dit onderdeel komen voor in de ID-vragenlijst waar het onderdeel *Seks voor geld of drugs* wordt genoemd en waarin wordt gevraagd of er seks is geweest voor geld of drugs en hoe vaak condooms met klanten worden gebruikt. In de M vragenlijst wordt gevraagd of er ooit seks is geweest waar geld of goederen voor is gegeven of ontvangen en of men ooit seks heeft gehad met iemand die intraveneus drugsgebruikte of dat de respondent zelf wel een intraveneus drugs heeft gebruikt. In de M-vragenlijst zijn deze vragen gevat in het onderdeel *andere risicofactoren*. Ook wordt in dit onderdeel ingegaan op seksuele contacten sinds 1980, of er anaal contact is geweest en met personen van welk geslacht. In aansluiting hierop kent de ID-vragenlijst een onderdeel *seksuele contacten sinds 1980* voor waarin wordt gevraagd met partners van welk geslacht sinds 1980 geslachtsgemeenschap is geweest en of dat al dan niet was met personen waarvan de respondent wist dat ze harddrugs hadden gespoten. *Seksuele contacten met vaste partner* komt als onderdeel in alle vragenlijsten voor. De vaste partner is diegene die de respondent als zodanig aangeeft of als er wordt getwijfeld diegene waar drie maanden of langer een relatie mee is. Als er onduidelijkheid is omdat de respondent aangeeft meerdere vaste partners te hebben dan wordt de vraag beantwoord refererend aan diegene waarmee de langste relatie bestaat. De andere partner wordt dan bij het onderdeel *seksuele contacten met andere partner(s)* behandeld. De gestelde vragen verschillen wel per vragenlijst. In de P- en M-lijsten wordt gevraagd naar het geslacht van de partner, de duur van de relatie, condoomgebruik binnen de relatie. Op de M-lijst wordt ook naar de etniciteit van de partner gevraagd waar in de P- en ID-lijst naar druggebruik door de partner wordt gevraagd en in de P-lijst ook naar de toegepaste seksuele technieken.

Seksuele contacten met andere partner(s) wordt verschillend behandeld per doelgroep. Hierin is de ID-vragenlijst het kortst en gaat het om aantallen, condoomgebruik en het aantal andere (losse) partners waarvan de respondent wist dat ze ooit drugs hadden gespoten. In de P-vragenlijst wordt dit onderdeel uitvoeriger bevraagd waarbij aantallen, geslacht van de losse partners, de seksuele technieken, het gebruik van condooms en bekendheid met het drugsgebruik van losse partner. Het meest specifiek wordt dit onderdeel behandeld in de M-vragenlijst. Hierbij wordt gevraagd naar het aantal partners in het afgelopen half jaar en wordt van de laatste drie losse partners de herkomst, geslacht, of geslachtsgemeenschap in Nederland of elders is geweest, condoomgebruik en reden als geen condoom is gebruikt, uitgesplitst. Op de M-vragenlijst wordt verder ook gevraagd naar *Seksuele contacten in het land van herkomst* waarbij het gaat om de periode van de laatste 5 jaar.

Er wordt gevraagd naar het aantal bezoeken in die periode aan het land van herkomst, het jaar van het laatste bezoek, het aantal partners waarmee de respondent in het land van herkomst geslachtsgemeenschap heeft gehad, condoomgebruik met deze partners en de reden waarom eventueel geen condoom is gebruikt.

Stellingen over aids en condoomgebruik

In de M-vragenlijst zijn een aantal kennisvragen en attitudevragen opgenomen in het deel *Stellingen over aids en condoomgebruik*. Bij de kennisvragen worden vragen gesteld over aids, HIV en SOA en de besmettingsmogelijkheden die de respondent moet beantwoorden met ja, nee of weet niet. Bij de attitudevragen gaat het om condoomgebruik. Hierbij worden stelling gegeven over condooms en condoomgebruik die beantwoord kunnen worden met eens, gedeeltelijk eens, oneens of geen mening. Tevens moet men een risico-inschatting maken op de kans besmet te zijn geraakt met het aids-virus in Nederland in de afgelopen zes maanden en in het land van herkomst in de laatste 5 jaar. Hiervoor wordt als maten gegeven geen seksueel contact gehad, geen risico, klein risico, redelijk risico en groot risico. Ook wordt nog gekeken middels stellingen of er verschil is in het aantal seksuele partners, condoomgebruik en het aantal seksuele contacten in het land van herkomst t.o.v. Nederland.

HIV-test en Hepatitis/SOA

Bij *HIV-test* wordt in alle vragenlijsten gevraagd of de respondent ooit getest is op HIV, wanneer en zo ja wat de uitslag was. Tevens wordt bij *Hepatitis/SOA* of de respondent zich de afgelopen 12 maanden heeft laten controleren op SOA en of hij behandeld is voor SOA, waarbij de aard van de SOA kan worden aangegeven. In de P-lijst wordt hier tevens gevraagd naar de locatie waar men de SOA controle heeft laten uitvoeren en welke onderwerpen tijdens het onderzoek aan bod zijn gekomen. Op verzoek van de GGD Rotterdam zijn aan alle vragenlijsten vragen toegevoegd over voorlichting over veilig vrijen en, op de ID-lijst, veilig spuiten. Gevraagd wordt of de respondent in de afgelopen 12 maanden veilig vrij (en veilig spuit) voorlichting heeft gehad en zo ja van wie en waarover die voorlichting specifiek ging en hoe lang dat geleden was binnen die 12 maanden. In de ID-vragenlijst wordt, naast de hierboven genoemde vragen over SOA ook gevraagd naar eventuele besmetting met hepatitis en dan ook welke variant. Verder wordt gevraagd of de respondent gevaccineerd is en zo ja wanneer de vaccinatie heeft plaatsgevonden.

Nummering en extra informatie van de interviewer over het interview

Alle vragenlijsten krijgen bij aanvang een uniek nummer dat ook op het speekselmonster komt. De begin- en eindtijd van het interview worden door de interviewer ingevuld en op een los formulier kan de interviewer het verloop van het interview evalueren.

Pretest

Voorafgaand aan het onderzoek zijn de vragen op locatie getest. Naar aanleiding van deze pretest zijn waar nodig aanpassingen doorgevoerd. Daarnaast is de vragenlijst ter commentaar voorgelegd aan verschillende instanties (SOAAids Nederland, RutgersNISSO groep, IVO, NIGZ, OAM). De vragenlijsten voor prostituees zijn vertaald in het Spaans en Engels. Voor migranten is een Nederlandse vragenlijst gebruikt, maar interviewers kunnen de vragen desgewenst vertalen.

Bijlage 6 Procesevaluatie haalbaarheidsstudie HIV-surveys Rotterdam

In deze bijlage wordt het proces van de HIV-surveys bij prostituees, migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden en discotheekbezoekers in Rotterdam besproken en geëvalueerd. De studie wordt op verschillende onderdelen besproken, zoals coördinatie, interviewers, werving en vragenlijsten. Elke paragraaf wordt afgesloten met aandachtspunten die meegenomen moeten worden bij de HIV-surveys in een volgende stad.

Coördinatie

De HIV-surveys in Rotterdam zijn uitgevoerd door het RIVM in samenwerking met de GGD Rotterdam en omstreken. De GGD Rotterdam e.o. heeft een projectgroep samengesteld van medewerkers die betrokken zijn bij de verschillende subgroepen (preventiewerkers prostituees, migranten, arts infectieziekten, veldwerkcoördinator). De projectgroep en de medewerkers van het RIVM-CIE (projectleider en onderzoeker) bespraken ongeveer eens per zes weken de voortgang van het veldwerk en de stand van zaken. Gedurende de gehele survey is door een algehele vacaturestop bij het RIVM het onderzoeksteam onderbezet geweest. In januari 2003 is bij het RIVM-CIE een veldwerkcoördinator in dienst gekomen voor de planning en uitvoer van het veldwerk, overleg met lokale instellingen en aansturing van interviewers.

