

Ongeteste hoogrisicogroepen voor hiv: wie zijn ze en hoe kunnen we de testbereidheid vergroten?

Eindrapportage vouchertraject ZonMw, 204000950, 15 mei 2013

Aanvrager: Johan Osté, beleidsmedewerker Volksgezondheid Gemeente Amsterdam, betrokken bij Academische Werkplaats Sarphati Initiatief

Overige betrokkenen: Petra van Leeuwen, hoofd soapoliekliniek GGD Amsterdam; Jan van Bergen, SoaAidsNederland/huisarts Amsterdam Zuidoost; Maaïke van Veen, programmamanager GGD Amsterdam, Kees de Jong, verpleegkundige seksuele gezondheid en coördinator outreachprogramma MSM, Juan Walter, projectleider seksuele gezondheid, GGD Amsterdam; Maria Prins, AMC/GGD Amsterdam, coördinator netwerk infectieziekten van het Sarphati Initiatief; Freke Zuure, onderzoeker GGD Amsterdam en betrokken als communicatieadviseur bij het Sarphati Initiatief, Nicol Nijland, onderzoeker GGD Amsterdam, Marjolein Martens, onderzoeker GGD Amsterdam.

Onderzoeksopzet

Er is een quick scan van de literatuur uitgevoerd om inzicht te verkrijgen in bestaande literatuur m.b.t. de karakteristieken, testbarrières en testbereidheid van ongeteste hoogrisicogroepen voor hiv: mannen die seks hebben met mannen (msm) en migranten uit hiv-endemische landen. Semi-structureerde interviews zijn uitgevoerd met diverse doelgroepen om kennis te vergaren over het vergroten van de testbereidheid en de houding ten aanzien van zelf/thuistesten. Tot slot is een expertmeeting georganiseerd met community experts van migrantengroepen uit hiv endemische landen. Het doel van de expertmeeting was om kennis te delen en te vergaren m.b.t. strategieën voor laagdrempelig testen op hiv en de manier waarop interventies buiten de kliniek kunnen aansluiten op behoeftes en kenmerken van de doelgroep.

Plan van aanpak

Onderzoeksmethode:	Onderzoekspopulatie:	Planning:
1. Quick scan literatuur	MSM & migranten hiv-endemische landen	Feb 2013
2. Interviews, telefonisch/chat	Migranten, Caribisch gebied (n=4)	Mrt 2013
3. Interviews, telefonisch/chat	MSM (n=8)	Mrt 2013
4. Interviews, telefonisch/face-to-face	Migranten, Sub-Sahara landen, ongedocumenteerd (n=12)	Apr 2013
5. Expertmeeting	Community experts van migrantengroepen (n=32)	Apr 2013

Doorlopen proces

1. Quick scan literatuur: Er is gericht gezocht naar publicaties m.b.t. karakteristieken, testbarrières en testbereidheid van ongeteste hoogrisicogroepen: MSM en migranten uit hiv-endemische landen. Publicaties zijn gezocht via de databases Pubmed, Medline en Google Scholar. Bij het zoeken is gebruik gemaakt van referentielijsten van relevante publicaties (hoofdzakelijk literatuur reviews). Geraadpleegde bronnen: Wong et al., 2013; Li et al., 2012; Blas et al., 2011; Osterman et al., 2011; DeBlonde et al., 2010; Yazdanpanah et al., 2010; Manirankunda et al., 2009; Fakoya et al., 2008; Burns et al., 2008; Burns et al., 2007; Stolte et al., 2007; Mikolajczak et al., 2006; Adam et al., 2006; Boyd et al., 2005; Knussen et al., 2004; Flowers et al., 2003; Kellerman et al., 2002; Erwin et al., 2002.

