

## HOOFDSTUK 7

### TESTEN OP HIV EN SOA BIJ MSM

Maaïke Goeneë, Charles Picavet en Bouko Bakker

#### 7.1 Inleiding

Het beleid ten aanzien van het testen op hiv is het afgelopen decennium sterk veranderd. Eind jaren 80 was het officiële beleid ten aanzien van testen nog erg afhoudend. In principe vond men het tot die tijd niet nodig om te testen tenzij er klachten waren. Bij afwezigheid van effectieve behandeling voor hiv en hiv-gerelateerde klachten was het idee dat kennis van de eigen hiv-status alleen maar tot onzekerheid kon leiden, zonder enig ander voordeel. De introductie van combinatietherapieën in 1996 bracht hier verandering in. Vanaf die tijd gingen er stemmen op om actiever testbeleid te voeren (Van Kerkhof, 1999). Dit betekende dat risicogroepen, met name mannen die wisselende seksuele contacten met mannen hadden, steeds krachtiger werd aangeraden om zich regelmatig te laten testen. Eerst ging het om jaarlijks testen. Later werd dat ieder half jaar en sinds kort adviseert Soa Aids Nederland dat MSM met een verhoogd risico zich iedere drie tot zes maanden laten testen, zowel op hiv als andere soa. Hiv-positieve mannen krijgen al langer het advies zich iedere drie maanden op soa te laten controleren (Soa Aids Nederland, 2013a).

Pas de laatste jaren weten we zeker dat niet alleen de patiënt zelf baat heeft bij vroegtijdig behandelen, maar ook dat hierdoor hiv-transmissie voorkomen kan worden (Cohen et al., 2011). Een onbekende en onbehandelde hiv-infectie is makkelijker overdraagbaar, zeker wanneer het een acute hiv-infectie betreft. Naast regelmatig testen wordt vroegtijdige behandeling inmiddels dan ook gezien als strategie om de verdere overdracht van hiv te voorkomen. Deze *treatment as prevention* strategie kan een grote meerwaarde hebben voor de collectieve preventie (Cohen et al., 2011; Das et al., 2010; Montaner et al., 2010).

De meeste nieuwe hiv-infecties onder MSM worden veroorzaakt door mannen die niet weten dat zij geïnfecteerd zijn met hiv (Bezemer et al.,

2010). Naar schatting zijn ongeveer 14.000 MSM met hiv geïnfecteerd, waarvan 25-29% niet gediagnostiseerd en gekoppeld aan zorg (Van Sighem et al, 2013). Van de MSM die meededen in de laatste Schorer Monitor (Van Empelen, Van Berkel, Roos, & Zuilhof, 2011) had 22% zich nooit laten testen op hiv en meer dan de helft liet zich niet in het voorgaande jaar testen. In de Europese studie onder Nederlandse MSM had 21% zich nooit en 38% zich niet in het voorgaande jaar laten testen (The EMIS Network, 2013). De mannen die zich nooit laten testen op hiv lijken zich op een aantal punten te onderscheiden van de mannen die dit wel doen. Ten eerste zijn niet-geteste mannen vaak iets jonger, lager opgeleid en wonen in relatief kleinere woonplaatsen. Ten tweede zijn niet-geteste mannen minder open over hun homo- dan wel biseksuele voorkeur. Ten derde zijn niet-geteste mannen qua zelfprofilering vaker gericht op intimiteit en geborgenheid, bezoeken minder vaak sekslocaties, gebruiken minder vaak drugs en hebben een lagere seksuele tevredenheid. Deze mannen vertonen ook minder seksueel risicogedrag (Van Empelen et al., 2011).

Barrières voor hiv-testen doen zich op meerdere niveaus voor. Deblonde et al. (2010) onderscheidt het individuele niveau (een lage risicoperceptie, angst voor hiv, angst voor *disclosure*, beperkte toegang tot zorg), het niveau van de zorgverlener (risicogedrag en hiv niet ter sprake brengen en hiv-testen niet pro-actief aanbieden of patiënten doorverwijzen voor een hiv-test naar een andere instantie) en barrières op het structurele niveau (beleid, financiering). Een studie uit Schotland onder MSM laat zien dat na invoering van actiever testbeleid een aantal belemmeringen hardnekkig blijven, te weten: angst voor een positieve test, normen ten aanzien van hiv-testgedrag, ervaren voordelen van het hiv-testen niet zien en de negatieve attitude van hiv-negatieve en niet-geteste mannen ten aanzien van seks met hiv-positieve partners (Flowers, Knussen, Li, & McDaid, 2013). Ook uit de literatuurrivier van Smit (2012) naar hiv-gerelateerd stigma, blijkt dat negatieve sociale consequenties en discriminatie voor sommige mannen redenen zijn om zich niet te laten testen op hiv en af te zien van behandeling. Daarnaast worden bepaalde symptomen van seroconversie zowel door de patiënten als de gezondheidsprofessionals niet al zodanig herkend. Hierdoor kunnen hiv-positieven te laat in zorg komen voor behandeling van hun hiv-infectie (Sudarshi et al., 2008; Sullivan, Curtis, Sabin, & Johnson, 2005).

In 2011 had 76% van de MSM in de Schorer Monitor zich ooit laten testen op soa. De helft was in het voorgaande jaar nog getest, waarvan 40% in het voorgaande half jaar. Hiv-negatieve mannen die het halfjaarlijks testadvies opvolgen zijn vaker hoogopgeleid, alleenstaand, zoeker van seksdates via het internet, veel uren online, bezoeker van sekslocaties en regelmatig gebruiker van drugs (Van Empelen et al., 2011).