Aandachtspunten

- De zes-wekelijks vergaderingen met RIVM en de GGD werden door beide partijen nuttig ervaren. De veldwerkcoördinator is een belangrijke intermediair tussen RIVM en de GGD doordat hij met regelmaat aanwezig is op beide locaties.

Interviewers

Er zijn interviewers aangesteld voor het uitvoeren van het veldwerk. Zij zijn ingewerkt tijdens twee trainingsbijeenkomsten. Tijdens de eerste bijeenkomst zijn achtergrond, doel, methode en logistiek van het onderzoek besproken, de taak van interviewers hierbij en methode van werving. Voor de interviewers is een draaiboek ontwikkeld waarin alle aspecten van de werving zijn beschreven. De tweede bijeenkomst was bedoeld voor het beantwoorden van vragen, bespreken van het draaiboek, bespreken van de vragenlijst en speekselafrname en oefenen met het interview.

De interviewer heeft op een systematische manier de vragenlijst bij de deelnemer afgenomen. Er is gekozen voor het afnemen van de vragenlijst door een getrainde interviewer omdat de vragenlijst te ingewikkeld is voor een deelnemer om deze zelfstandig in te vullen. Met deze manier van veldwerk is ruimschoots ervaring opgedaan tijdens de metingen bij druggebruikers in verschillende steden in Nederland (CIRCUS). Het vinden van geschikte en gemotiveerde interviewers bleek een moeilijke en tijdrovende klus te zijn.

Uiteindelijk zijn via het netwerk van de GGD Rotterdam en SOAAids Nederland (voormalige Stichting SOA Bestrijding) interviewers geworven.

Voor de prostituees zijn interviewers ingezet die de taal spraken van de deelnemers. Zo is voor de Aziatische prostituees een Thaisprekende interviewer ingezet, voor de Zuid-Amerikaanse prostituees een interviewer die Spaans sprak. Voor de migranten zijn interviewers van verschillende etniciteit ingezet, veelal Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC) die verbonden waren aan de GGD. Men was in eerste instantie terughoudend over het matchen van etniciteit tussen interviewer en geïnterviewde (bijvoorbeeld het inzetten van een Kaapverdiaanse interviewer voor Kaapverdiaanse deelnemers). De GGD verwachtte dat het de respons zou verlagen doordat deelnemers elkaar kennen in zo'n kleine gemeenschap en liever niet door iemand uit hun eigen gemeenschap geïnterviewd wilden worden. Door een multi-etnisch interviewteam in te zetten kon uitgezocht worden welke manier van benaderen en interviewen het best werkte. In de praktijk bleek dat het werven van deelnemers juist goed verliep als hierbij gematched werd op etniciteit. Het afnemen van vragenlijsten, het interview, is in eerste instantie ook via matching op etniciteit verlopen, maar dit bleek praktisch niet altijd haalbaar en ook niet noodzakelijk. Uit de evaluatiebijeenkomst met de interviewers bleek dat matching op etniciteit voor de werving van meer belang is dan voor het afnemen van de vragenlijst. De deelnemer lijkt het te waarderen dat het eerste contact plaatsvindt met iemand van zijn eigen etniciteit. Voor de eenmalige werving in een discotheek in Rotterdam zijn dezelfde interviewers ingezet als bij de doelgroep migranten.

Voor de uitbetaling van de interviewers is advies gevraagd aan de afdeling Personeelszaken van het RIVM en is geïnformeerd bij andere instanties (RutgersNisso, SOA Aids Nederland) naar het uurtarief voor interviewers. Enkele oudere interviewers waren in eerste instantie niet tevreden met het tarief. Uiteindelijk zijn ze akkoord gegaan en hebben ze gewerkt als interviewer.

Aandachtspunten

- Twee instructiebijeenkomsten blijkt te weinig te zijn. Uit de evaluatiebijeenkomst met de interviewers van de HIV-surveys in Rotterdam bleek bij de hen meer behoefte te bestaan aan onderwijs voorafgaand aan het onderzoek en aan tussentijdse evaluatiebijeenkomsten. Dit is een aandachtspunt voor de volgende meting.
- Saamhorigheid tussen de interviewers van de verschillende doelgroepen ontbrak, meer tussentijdse bijeenkomsten met alle interviewers (van de verschillende doelgroepen) kan hier positief aan bijdragen. Betrokkenheid van interviewers blijkt van groot belang voor de voortgang (en de kwaliteit) van het onderzoek. Middelen om de motivatie op peil te houden of te verhogen: regelmatige bijeenkomsten met interviewers, regelmatig contact met veldwerkcoördinator, incidenteel door de onderzoeker op de hoogte worden gehouden van (tussentijdse) resultaten bijvoorbeeld bij een 'borrel', uitgebreide instructiebijeenkomsten voorafgaand aan het onderzoek (meer dan twee), een herhaald aantal keren het afnemen van de vragenlijst oefenen. Instructiebijeenkomsten tijdens de veldwerkperiode herhalen.

- Interviewers die het werk voor de HIV-surveys als bijbaantje (studenten) hadden bleken moeilijker inzetbaar, waren slechter gemotiveerd en hadden weinig verantwoordelijkheidsgevoel. Echter interviewers die als voorlichter bij de GGD aangesteld waren bleken goed inzetbaar en goed gemotiveerd. De voorkeur gaat uit naar de inzet van vaste interviewers, door het formeren van een interviewerspool. Dit heeft veel voordelen m.b.t. betrokkenheid en motivatie en is praktisch met uitbetaling. Bovendien zijn deze interviewers al ingewerkt en beter inzetbaar (ook in andere steden) door grotere beschikbaarheid.
- Uitbetaling van interviewers verliep niet efficiënt. Dit werd onder andere veroorzaakt door een vacaturestop bij het RIVM. Daardoor was het niet mogelijk interviewers rechtstreeks uit te betalen en dit had veel administratieve rompslomp tot gevolg. Voor een volgende meting verdient het de aanbeveling interviewers rechtstreeks, of via een uitzendbureau in te huren.
- Een aandachtspunt voor een volgende HIV-survey is voor elke interviewer een legitimatiepasje verzorgen waarop duidelijk te zien is dat hij/zij aan het werk is voor de lokale GGD (en/of RIVM). Dit zal naar alle waarschijnlijkheid de respons verhogen en is prettig voor de interviewer.

Werving

De locaties van werving werden gekozen in overleg met de medewerkers van de GGD en lokale hulporganisaties. Voor de werving van prostituees is gekozen om twee metingen uit te voeren: op de tippelzone en in clubs/privé-huizen. Omdat van deze doelgroepen geen sampling frame bestaat is het niet mogelijk om een aselechte steekproef te trekken. Andere plaatsen zoals thuisprostitutie, escorts, animeerbarren en het illegale circuit buiten de tippelzone zijn ook voor de GGD moeilijker bereikbaar, dus deze zijn niet meegenomen in het onderzoek. In Rotterdam is geen raamprostitutie. Jongensprostituees zijn niet meegenomen in het onderzoek. Prostituees zijn geworven op de tippelzone en in clubs/privé-huizen in de verhouding 1:1. De werving op de tippelzone verliep vlot in eerste instantie. Helaas is het veldwerk op de tippelzone vroegtijdig geëindigd omdat er veel onrust was vanwege politieacties. Voor de werving bij clubs en bordelen heeft de GGD voorafgaand aan het onderzoek alle clubs in Rotterdam een brief gestuurd met informatie over het onderzoek. Vervolgens is er door de veldwerkcoördinator geprobeerd telefonisch een afspraak te maken voor het afnemen van interviews. De werving op clubs en bordelen verliep moeizamer dan de werving op de tippelzone. Veel clubs wilden geen medewerking verlenen onder andere omdat ze onderzoek naar HIV niet nuttig achtten in hun club vanwege de hygiënische arbeidsomstandigheden, omdat ze onderzoek naar HIV nuttiger vinden voor straatprostituees of omdat er gewoon geen tijd voor was.