2-4. Diepte-interviews: Respondenten zijn geworven via sociale media, banners op diverse websites, en via out-reach activiteiten op diverse locaties in de stad door sleutelinformanten van de GGD Amsterdam. Werving van de ongedocumenteerde personen uit Sub-Sahara Afrika verliep via stichting 'Dokters van de Wereld'. Een informed consent is afgenomen, waarin de vertrouwelijkheid en anonimiteit van het onderzoek werd benadrukt. Respondenten ontvingen een incentive van 15 euro. Het analyseproces verliep via de 'spiralizing research approach' (Berg, 2007) en de principes van Grounded Theorie (Holloway & Wheeler, 2004).

5. Expertmeeting: Community experts van migrantengroepen uit diverse organisaties hebben deelgenomen aan de expertmeeting. Tijdens de 30 minuten durende expertmeeting is een trial gepresenteerd naar zelftesten voor hiv in combinatie met internet counseling gericht op ongeteste hoogrisicogroepen. De community experts zijn bevraagd naar de karakteristieken van ongeteste hoogrisicogroepen en naar hoe deze groepen te bereiken zijn (input mediacampagne).

Deelnemende organisaties: Voice of Naija, Prodo Pikin, Rwanda Ned Tubane, Vrouwen aan het Woord, St. GAM, ACA biso na biso, MamaWatoto, ProFor, Vice Versa, Godiya, SAN, SOMVAO, Secret Garden, Nedas, Double 7 FM, Amansie, Wadata.

Kosten van het project

Kosten*:	Toelichting:
€10.640	Uren onderzoeker 160 uur verdeeld over de maanden februari tot en met mei
€480	Incentives van 15 euro per deelnemer van de interviews (n=32)

*Toelichting: vergoeding ZonMw €10.000, overige kosten voor rekening van GGD Amsterdam

Resultaten

Karakteristieken ongeteste hoogrisicogroepen

MSM

Uit onderzoek van Stolte et al. (2007) blijkt dat 32% (384/1201) van de onderzoekspopulatie MSM in Nederland niet op de hoogte is van zijn hiv status (omdat men heeft zich nog nooit heeft laten testen op hiv). Het niet op de hoogte zijn van de hiv status (en daarmee het niet testen op hiv) is gerelateerd aan de volgende persoonskenmerken: leeftijd < 30 jaar; leeftijd > 49 jaar, Nederlandse nationaliteit, ongediagnosticeerde syfilis, moe van "veilige seks"-boodschappen. Kanttekening bij dit onderzoek is, dat de onderzoekspopulatie wel naar de soa-poli is gekomen om te testen op soa (ze hebben daar geweigerd om te testen op hiv). Wij zijn binnen dit onderzoek op zoek naar ongeteste hoogrisicogroepen die schromen om naar de soa-poli of huisarts te gaan. De gegevens uit een online survey uitgevoerd door Mikolajczak et al. (2006) onder MSM geworven via veelgebruikte website, geven mogelijk wel een beeld van de doelgroep die zich niet via reguliere kanalen laat testen. Deze studie vermeldt de volgende karakteristieken voor de hoogrisicogroep MSM in Nederland (n=1627): gemiddelde leeftijd van 33 jaar (range: 14-76 jaar); 78% homoseksueel; 22% biseksueel; 52% laag opgeleid, 90% Nederlandse afkomst; 56% onveilige seks (risicogroep), waarvan 31% met willekeurige partners.

Migrantenpopulatie uit Sub-Sahara landen

Een studie van Manirankunda et al. (2009) geeft inzicht in de karakteristieken van migrantenpopulatie uit Sub-Sahara landen (o.a. Congo, Ghana, Nigeria, Oost-Afrika) in België (n=69). De volgende karakteristieken worden genoemd: 42% protestant; 42% single; 33% financiële steun van overheid; 76% laag opgeleid; 57% voor zorg verzekerd. Er zijn vooralsnog geen Nederlandse gegevens beschikbaar. Bij de groep ongedocumenteerde migranten die wij hebben geïnterviewd (n=12, 5 vrouwen en 7 mannen) was de gemiddelde leeftijd 39 jaar (range: 25-55 jaar). Landen van herkomst waren: Nigeria, Ghana, Liberia, Kameroen, Uganda en Siëra Leone. Alle ondervraagde ongedocumenteerde respondenten zijn ooit op soa en hiv getest, als onderdeel van een asielprocedure.

Testbarrières ongeteste hoogrisicogroepen

De resultaten uit de literatuur (zie geraadpleegde bronnen op voorgaande pagina) en de resultaten van de interviews laten zien dat de redenen van ongeteste hoogrisicogroepen, zowel MSM als migranten uit hiv-endemische landen, om niet te testen overeenkomen. Onder beide groepen vormt angst voor een positieve uitslag de grootste drempel. Men heeft **angst voor de gezondheidsconsequenties van een positieve uitslag**. Men is onzeker of men de uitslag mentaal wel aan kan. Daarnaast bestaat er **angst voor de sociale gevolgen**, zoals angst om de baan te verliezen en angst over hoe mensen zullen reageren (afwijzend) als ze weten dat men besmet is. Als drempel om te testen bij de huisarts werd genoemd: "Mijn hele familie gaat daar naartoe, dus dat vind ik niet zo fijn". Vertrouwelijkheid speelt een hele belangrijke rol. Er heerst toch enige angst dat het testresultaat mogelijk uitlekt. Als drempel om te testen bij de soa-poli werd genoemd: "Omdat je bang bent dat je iemand tegen komt die je kent, dat wil je niet".

Bij de migrantengroep werpt **stigma** een grote drempel op om te testen op hiv. Ook spelen **culturele factoren** een rol; bij de migrantengroep heerst **geen traditie van preventief gezondheidsbevorderend gedrag**. Men gaat vaak te laat naar een arts. Daarnaast is er een **gebrek aan informatie**. Zo weet men vaak niet waar men zich kan laten testen op hiv en is er weinig kennis over de voordelen van testen op hiv en de goede behandelmogelijkheden. **De moeilijke toegang tot zorg** in verband met beperkte financiële middelen vormt ook een belangrijke barrière om te testen voor ongedocumenteerde migranten.

Onder zowel MSM als migranten blijkt een **lage risicoperceptie** tevens een belangrijke rol te spelen in het niet testen op hiv. Men is ervan overtuigd dat geen risico heeft gelopen: "Ik denk dat ik het veilig genoeg doe". Onder de migrantengroep blijken de volgende factoren samen te hangen met een lage risicoperceptie: getrouwd zijn, een vaste partner hebben, een jongere of seksueel onervaren partner hebben, en vertrouwen in partner. Overige barrières die naar voren kwamen, waren: 'geen zin of tijd hebben om naar een testlocatie te gaan' en 'angst voor naalden'.

Vergroten van de testbereidheid van ongeteste hoogrisicogroepen

Zowel uit de literatuur (Stutterheim et al., 2011) als uit de diepte-interviews is gebleken dat stigma nog steeds een zeer grote rol speelt in de keuze om niet te testen. Om de testbereidheid te bevorderen onder ongeteste hoogrisicogroepen staat daarom het **vergroten van anonimiteit en vertrouwelijkheid** voorop. Om anonimiteit te vergroten, kan worden gedacht aan een zelf/thuistest. Er