Voor het veldwerk bij migranten is gekozen voor werving via ontmoetingsplaatsen (buurthuizen, wijkcentra, sportclubs, kerk, kapper, festivals, discotheek, doelenplein, markt, etc). Voor migranten zou eventueel een aselechte steekproef getrokken kunnen worden uit de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA), maar hiervoor bestond op de expertmeeting SOA/HIV 2002 zeer weinig belangstelling.

Deze methode werd door de experts niet werkzaam bevonden. Bovendien brengt een steekproef via de GBA de anonimiteit van het onderzoek in het geding en is de verwachte respons laag. Daarom is ervoor gekozen om op verschillende ontmoetingsplaatsen deelnemers te werven. Om toch een afspiegeling te krijgen van de populatie (qua werfplek) moet de verhouding van werfplekken bij elke doelgroep in de werkelijkheid bekend zijn. Dit is voor migrantengroepen moeilijk te bepalen (zgn. hard-to-reach populations), maar in overleg met zelfhulporganisaties in Rotterdam en in overleg met de GGD is een sociale kaart opgesteld. Waar bevinden migrantengroepen zich in de stad en op welke plaatsen kunnen we hen bereiken voor onderzoek? Ook tijdens het werven is steeds weer beroep gedaan op de kennis van zelforganisaties en van VETC'ers van de GGD voor het bepalen van de juiste werfplekken.

Bij alle wervingslocaties, is een leidinggevende van de betreffende instelling op de hoogte gebracht door de veldwerkcoördinator of door interviewers zelf en is om toestemming gevraagd voor het onderzoek. Bij de meeste instellingen werd positief gereageerd en deelname toegezegd. Afstemming met de leidinggevende geeft echter geen garantie dat de medewerkers ter plekke ook op de hoogte zijn. Dit kan vervelende situaties opleveren wanneer zij geen medewerking willen verlenen aan het onderzoek. Het is daarom gewenst dat interviewers voorafgaand aan het veldwerk telefonisch contact opnemen met de locatie.

Tijdens het veldwerk had elke interviewer een dagboek waarin bijzonderheden konden worden genoteerd met betrekking tot de locatie, deelnemers, contacten met hulpverleners of anderen, onderling overleg, bijzondere ervaringen, etc.

Ook werd per interviewer een tweetal lijsten bijgehouden:

1. Deelnemerslijst: Hierop werd per deelnemer de locatie beschreven waar deze geïnterviewd werd, het deelnemernummer, datum van interview, communicatie, of de vergoeding was uitgekeerd en een open opmerkingenveld waarin aantekeningen gemaakt konden worden over de afname van de vragenlijst.
2. Non-responslijst: Hierop werd bijgehouden welke mensen deelname aan het onderzoek weigerden. Per non-respondent werd het geslacht opgeschreven, de leeftijd, de etniciteit en de reden van non-respons. In de praktijk bleek het moeilijk om deze lijst goed in te vullen. De reden van non-respons was niet altijd duidelijk, bovendien was het voor de interviewers moeilijk om bij iemand die niet wil deelnemen aan het onderzoek de leeftijd en etniciteit na te vragen.

Aandachtspunten

- De logistiek van de onderzoeksmaterialen is een belangrijk aandachtspunt. Op sommige locaties waar meerdere keren geworven wordt is het handig om onderzoeksmateriaal terplekke op te slaan. Het is belangrijk dat de veldwerkcoördinator deze logistiek in de gaten houdt en zorgt dat er voldoende materiaal aanwezig is.
- De non-responslijst blijkt in de praktijk moeilijk bij te houden. Hier moet voor een volgende meting een alternatief worden gevonden. Het is belangrijk om te weten te komen of de non-responders verschillen van de deelnemers.

- Het dagboek dat alle interviewers tijdens het onderzoek gebruikten, bleek in de praktijk nauwelijks gebruikt te worden.
- ‘Social en cultural mapping’ verdient de aandacht in een volgende stad. Vooraf bepalen waar migranten zich bevinden in een stad en waar je deze groepen het best kan bereiken. In overleg met de GGD is dit voor de eerste HIV-survey in Rotterdam uitgevoerd, maar het is belangrijk om dit uitvoerig te bespreken voorafgaand aan de werving. Bij de surveys in Rotterdam bleken niet alle zelforganisaties op besprekingen van de HIV-survey aanwezig te zijn, waardoor informatie over ontmoetingsplaatsen niet helemaal optimaal geweest is.

Vragenlijst

De vragenlijsten zijn gedrukt in verschillende kleuren om doelgroepen te kunnen herkennen. Ingevulde vragenlijsten werden door interviewers afgegeven op de GGD en met regelmaat naar het RIVM gebracht door de veldwerkcoördinator of de onderzoeker. Het is voor de veldwerkcoördinator belangrijk om overzicht te houden over het aantal lijsten. Op elke vragenlijst werd voorafgaand aan het interview een deelnemernummer geplakt, dit nummer werd ook op het bijbehorende speekselpotje geplakt.

Aandachtspunten

- Om de logistiek te vergemakkelijken is het een idee om bij de volgende meting pakketjes te maken met vragenlijst, speekselpotje en vergoeding. Dan is er per deelnemer één pakketje voorhanden en kan er minder gemakkelijk vergeten worden deelnemernummers op te plakken (op vragenlijst en speekselpotje).

Speekselmonsters

Gedurende het interview werd een speekselmonster afgenomen bij de deelnemers. Zij moesten spugen in een potje met schroefdeksel. Elk speekselpotje was voorzien van een nummer dat gelijk was aan het nummer op de corresponderende vragenlijst. Tijdens het veldwerk werden de speekselmonsters bewaard in een koeltas met vrieselementen. Na het veldwerk werden de speekselmonsters afgeleverd bij het laboratorium van het Erasmus Medisch Centrum. Met het laboratorium was afgesproken dat de monsters bij werving gedurende de nacht (bijvoorbeeld tippelzone) direct na de werving afgegeven konden worden bij de portier van het Erasmus MC. Een medewerker van het lab zorgde ervoor dat er een koeltas met bevroren koelelementen klaarstond. De interviewer liet de monsters met tas en koelelementen en al achter bij de portier en nam de lege tas mee. De nieuwe monsters werden de volgende dag (of bij werving in het weekend de volgende maandag) door een laboratorium medewerker opgehaald en de monsters werden ingevroren.

Aandachtspunten

- Om het ophalen van de monsters goed te laten verlopen moet het laboratorium op de hoogte zijn van de wervingsdagen. In de praktijk bleek dit soms lastig doordat de planning van de werving vaak veranderde. In het begin was er alleen contact met het lab door de onderzoeker. Later is afgesproken dat de interviewers zelf contact opnemen met het laboratorium om aan te kondigen op welke dagen er speekselmonsters zullen worden afgeleverd bij de portier. Dit liep daarna prima. Voor surveys in andere steden moet een tijdelijke opslagruimte voor de speekselmonsters geregeld worden voordat ze naar het laboratorium in Rotterdam gebracht kunnen worden.
- Als verzamelstelsel voor speekselmonsters moet worden overwogen om in volgende surveys over te stappen op de Salivette. Dit is het afnemen van een speekselmonster m.b.v. een kauwvatje wat een hygiënischer manier is voor zowel de deelnemer, de interviewer en het laboratorium.

Data-entry

De ingevulde vragenlijsten van de verschillende doelgroepen zijn gecontroleerd door de veldwerkcoördinator of onderzoeker voordat ze zijn ingevoerd. Een data-entrybureau heeft de invoering van de vragenlijsten verzorgd. In afstemming met de onderzoeker hebben zij een invoerprogramma geschreven. Vertaalde vragenlijsten werden gewoon ingevoerd mits een zelfde pagina-indeling en vraagnummering werd aangehouden. De vragenlijsten zijn dubbel ingevoerd om fouten bij de invoer te valideren.

Aandachtspunten

- Controle van de vragenlijsten voorafgaande aan de invoering blijkt erg belangrijk te zijn. Bij deze controle kan de veldwerkcoördinator de consistentie van het invullen door de interviewer in de gaten houden. Belangrijk is ook dat tijdens de interviewinstructie de vragenlijst uitvoering besproken wordt. Dit voorkomt onnodige fouten.