blijkt veel vraag naar te zijn (Grispen et al., 2011) en er wordt ook steeds meer aandacht aan besteed, ook vanuit beleidsperspectief (Napierala Mavedzenge et al., 2013).¹ Uit de resultaten van de interviews en de expertmeeting blijkt dat men positief staat tegen over het gebruik van zelf/thuistesten. Het zelf/thuistesten wordt als drempelverlagend gezien: “Anoniem is het grootste voordeel”; “Ik denk dat dan veel meer mensen het durven te gaan doen; als je naar de huisarts gaat, dan heb je toch een soort schaamte”; “Als de mogelijkheid er is om een zelf een test te kopen, dan zou ik het liever thuis doen natuurlijk. Dan weet je gelijk de uitslag en dan hoeft de buitenwereld er ook niets van te weten.” Met name de speekseltest werd als laagdrempelig beschouwd en hiermee wordt ook **angst weggenomen**: “Sommige mensen zijn bang voor naalden, ik ook. Je hoeft niet te prikken en het is een makkelijke test om uit te voeren”. Andere bevorderende factoren voor testen zijn: **testen routine maken in de gezondheidszorg** en **kennis over hiv en aids vergroten**. De invoering van het opt-out systeem voor hiv-testen op soa-poliklinieken heeft geleid tot een toename van testuptake (Van Veen, 2010; Heijman, 2009). Daarnaast is getracht om het vanzelfsprekend te maken dat iedereen zijn hiv-status weet. Door Schorer is voor MSM de norm opgesteld om jaarlijks te testen op hiv. Kennis over hiv is een belangrijke voorwaarde om een inschatting te kunnen maken van het eigen gedrag, het gelopen risico en om een weloverwogen besluit te kunnen nemen om wel of niet te gaan testen. Migranten hebben in Nederland kennis over hiv vergaard via voorlichting door kerk of hulpverleningsinstantie en door radio- en tv programma’s en via het internet. Een door de Ghanese gemeenschap veel bekeken tv-programma zendt een soap uit (Sauto 2), waarin het thema seksuele gezondheid wordt behandeld. Ook wordt steeds meer kennis overgedragen via dans en theater.

Vervolg naar aanleiding van de resultaten

De resultaten van dit onderzoek zullen worden vertaald naar adviezen ten aanzien het huidige testbeleid en de huidige testfaciliteiten en zullen worden benut om beleidskeuzes te onderbouwen en toekomstige projecten die een actiever hiv-test beleid beogen te initiëren van input te voorzien (o.a. een project via huisartsen in Amsterdam Zuidoost en hivthuisstest project). Via de nieuwsbrief en website van het Sarphati Initiatief en publicaties (o.a. SoaAidsMagazine) worden de resultaten breed kenbaar gemaakt voor beleids- en praktijkprofessionals.

Terugblik op het proces

De combinatie van literatuuronderzoek, diepte-interviews en een expertmeeting heeft resultaten vanuit verschillende invalshoeken opgeleverd. Uit de literatuur is gebleken dat er al veel bekend is over testbarrières onder MSM en migranten. Het was echter niet altijd duidelijk te achterhalen wat de kenmerken waren van personen die zich niet via reguliere kanalen laten testen. Ook bij de werving van respondenten voor interviews was het moeilijk om deze doelgroep te bereiken. De expertmeeting was daarvoor waardevol, omdat we via community experts input hebben verkregen over hoe we de testbereidheid van de migrantenpopulatie konden vergroten. De eerste stap daarvoor is goodwill creëren bij community leiders en om via hen de doelgroep te bereiken en zo de testbereidheid te vergroten en voor verder onderzoek.