Er is overwogen om over te gaan op scanformulieren, toch blijkt uit de praktijk dat de tijdswinst door het scannen tijdens de analyse weer ingehaald wordt doordat er meer fouten in het databestand staan.

Implicaties HIV-surveys voor het veld

Resultaten van de HIV-surveys brengen gevolgen met zich mee voor partijen en instanties die betrokken zijn bij deze doelgroepen. Het is dan ook belangrijk deze instellingen te informeren over de opzet en de resultaten van het onderzoek. Bij de opzet van de vragenlijst van de HIV-surveys zijn met name veel landelijke organisaties uitgenodigd om kritisch mee te denken. Tevens zijn bij het bespreken van de resultaten betrokken lokale organisaties uitgenodigd. Zij zijn geïnformeerd over de uitkomsten van het onderzoek, alvorens de resultaten openbaar zijn gemaakt.

Conclusies en aanbevelingen proces

Goede samenwerking tussen de lokale GGD en het RIVM is erg belangrijk om te komen tot een goede uitvoer van de HIV-surveys. Deze samenwerking is tijdens de meting 2002/2003 in Rotterdam voor beide partijen prettig verlopen, wat een stimulans is geweest voor het onderzoek. Afstemming tussen de veldwerkcoördinator en onderzoeker is belangrijk. De veldwerkcoördinator moet een balans vinden tussen aanwezigheid op de veldwerklocatie, de GGD en het RIVM.

Betrokkenheid van interviewers blijkt van groot belang voor de voortgang (en de kwaliteit) van het onderzoek. Het is wenselijk om middelen toe te passen om de motivatie op peil te houden of te verhogen (regelmatige bijeenkomsten, contact met veldwerkcoördinator, etc).

Logistiek van het onderzoek is een aandachtspunt. Dit geldt zowel voor de logistiek betreffende speekselmonsters en het laboratorium als ook voor het onderzoeksmateriaal. De veldwerkcoördinator speelt een belangrijke rol hierbij en moet hier voorafgaand aan het onderzoek een plan voor opstellen en de interviewers hierover informeren.

Het is belangrijk om het veld te informeren voordat het onderzoek begint. Zij kunnen vragen krijgen over het onderzoek vanuit de gemeenschappen. Bovendien kunnen ze nuttige inbreng geven over de doelgroep, bijvoorbeeld op welke plaatsen in de stad de doelgroep zich bevindt. Bekendmaking van het onderzoek binnen de gemeenschap, bijvoorbeeld op een lokale radiozender, kan de respons verhogen. Ook moeten zij op de hoogte gesteld worden van de resultaten omdat deze implicaties voor hen kunnen hebben.

Concluderend kan gesteld worden dat HIV-surveys onder hoogrisicogroepen een goede methode zijn voor onderzoek naar het vóórkomen van HIV en (seksueel) gedrag. Werving via werkplekken en ontmoetingsplaatsen blijkt in de praktijk haalbaar mits goed geïnstrueerde interviewers inzetbaar zijn. Het is aanbevelingswaardig om over een paar jaar een volgende meting in Rotterdam uit te voeren om trends in seksueel gedrag en het voorkomen van HIV te monitoren.

Bijlage 7 Reguliere meting onder injecterende druggebruikers in Rotterdam

Oorspronkelijke stukken

Trends in HIV-prevalentie en risicogedrag onder injecterende druggebruikers in Rotterdam, 1994-2002

I.M.DE BOER, E.L.M.OP DE COUL, R.J.BEUKER, O.DE ZWART, W.AL TAQATQA EN M.J.W.VAN DE LAAR

Injecterende druggebruikers (ID's) zijn in Nederland één van de belangrijkste risicogroepen voor een HIV-infectie.¹ De HIV-prevalentie varieert bij hen van 1% tot 26%, afhankelijk van de regio. Over het algemeen is de HIV-prevalentie onder ID's in Nederland stabiel, met uitzondering van Heerlen (11% in 1994 versus 22% in 1999).²

HIV wordt bij ID's voornamelijk overgedragen door onveilig spuitgedrag, maar ook seksueel risicogedrag kan een rol spelen.²⁻⁵ Door onbeschermde seksuele contacten met niet-injecterende druggebruikers kunnen ID's een brugfunctie vervullen voor verdere verspreiding van HIV.^{6,7} Om inzicht te krijgen in de HIV-prevalentie en het risicogedrag bij ID's en de potentie tot verspreiding naar de algemene bevolking, werd in 1994 een semi-continue surveillance gestart. Deze bestaat uit herhaalde periodieke HIV-onderzoeken in Amsterdam, Rotterdam, Heerlen/Maastricht en Arnhem en in een aantal andere regio's.⁸ In Rotterdam werden metingen gedaan in 1994,⁹ 1997¹⁰ en 2002.

In dit artikel beschrijven wij de resultaten van het periodieke onderzoek in 2002 en vergelijken wij die met de eerdere metingen.

POPULATIE EN METHODEN

Onderzoekspopulatie en dataverzameling. De studie werd opgezet als een dwarsdoorsnedeonderzoek. ID's werden geïncludeerd als zij ooit harddrugs hadden gespoten én in de laatste 6 maanden regelmatig, dat wil zeggen tenminste één dag per week, harddrugs hadden gebruikt, zoals heroïne, cocaïne, amfetamine en methadon. De locaties voor de werving van ID's werden in overleg met verschillende hulpverleningsdiensten gekozen: methadonposten, andere 'laagdrempelige' hulpverleningsinstellingen, een gevangenis, de tippelzone en ontmoetingsplaatsen voor druggebruikers. De deelname aan het onderzoek was anoniem en op basis van vrijwilligheid.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven.
Mw.dr.s.I.M.de Boer, mw.dr.ir.E.L.M.op de Coul, mw.dr.s.R.J.Beuker (thans: GGD Zuid-Holland West) en mw.dr.ir.M.J.W.van de Laar, epidemiologen.
GGD Rotterdam en omstreken, Rotterdam.
Afd. Algemene Infectieziekten: hr.dr.s.O.de Zwart, master of public health; hr.W.al Taqatqa, coördinator preventie SOA & HIV.
Correspondentieadres: mw.dr.ir.M.J.W.van de Laar (m.j.w.van.de.laar@rivm.nl).

SAMENVATTING

Doel. Inzicht verkrijgen in het vóórkomen van HIV-infectie, determinanten daarvan en in risicogedrag bij injecterende druggebruikers (ID's) in Rotterdam in 2002 en vergelijking met HIV-surveillance data uit 1994 en 1997.

Opzet. Vragenlijstonderzoek.

Methode. In 1994-2002 werden in Rotterdam 3 periodieke HIV-onderzoeken bij ID's gedaan met semi-gestructureerde vragenlijsten naar risicogedrag en met speekselmonsters voor HIV-antistofbepaling. In dit onderzoek werden de data van 2002 geanalyseerd en vergeleken met die uit 1994 en 1997.

Resultaten. Er werden respectievelijk 494, 470 en 452 deelnemers geworven. De prevalentie van HIV-infectie bleek niet veranderd in de tijd: 1994: 11,4%; 1997: 9,4%; 2002: 10,2%. Onafhankelijke risicofactoren voor HIV in 2002 waren het niet-hebben van een vast adres en op jonge leeftijd beginnen met spuiten. Het percentage ID's dat recent spuiten leende, was afgenomen van 18 in 1994 tot 8 in 2002. Het percentage seksueel risicogedrag was onveranderd hoog gebleven: inconsistent condoomgebruik kwam voor bij 85% met vaste partners, bij 43% met losse partners en bij 31% met klanten. ID's die wisten dat zij HIV-positief waren, rapporteerden vaker consistent condoomgebruik.

Conclusie. Door de combinatie van de relatief hoge HIV-prevalentie onder ID's in Rotterdam en het seksuele risicogedrag bestaat er een reële kans op verdere verspreiding van HIV binnen de groep ID's en naar de algemene bevolking.

Na mondeling 'informed consent' werd een semi-gestructureerde vragenlijst afgenomen door getrainde interviewers, met vragen over demografie, opleiding, detentiegeschiedenis, druggebruik en spuitgerelateerd en seksueel risicogedrag. De indeling in etnische groepen gebeurde op basis van het geboorteland van de deelnemer en van de ouders. Het geboorteland van de moeder kreeg hierbij prioriteit.

Antistofbepaling. Ter bepaling van HIV-antistoffen werd speeksel afgenomen; voor epidemiologisch onderzoek heeft de speekseltest op HIV voldoende validiteit.¹¹⁻¹³ Alle speekselmonsters werden getest met de Wellcozyme GAC-ELISA (Murex Diagnostics, Abbott Park, VS). Indien het monster HIV-positief was, werd een confirmatietest uitgevoerd (ELISA: HIV Duo VIDAS test; BioMerieux, Marcy l'Etoile, Frankrijk). Bij een negatieve uitslag werd een tweede confirmatie uitgevoerd (western immunoblot: Innolia; Innogenetics, Gent, België). Indien één van deze confirmatietests een positieve uitslag had, werd het monster als 'HIV-positief' geclassificeerd.

De metingen van 1994 en 1997 werden op identieke wijze uitgevoerd, zij het dat het testalgoritme in 1994 alleen de immunoblot ter confirmatie van een positieve ELISA-test bevatte. Deelnemers werden niet geïnformeerd over hun uitslag, omdat het een anoniem onderzoek betrof; wel kregen zij een folder mee met informatie over (gratis) testfaciliteiten.

Statistiek. De gegevens werden geanalyseerd met behulp van de computerprogramma's SAS versie 8.2 en Epi-info versie 6.04. De betrouwbaarheidsintervallen voor de HIV-prevalentieschatting waren exacte binomiale 95%-intervallen. De univariate analyses werden getoetst met de χ^2 -toets, de exacte toets van Fisher en de t-toets (tweezijdige toetsen met als significantieniveau 0,05). Om de determinanten voor HIV-infectie te onderzoeken, werden multivariate analyses uitgevoerd. Variabelen werden in het model opgenomen als ze een vermoedelijke risicofactor voor HIV vormden en significant met de infectie samenhangen ($p \leq 0,05$). Trends werden getoetst met de χ^2 -trendtoets.

RESULTATEN

Kenmerken van de onderzoekspopulatie. In de periode juli 2002-februari 2003 werden 452 ID's (347 mannen, 101 vrouwen, 2 transseksuelen, 2 onbekend) geïncludeerd. Bij controle op geboorteplaats en -datum bleek dat 15 personen al eerder hadden meegedaan in deze studie; van hen werd alleen het eerste interview in het

onderzoek betrokken. De gemiddelde leeftijd was 40,2 jaar (tabel 1). Mannen waren gemiddeld ouder dan vrouwen (40,8 versus 38,5 jaar). Van de ID's (237/452) was 52% van Nederlandse herkomst. Het merendeel van de ID's (416; 92%) woonde of verbleef de laatste 6 maanden in Rotterdam. Van deze subgroep had 34% (141/416) geen vast adres. 88% van de ID's verbleef ooit in de gevangenis, waarvan 50% (200/398) meer dan 5 keer. Vrouwen verbleven gemiddeld minder vaak in de gevangenis dan mannen: 4,2 versus 8,9 keer. De gemiddelde leeftijd van de ID's nam toe: 33,6 jaar in 1994, 35,8 jaar in 1997 en 40,2 jaar in 2002; het aandeel van migrantengroepen was respectievelijk 35, 37 en 48% en het percentage zonder vast adres nam toe van 20 tot 33.

HIV-prevalentie. In totaal werden 427 speekselmonsters getest op HIV-antistoffen. Van 4 monsters kon de testuitslag niet bepaald worden. 43 monsters waren positief. De HIV-prevalentie was 10,2% (43/423). 18 HIV-positieve ID's (42%) waren bekend met hun serostatus, 14 dachten HIV-negatief te zijn (33%) en 11 (26%) kenden hun serostatus niet. De HIV-prevalentie voor mannen was 8,9% ($n = 29$) en voor vrouwen 14,0% ($n = 13$) (tabel 2). In totaal waren 43 ID's positief; van dezen was 1 transseksueel. De totale HIV-prevalentie was niet veranderd in de tijd, met 11,4%, 9,4% en 10,2% voor respectievelijk 1994, 1997 en 2002 (trendtoets; $p = 0,58$).

Spuiterelateerd risicogedrag. In de laatste 6 maanden had 70% van de ID's ($n = 316$) regelmatig gespoten: 286 (91%) heroïne, 240 (76%) cocaïne, 222 (70%) 'speedball' (= heroïne en cocaïne tegelijk); mediaan circa 8 keer per week. 229 van dezen (72%) spoten al meer dan 10 jaar (1994: 55% en 1997: 58%). Van de recente spuiters hadden 25 (8%) in de voorgaande 6 maanden een gebruikte spuit of naald geleend (1994: 18% en 1997: 10%) (tabel 3).

Van 23 ID's was de relatie met hun laatste 'deelpartner', dat is de persoon met wie zij drugs deelden, bekend: vaste partner ($n = 9$), vriend of bekende ($n = 11$), onbekende ($n = 3$). Van deze 23 deelpartners werden er 5 als HIV-positief gerapporteerd (22%), terwijl de ID's zelf HIV-negatief waren. Ten opzichte van 1997 was het percentage ID's dat spuitattributen zoals lepels, spoelwater, watjes en filters leende, gedaald van 42 naar 28 ($n = 87$); dit gegeven werd in 1994 niet gemeten. Het percentage ID's dat een gebruikte spuit of naald had uitgeleend, liet eveneens een daling zien van 17 naar 9 (zie tabel 3). Recent spuitgerelateerd risicogedrag hing niet samen met HIV-infectie.

Seksueel gedrag. 67% ($n = 304$) van de ID's had in de laatste 6 maanden seksueel contact gehad. Van hen had 50% ($n = 152$) seks met vaste partners (mediaan: 1), 116 (38%) met losse partners (mediaan: 3) en 58 (19%) met klanten (mediaan: 15). Het gemiddelde aantal partners verschilde voor mannen en vrouwen: 4 respectievelijk 11,2. Dit kwam doordat vrouwen gemiddeld meer klanten hadden dan mannen: 205 respectievelijk 4. Van de ID's met een vaste partner gebruikte 85% niet altijd een condoom (inconsistent condoomgebruik) (tabel 4). Bij ID's met losse partners was dit 43% en bij ID's met klan-

TABEL 1. Demografische kenmerken in een onderzoek bij injecteren-de druggebruikers in Rotterdam in 1994, 1997 en 2002

kenmerk	aantal personen (%) [*]		
	1994 [§]	1997 [§]	2002 [†]
totaal	494 (100)	470 (100)	452 (100)
geslacht [‡]			
mannelijk	368 (75)	355 (76)	347 (77)
vrouwelijk	126 (25)	115 (24)	101 (22)
transseksueel	0	0	2 (1)
gemiddelde leeftijd in jaren	33,6	35,8	40,2
vast adres ^{§§}			
ja	394 (80)	381 (81)	299 (67)
nee	98 (20)	89 (19)	149 (33)
etnische herkomst			
Nederland	321 (65)	296 (63)	237 (52)
Marokko/Turkije	49 (10)	47 (10)	22 (5)
Suriname/Antillen	20 (4)	19 (4)	65 (14)
overig	104 (21)	108 (23)	128 (29)
opleiding [‡]			
laag	202 (41)	224 (47)	168 (38)
middel	237 (48)	200 (43)	250 (55)
hoog	54 (11)	46 (10)	29 (6)
andere	1 (0)	.	5 (1)
ooit in de gevangenis [‡]			
ja	379 (77)	371 (79)	398 (88)
nee	113 (23)	99 (21)	54 (12)

. = niet gemeten.