Referenties

- Adam PCG, & de Wit JBF. A concise overview of barriers and facilitators of HIV testing. Directions for future research and interventions. *HIV medicine* 2006;9(2):20-22.
- Berg B. Qualitative research methods for the social sciences. Boston: Allyn & Bacon, 2007.
- Blas MM, Alva IE, Cabello R, Carcamo C, Kurth AE. Risk behaviors and reasons for not getting tested for HIV among men who have sex with men: an online survey in Peru. *PLoS One* 2011;6(11):e27334.
- Boyd AE, Murad S, O'Shea S, et al. Ethnic differences in stage of presentation of adults newly diagnosed with HIV-1 infection in south London. *HIV Med* 2005;6:59-65.
- Burns FM, Johnson AM, Nazroo J, et al. on behalf of the SONHIA Collaboration Group. Missed opportunities for earlier HIV diagnosis within primary and secondary healthcare settings in the UK. *AIDS* 2008;22:115-22.
- Burns FM, Imrie J, Nazroo JY, et al. Why the(y) wait? Key informant understandings of factors contributing to late presentation and poor utilization of HIV health and social care services by African migrants in Britain. *AIDS Care* 2007;19:102-8.
- Deblonde J, De Koker P, Hamers FF, Fontaine J, Luchters S, Temmerman M. Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. *Eur J Public Health* 2010;20(4):422-32.
- Erwin J, Morgan M, Britten N, et al. Pathways to HIV testing and care by black African and white patients in London. *Sex Transm Infect* 2002;78:37-9.
- Fakoya I, Reynolds R, Caswell G, Shiripinda I. Barriers to HIV testing for migrant black Africans in Western Europe. *HIV Med.* 2008;9(Suppl 2):23-5.
- Flowers P, Duncan B, Knussen C. Re-appraising HIV testing: an exploration of the psychosocial costs and benefits associated with learning one's HIV status in a purposive sample of Scottish gay men. *Br J Health Psychol* 2003;8:179-94.
- Grispen JE, Ronda G, Dinant GJ, de Vries NK, van der Weijden T. To test or not to test: a cross-sectional survey of the psychosocial determinants of self-testing for cholesterol, glucose, and HIV. *BMC Public Health* 2011;11:112.
- Heijman T, Stolte I, Thiebrummel H, et al. Opting out increases HIV testing in a large STI outpatient clinic. *Sex Transm Infect* 2009;85:249-55.
- Holloway I, & Wheeler S. *Qualitative Research in Nursing*. 2nd edition. Oxford: Blackwell Science Publishing Ltd, 2004.
- Kellerman SE, Lehman JS, Lansky A, Stevens MR, Hecht FM, Bindman AB, Wortley PM. HIV testing within at-risk populations in the United States and reasons for seeking or avoiding HIV testing. *Journal of acquired Immune Deficiency Syndromes* 2002;31(2):202-210.
- Knussen C, Flowers P, Church S. The intentions of gay men in taking an HIV test. *Cult Health Sex* 2004;6:45-59.
- Li X, Lu H, Raymond HF, Sun Y, Jia Y, He X, Fan S, Shao Y, McFarland W, Xiao Y, Ruan Y.
- Untested and undiagnosed: barriers to HIV testing among men who have sex with men, Beijing, China. *Sex Transm Infect* 2012;88(3):187-93.
- Manirankunda L, Loos J, Alou TA, Colebunders R, Nöstlinger C. "It's better not to know": perceived barriers to HIV voluntary counseling and testing among sub-Saharan African migrants in Belgium. *AIDS Educ Prev* 2009;21(6):582-93.
- Mikolajczak J, Hospers HJ, Kok G. Reasons for not taking an HIV-test among untested men who have sex with men: An internet study. *AIDS Behav* 2006;10:431-5.
- Napierala Mavedzenge S, Baggaley R, Corbett EL. A Review of Self-Testing for HIV: Research and Policy Priorities in a New Era of HIV Prevention. *Clin Infect Dis* 2013.
- Ostermann J, Reddy EA, Shorter MM, Muiruri C, Mtalo A, Itemba DK, Njau B, Bartlett JA, Crump JA, Thielman NM. Who tests, who doesn't, and why? Uptake of mobile HIV counseling and testing in the Kilimanjaro Region of Tanzania. *PLoS One* 2011;6(1):e16488.
- Stolte IG, de Wit JB, Kolader ME, et al. Low HIV-testing rates among younger high risk homosexual men in Amsterdam. *Sex Transm Infect* 2007;83:387-91.
- Stutterheim, SE, Bos AER, van Kesteren NMC, Shiripinda I, Pryor JB, de Bruin M, Schaalma HP. Beliefs contributing to HIV-related stigma in African and Afro-Caribbean communities in the Netherlands. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 2011;22(2).
- Van Veen MG. HIV & STI epidemiology in high-risk populations in the Netherlands. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2010.
- Wong LP. Multi-ethnic perspective of uptake of HIV testing and HIV-related stigma: A cross-sectional population-based study. *AIDS Care* 2013.
- Yazdanpanah Y, Lange J, Gerstoft J, Cairns G. Earlier testing for HIV-how do we prevent late presentation? *Antivir Ther* 2010;15 Suppl 1:17-24.