^{*}Tenzij anders aangegeven.

[†]Dit onderzoek.

[‡]Deze informatie was niet van alle deelnemers beschikbaar.

[§]Ja betekent: langer dan 3 maanden op hetzelfde adres verbleven in de laatste 6 maanden.

TABEL 2. Determinanten van HIV-infectie bij injecterende druggebruikers in Rotterdam in 2002

<i>determinant</i>	<i>aantal personen</i>		<i>oddsratio (95%-BI)</i>		
	<i>totaal</i>	<i>HIV-positief (%)</i>	<i>univariaat</i>	<i>p</i>	<i>multivariaat</i>
geslacht*					
mannelijk	326	29 (8,9)	1	0,15	ns
vrouwelijk	93	13 (14)	1,7 (0,8-3,3)		ns
vast adres*					
nee	139	20 (14,4)	1	0,05	1
ja	281	23 (8,2)	0,5 (0,3-1,0)		0,5 (0,3-1,0)
etnische herkomst*					
Nederland	221	17 (7,7)	1	0,02	ns
West-Europa, niet-Nederland	34	7 (20,6)	3,1 (1,2-8,2)		ns
Suriname/Antillen	64	5 (7,8)	1,0 (0,4-2,9)		ns
Turkije/Marokko	19	0			ns
overige	85	14 (16,3)	2,4 (1,1-5,0)		ns
leeftijd 5 jaar ouder* †	421		1,0 (0,8-1,2)	0,67	ns
ooit in de gevangenis*					
nee	49	3 (6,1)	1	0,32	ns
ja	373	40 (10,7)	1,8 (0,5-6,2)		ns
spuut lenen sinds 1980*					
nee	259	22 (8,5)	1	0,12	ns
ja	157	21 (13,4)	1,7 (0,9-3,1)		ns
leeftijd bij eerste spuit 5 jaar ouder†	423		0,7 (0,5-0,9)	0,002	0,7 (0,6-0,8)
aantal partners sinds 1980*					
0	6	1 (16,7)	1	0,85	ns
1-9	159	17 (10,7)	0,6 (0,1-5,4)		ns
10-99	166	15 (8,9)	0,5 (0,1-4,4)		ns
≥ 100	78	9 (11,5)	0,7 (0,1-6,2)		ns
aantal klanten sinds 1980*					
0	298	32 (10,7)	1	0,56	ns
1-9	28	2 (7,1)	0,7 (0,2-3,2)		ns
10-99	27	2 (7,4)	0,5 (0,2-1,4)		ns
≥ 100	52	6 (1,2)	1,0 (0,4-2,6)		ns
eerdere HIV-test*					
nee	107	5 (4,7)	1	0,08	ns
ja	303	37 (12,2)	2,8 (1,1-7,4)		ns
onbekend	13	1 (7,7)	1,7 (0,2-15,8)		ns

ns = niet significant.

*Gegevens niet van alle personen beschikbaar.

†De oddsratio werd berekend over categorieën van 5 jaar.

ten 31%. De percentages inconsistent condoomgebruik waren niet veranderd vergeleken met de vorige 2 metingen. Recent consistent condoomgebruik, ongeacht het type partner, had een verband met HIV-infectie ($p = 0,01$), evenals het totale aantal partners ($p = 0,03$).

Etnische herkomst. Het percentage deelnemers van niet-Nederlandse herkomst was toegenomen van 35 in 1994 tot 48 in 2002 (zie tabel 1). De HIV-prevalentie was verschillend per bevolkingsgroep (zie tabel 2). De HIV-prevalentie was het hoogst bij West-Europeanen (exclusief Nederland) (20,6%), en dan vooral bij de mannen (33,3%). Ook was de HIV-prevalentie hoog bij de 'overige landen' (16,3%) door hoge prevalenties in de relatief kleine groepen uit Zuid-Europa (43%; 9/21) en Oost-Europa (25%; 3/12). Het percentage ID's dat ooit een gebruikte spuit of naald had geleend, was kleiner voor Surinamers/Antillianen (17%; 11/63) en Turken-/Marokkanen (24%; 5/21) dan voor Nederlanders (43%; 95/231), West-Europeanen (41%; 14/37) en de restgroep (39%; 35/90) ($p = 0,004$) (data niet getoond). Ook begonnen zij op latere leeftijd met spuiten (gemiddeld 29,0

jaar respectievelijk 27,2 jaar) dan Nederlanders (23,8 jaar), West-Europeanen (20,2 jaar) en de restgroep (22,2 jaar) ($p < 0,0001$).

Determinanten van HIV-infectie. Determinanten werden onderzocht op samenhang met HIV-infectie (zie tabel 2). De kans op HIV-infectie was verhoogd bij personen zonder vast adres, met West-Europese (exclusief Nederland) etniciteit en met jonge leeftijd bij de eerste keer intraveneus druggebruik. Een onafhankelijk verband met de HIV-infectie hadden alleen jonge leeftijd bij het eerste intraveneuze druggebruik en het niet-hebben van een vast adres. De multivariate analyse werd ook apart voor mannen en vrouwen uitgevoerd. Bij vrouwen bleek 'etnische herkomst' samen te hangen met HIV-infectie. Bij mannen waren dit het niet-hebben van een vast adres en een jonge leeftijd bij het eerste intraveneuze druggebruik. Recent risicogedrag hield geen verband met HIV-infectie.

Verspreiding naar de algemene bevolking en bekendheid met de eigen serostatus. Van de 43 HIV-positieve ID's had meer dan de helft ($n = 23$) in de laatste 6 maanden

TABEL 3. Spuitgerelateerd (risico)gedrag in de laatste 6 maanden in een onderzoek bij injecterende druggebruikers in Rotterdam in 1994, 1997 en 2002

gedrag	aantal personen (%)		
	1994 ^a (n = 494)	1997 ^b (n = 470)	2002* (n = 452)
actueel spuiten			
ja	325 (65,8)	297 (63,2)	316 (69,9)
nee	169 (34,2)	173 (36,8)	136 (30,1)
spuiten geleend†‡§			
ja	58 (17,8)	31 (10,4)	25 (7,9)
nee	267 (82,2)	266 (89,6)	292 (92,1)
spuiten uitgeleend†‡§			
ja	56 (17,2)	36 (12,1)	29 (9,1)
nee	269 (82,8)	261 (87,9)	288 (90,9)
ooit spuit geleend§			
ja	273 (55,2)	262 (55,7)	165 (36,5)
nee	221 (44,8)	208 (44,3)	287 (63,5)

*Dit onderzoek.

†Percentages betrokken op actuele spuiters.

‡In de afgelopen 6 maanden.

§Significante afname over de jaren: χ^2 -trendtoets: $p \leq 0,05$.

||Percentages betrokken op alle injecterende druggebruikers.

den seksueel contact. 8 HIV-positieve ID's hadden seksueel contact gehad met één of meer vaste partners, van wie 6 met non-ID's (75%). Inconsistent condoomgebruik hadden 7 deelnemers (83%) met vaste partners, 1/6 (17%) met losse partner en 1/7 (14%) met klanten. Tussen ID's die wisten dat zij HIV-positief waren en ID's die dachten dat zij HIV-negatief waren of die hun serostatus niet wisten, was geen verschil in recent spuitgerelateerd risicogedrag. Wel was er een verschil in condoomgebruik. ID's die wisten dat zij HIV-positief waren, gebruikten vaker consistent condooms dan ID's die

dit niet wisten of die dachten dat zij HIV-negatief waren: met losse partners respectievelijk: 100% (4/4) versus 65% (22/34) en 50% (29/58)) en met klanten: 100% (4/4) versus 50% (5/10) en 65% (15/23). In het algemeen bleek dat ID's die dachten HIV-negatief te zijn of die hun serostatus niet kenden vaker onbeschermd seksueel contact hadden (40% (80/200) respectievelijk 27% (37/135)) dan de ID's die wisten dat zij HIV-positief waren (14%; 2/14).

BESCHOUWING

De HIV-prevalentie onder ID's in Rotterdam in 2002 was 10,2% en was niet veranderd sinds 1997 (9,4%) en 1994 (11,4%). In vergelijking met andere steden in Nederland was de HIV-prevalentie bij ID's in Rotterdam relatief hoog.^{2,8-10} De hoogste HIV-prevalenties zijn gemeten in Amsterdam (26%) en Heerlen (22%). De samenstelling van de populatie ID's in Rotterdam was veranderd in de tijd. Zo steeg de gemiddelde leeftijd van 34 naar 40 jaar tussen 1994 en 2002 en ook het aantal ID's dat langer spoot (≥ 10 jaar). Dit zou toegeschreven kunnen worden aan het zogenaamde cohort-effect. Echter, er was ook een duidelijke toename van het aantal allochtone ID's (vooral Surinamers/-Antillianen), die over het algemeen op oudere leeftijd starten met druggebruik. Ook was er een toename in het aantal daklozen. Deze veranderingen zijn in de afgelopen 5 jaar ook waargenomen binnen de Verslavingszorg Rotterdam en de Rotterdamse drugsmonitor.^{14,15} Het is mogelijk dat verslaafde daklozen moeilijk een huis kunnen vinden, terwijl de nachtopvang al jaren vol zit.¹⁴

Het spuitgedrag was veranderd in de tijd met een daling van het ooit (sinds 1980) lenen van gebruikte spuiten. Dit kan deels worden toegeschreven aan de toename van het aantal allochtone ID's, omdat dezen later beginnen en minder lenen. De daling van recent risicovol spuitgedrag kan ook het gevolg zijn van preventiebeleid zoals spuitomruil en methadonprogramma's.

Het seksuele risicogedrag bij ID's afgemeten aan het condoomgebruik bleef onverminderd hoog in de tijd. Het percentage ID's met inconsistent condoomgebruik was hoog. Ook onder ID's in andere steden werden dergelijke hoge percentages gevonden.⁸ Vrouwen hadden relatief veel partners, vooral klanten; dit vormt in combinatie met de relatief hoge HIV-prevalentie een risico op verspreiding van HIV via de prostitutie.

De HIV-prevalentie in Rotterdam bleek samen te hangen met het niet-hebben van een vast adres en het langer intraveneus gebruiken van drugs. Deze risicofactoren verschillen van die in de eerdere metingen waarin andere determinanten samenhangen met de HIV-infectie.^{9,10} Deze verschillen zijn mogelijk ontstaan door veranderingen in populatie en risicogedrag. Verblijf in de gevangenis was nu geen risicofactor meer; een mogelijke verklaring is dat het overgrote deel van de ID's (88%) ooit in de gevangenis heeft verbleven, en dat het onderscheidend vermogen hierdoor is verdwenen. Het niet-hebben van een vast adres was nu wel een risicofactor

TABEL 4. Condoomgebruik in de laatste 6 maanden in een onderzoek bij injecterende druggebruikers in Rotterdam in 1994, 1997 en 2002

condoomgebruik	aantal personen (%)		
	1994 ^a (n = 494)	1997 ^b (n = 470)	2002* (n = 452)
bij vaste partners			
nooit	173 (80,5)	142 (69,6)	101 (70,6)
soms tot vaak	22 (10,2)	28 (13,7)	21 (14,7)
altijd	20 (9,3)	34 (16,7)	21 (14,7)
geen vaste partner/onbekend	279	266	309
bij losse partners			
nooit	41 (32,3)	46 (37,7)	26 (22,4)
soms tot vaak	19 (15,0)	19 (15,6)	24 (20,7)
altijd	67 (52,8)	57 (46,7)	66 (56,9)
geen losse partner/onbekend	367	348	336
bij klanten			
nooit	2 (3,2)	4 (8,0)	7 (12,1)
soms tot vaak	11 (17,5)	11 (22,0)	11 (19,0)
altijd	50 (79,4)	35 (70,0)	40 (68,9)
geen klanten/onbekend	431	420	394

* Dit onderzoek.

geworden doordat het percentage ID's zonder vast adres fors was gestegen (naar 52%) en bleek onafhankelijk samen te hangen met HIV-infectie.

In deze meting was de HIV-prevalentie onder Nederlanders en Surinamers/Antillianen ongeveer gelijk. Een hogere HIV-prevalentie werd gevonden bij ID's uit West-Europa en uit overige landen. Dit werd vooral bepaald door hoge HIV-prevalenties onder West-Europese mannen (33%) respectievelijk onder Zuid- en Oost-Europese ID's. In Zuid- en Oost-Europa is injecterend druggebruik de belangrijkste transmissieroute voor HIV en is de gemiddelde HIV-prevalentie onder ID's hoger dan in Nederland.¹⁶⁻²²

Meer dan de helft (58%) van de HIV-positieve ID's was niet bekend met de positieve status. Dit benadrukt het belang van een actief testbeleid op HIV, te meer omdat blijkt dat ID's die weten dat zij HIV-positief zijn vaker beschermd seksueel contact hebben.

De beschreven periodieke onderzoeken onder ID's in Rotterdam geven inzicht in het vóórkomen van HIV en risicogedrag. De prevalentie van HIV was niet veranderd in de tijd en het risicogedrag was aanzienlijk. In de periodieke onderzoeken worden echter verschillende risicofactoren voor HIV gevonden. Een nadeel van deze methode is dat niet objectief kan worden vastgesteld of de steekproef een goede vertegenwoordiging ID's omvat of dat verschil in resultaat wordt veroorzaakt door keuze van wervingsplekken. Hoewel wij moeite deden om de locaties te kiezen op basis van kennis en ervaring van de drugshulpverleners in Rotterdam, kan niet worden uitgesloten dat wervingslocaties de resultaten beïnvloeden.

CONCLUSIE

De combinatie van de relatief hoge HIV-prevalentie met seksueel risicogedrag onder ID's in Rotterdam vormt een risico voor verspreiding van HIV. Preventieprogramma's in Rotterdam zouden meer gericht moeten zijn op seksueel risicogedrag. Meer onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op (onveranderd) onveilig seksueel gedrag bij ID's lijkt eveneens noodzakelijk. Aangezien het niet-hebben van een vast adres samenhang met HIV-infectie en het aantal dakloze ID's sterk was toegenomen, is het van belang om na te gaan hoe het aantal daklozen in Rotterdam teruggedrongen en de zorg voor daklozen verbeterd kan worden. Ondanks het actieve HIV-testbeleid in Nederland blijkt dat 58% van de Rotterdamse HIV-positieve ID's de eigen serostatus niet kende. Actieve opsporing, counseling en behandeling van HIV-positieve ID's in Rotterdam kunnen bijdragen aan het terugdringen van de verspreiding van HIV.

Aan dit onderzoek werd bijgedragen door de interviewers, de Stichting Bouman te Rotterdam en Viroclinics BV te Rotterdam.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: dit onderzoek werd uitgevoerd met subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

ABSTRACT

Trends in HIV prevalence and risk behaviour among injecting drug users in Rotterdam, 1994-2002

Objective. To gain insight into the prevalence of HIV infection, the determinants thereof and the risk behaviour in injecting drug users (IDUs) in Rotterdam, the Netherlands, in 2002 in comparison to the HIV survey data from 1994 and 1997.

Design. Questionnaire study.

Method. In 1994-2002, three periodic HIV surveys were conducted in Rotterdam among IDUs using semi-structured questionnaires on risk behaviour and saliva samples for HIV-antibody determination. In the present study, the data for 2002 were analysed and compared with those from 1994 and 1997.

Results. The number of participants recruited was 494, 470 and 452, respectively. HIV prevalence did not change over time: 1994: 11.4%, 1997: 9.4% and 2002: 10.2%. In the 2002 survey, independent risk factors for HIV were homelessness and onset of injecting drug use at an early age. The percentage of IDUs that had recently shared needles declined from 18% in 1994 to 8% in 2002. Risky sexual behaviour remained prevalent: inconsistent condom use was reported by 85% with steady partners, 43% with casual partners and 31% with clients. The IDUs who knew that they were HIV positive used condoms consistently more often.

Conclusion. The combination of a relatively high HIV prevalence among IDUs in Rotterdam and the high level of unsafe sexual behaviour results in a serious risk of further spread of HIV among both IDUs and the general population.

LITERATUUR

- Coul ELM op de, Beuker RJ, Prins M, Fennema JSA, Meijden WI van der, Coutinho RA, et al. HIV-infectie en aids in Nederland: prevalentie en incidentie, 1987-2001. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003;147: 1071-6.
- Beuker RJ, Berns MPH, Hoebe CJP, Jansen M, Laar MJW van de. HIV-prevalentie onder injecterende druggebruikers in Zuid-Limburg, 1994-1998/99: stijgende trend in Heerlen, niet in Maastricht. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002;146:567-70.
- Des Jarlais DC, Dehne K, Casabona J. HIV surveillance among injecting drug users. *AIDS* 2001;15 Suppl 3:13-22.
- Bell DC, Trevino RA. Modeling HIV risk. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999;22:280-7.
- Kral AH, Bluthenthal RN, Lorvick J, Gee L, Bacchetti P, Edlin BR. Sexual transmission of HIV-1 among injection drug users in San Francisco, USA: risk-factor analysis. *Lancet* 2001;357:1397-401.
- Berns MPH, Laar MJW van de. Surveillance van HIV-infectie onder injecterende druggebruikers in Nederland. *Infectieziekten Bulletin* 2000;11:65-8.
- Blower S, Medley G. Epidemiology, HIV and drugs: mathematical models and data. *Br J Addict* 1992;87:371-9.
- RIVM-rapporten. Surveillance van HIV-infectie onder injecterende druggebruikers in een aantal steden in Nederland. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 1995-2001.
- Wessing LG, Toet J, Houweling H, Koedijk PM, Akker R van den, Sprenger MJW. Prevalentie en risicofactoren van HIV-infectie onder druggebruikers in Rotterdam. RIVM-rapportnr 213220001. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 1995.
- Berns MPH, Rozendaal CM van, Toet J, Snijders BM, Houweling H. Surveillance van HIV-infectie onder injecterende druggebruikers in Nederland: meting Rotterdam 1997. RIVM-rapportnr 441100007. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 1998.
- Emmons W. Accuracy of oral specimen testing for human immunodeficiency virus. *Am J Med* 1997;102(Suppl 4A):15-20.
- Akker R van den, Hoek JAR van den, Akker WMR van den, Kooy H, Vijge E, Roosendaal G, et al. Detection of HIV antibodies in saliva as a tool for epidemiological studies. *AIDS* 1992;6:953-7.
- Akker R van den. Speeksel als alternatief voor bloed bij de bepaling van HIV-antistoffen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992;136:1505-6.

- ¹⁴ Poel A van der, Barendregt C, Schouten M, Mheen D van de. De leefsituatie van gebruikers in de Rotterdamse harddrugscene (resultaten van de survey 2003). IVO-bulletin. Rotterdam: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving; 2003.
- ¹⁵ Wierdsma A, Driel H van. Verslavingszorg Rotterdam e.o. in (on)gebruik. Trends 1990-1998. Monitoring Alcohol- en Drugsgebruik. Rapportnr 14. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o.; 2000.
- ¹⁶ Hernandez-Aguado I, Avino MJ, Perez-Hoyos S, Gonzalez-Aracil J, Ruiz-Perez I, Torrella A, et al. Human immunodeficiency virus (HIV) infection in parenteral drug users: evolution of the epidemic over 10 years. Valencian Epidemiology and Prevention of HIV Disease Study Group. *Int J Epidemiol* 1999;28:335-40.
- ¹⁷ Perez Gonzalez K, Domingo-Salvany A, Hartnoll R. Prevalencia de la infeccion por el virus de la inmunodeficiencia humana y conductas de riesgo en consumidores de opioides visitados en un servicio de urgencias. *Gac Sanit* 1999;13:7-15.
- ¹⁸ Hernandez Aguado I, Santos Rubio C, Torrella Ramos A, Avino MJ, Fernandez Garcia E, Garcia de la Hera M, et al. Prevalencia de la infeccion por el virus de inmunodeficiencia humana en consumidores de drogas por via parenteral en la Comunidad Valenciana (1987-1991). *Med Clin (Barc)* 1993;100:164-7.
- ¹⁹ Hamers FF, Batter V, Downs AM, Alix J, Cazein F, Brunet JB. The HIV epidemic associated with injecting drug use in Europe: geographic and time trends. *AIDS* 1997;11:1365-74.
- ²⁰ Rezza G, de Rose A, Dorrucchi M, Arpino C, Serafini I. Declining prevalence of HIV infection among injecting drug users entering drug treatment in Italy: 1990-1991. *Eur J Epidemiol* 1993;9:663-6.
- ²¹ Nicolosi A, Leite ML, Molinari S, Musico M, Saracco A, Lazzarin A. Incidence and prevalence trends of HIV infection in intravenous drug users attending treatment centers in Milan and northern Italy, 1986-1990. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1992;5:365-73.
- ²² Serraino D, Franceschi S, Vaccher E, Diodato S, Santini GF, la Vecchia C, et al. Risk factors for human immunodeficiency virus infection in 581 intravenous drug users, northeast Italy, 1984-1988. The AIDS and Related Syndromes Study Group. *Int J Epidemiol* 1991;20:264-70.

Aanvaard op 14 april 2004

Bijlage 8 Afkortingen en definities

Afkortingen

95% BI	95% betrouwbaarheidsinterval
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIE	Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie
CSW	Commercial Sex Worker
EMC	Erasmus Medisch Centrum
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
GBA	Gemeentelijke Basis Administratie
GEP	Good Epidemiology Practice
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy
HIV	Humaan Immunodeficiëntievirus
ID	Injecterend druggebruiker
IDU	Injecting Drug User
ISIS	Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem
IVO	Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslagving
JIP	Jongeren Informatie Punt
lp	losse partner
LvH	Land van Herkomst
METC	Medisch Ethische Toetsingscommissie
MIP	bureau Migratie, Integratie en Participatie
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NTVG	Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
OAM	Overleg Aidsvoorlichting Migranten
OR	Odds Ratio
RGO	Raad Gezondheidsonderzoek
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SAN	Soa Aids Nederland
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening
SWA	Stichting Welzijn Antillianen
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
VETC	Voorlichters Eigen Taal en Cultuur
VIP	Voorlichters in de Prostitutie
vp	vaste partner
VWS	(ministerie) van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organisation

Definities

95% BI	het interval dat met 95% zekerheid de werkelijke waarde van de geschatte grootte omvat (maat voor de statistische onzekerheid van een schatting)
Condoomgebruik	consistent: altijd condooms gebruiken inconsistent: nooit of niet altijd condooms gebruiken
Etniciteit	geboorteland deelnemer of geboorteland ouders
HIV-besmetting	uitslag anti-HIV test
ID	ooit intraveneus drugs gebruikt
Migrant	deelnemer of één van beide ouders geboren in Suriname, Nederlandse Antillen/Aruba, of sub-Sahara Afrika
Mixing	seksuele contacten met personen van een andere etniciteit dan de deelnemer zelf
Prostituee	op het moment van onderzoek werkzaam zijn in de prostitutie
Odds ratio	associatiemaat, verhouding tussen twee odds, enigszins vergelijkbaar met een relatief risico
Recent spuiten	in de laatste zes maanden drugs gespoten
Recent risicogedrag	in de laatste zes maanden risicogedrag (onbeschermd seks of spuiten lenen)
Riskante seks	onbeschermd vaginale/anale seks (evt. naar vaste/losse partners)
Vaste partner	een persoon met wie de deelnemer minimaal drie maanden een relatie heeft, die zij tenminste gemiddeld één keer per week ziet en waarmee hij/zij regelmatig seksueel contact heeft. Alle andere partners zijn losse partners (mits hiervoor geen geld of goederen worden ontvangen)