Traditioneel worden hiv- en soa-testen uitgevoerd door huisartsen of op soa-poliklinieken van GGD'en of ziekenhuizen. Van recenter datum is de mogelijkheid om een hiv- en soa-test online aan te vragen via TestLab van MantotMan. Deze voorziening is inmiddels operationeel in verschillende regio's (Soa Aids Nederland, 2013c). Daarnaast zijn er tal van zelftesten te koop via internet voor zowel soa als hiv. Soa Aids Nederland adviseert echter dat het beter is om naar de huisarts of GGD te gaan, omdat deze zelftesten van wisselende kwaliteit zijn, vaak minder betrouwbaar dan laboratoriumtests en omdat de bijgaande informatie meestal summier is (Pars & Van Bergen, 2013). Er worden ook andere methoden ontwikkeld om jezelf te kunnen testen op hiv. Zo is het inmiddels mogelijk om met behulp van een smartphone te testen of het hiv-virus in het bloed te vinden is (Mudanyali et al., 2012, Wang et al., 2014). Deze methode is alleen nog niet commercieel beschikbaar in Nederland.

Tegen verschillende virale soa zijn of worden vaccins ontwikkeld. Al sinds eind jaren 90 worden mensen die hoog risico lopen op een infectie met Hepatitis B gratis gevaccineerd. Hiertoe behoren ook MSM. Dit programma is succesvol en heeft geleid tot een reductie van het aantal nieuwe gevallen van hepatitis B (Van Rijckevorsel et al., 2013). Van de MSM uit de Schorer Monitor was bij 10% ooit Hepatitis B vastgesteld. Van de respondenten bij wie dit niet was vastgesteld, was 61% volledig gevaccineerd, 9% (nog) niet volledig en 30% was niet gevaccineerd (Van Empelen et al., 2011). In de EMIS studie had 59% van de Nederlandse MSM een volledige vaccinatie ontvangen (The EMIS Network, 2013). Voor hiv is er nog geen vaccin op de markt. Wel kan het risico op hiv-transmissie verkleint worden door medicatie voor of na een incident (gescheurd condoom) of onbeschermd seks. Dit wordt post-expositie profylaxe (PEP) genoemd als het incident al heeft plaatsgevonden en pre-expositie profylaxe (PrEP) wanneer het preventief wordt gebruikt. Van de MSM met een negatieve of onbekende hiv-status uit de Schorer Monitor wist 47%

zeker wat met PEP bedoeld werd en 19% enigszins. Ondanks dat PrEP goede perspectieven biedt voor hiv-preventie, is de benodigde medicatie in Nederland nog niet geregistreerd voor deze toepassing. Volgens de SeksHAG, NHG huisartsen gespecialiseerd in seksuele gezondheid, is bijvoorbeeld te weinig bekend over de effectiviteit van PrEP om het in Nederland in te voeren (Boeke & Heijnen, 2013). Binnen de Amsterdam Cohort Studie (ACS) van GGD Amsterdam onder homo- en biseksuele mannen (ook aangeduid met het 'homocohort') is gekeken naar de bekendheid met PrEP en bereidheid om PrEP te gaan gebruiken als dit op de markt zou worden gebracht (Bil, Davidovich, Van der Veldt, & Stolte, 2013). Van de hiv-negatieve MSM in deze studie was meer dan de helft (54%) bekend met PrEP, maar slechts 9% had de intentie op PrEP in de toekomst te gaan gebruiken. Vooral mannen met een hiv-positieve of niet-geteste partner en laag opgeleide mannen waren van plan om PrEP te gebruiken. Seksueel risico gedrag hing niet samen met deze intentie, wat suggereert dat juist de mannen voor wie het gebruik van PrEP van belang kan zijn, hier geen interesse in hebben.

In dit hoofdstuk worden de volgende vragen beantwoord:

- Wat is het percentage MSM dat zich heeft laten testen op hiv en andere soa dan hiv en hoe vaak gebeurt dit?
- Waar hebben MSM zich voor het laatst laten testen?
- Bij hoeveel MSM is hiv en/of een andere soa dan hiv vastgesteld?
- In hoeverre doen MSM aan partnerwaarschuwing wanneer hiv en/of soa is vastgesteld?
- Wat zijn redenen voor MSM om zich niet regelmatig te laten testen?
- Met welke factoren hangt het testen op hiv en soa in het afgelopen jaar samen?
- Hebben MSM de intentie om zich in de toekomst regelmatig te laten testen en waar zouden zij dit het liefst doen?
- Welk percentage MSM is gevaccineerd voor Hepatitis B?
- In hoeverre zijn MSM bekend met PEP, PrEP en de symptomen van een primo-infectie?

## 7.2 Methode

### Steekproef

In hoofdstuk 1 zijn de procedure en de steekproef beschreven. Voor de analyses omtrent het testgedrag van MSM (hiv-test, soa-test, partnerwaarschuwing, intentie tot testen, Hepatitis B-vaccinatie, bekendheid met PEP en PrEP, primo-infecties) zijn uit de LHB panel steekproef de homo- en biseksuele mannen geselecteerd die in de afgelopen 6 maanden seks hadden met (tenminste) één mannelijke partner (N=883; 57% van alle homo- en biseksuele mannen). Hiervoor is gekozen, omdat het van belang is om dit gedrag te beschrijven voor een groep die niet op grond van seksueel gedrag is geworven. In hoofdstuk 5 is een overzicht te vinden van de demografische kenmerken van deze steekproef.

Om de power te vergroten zijn voor de regressie analyses naar de factoren die samenhangen met het al dan niet testen op hiv en soa in het afgelopen jaar naast de MSM uit de LHB panel steekproef (N=883) ook de MSM uit de aanvullend geworven steekproef meegenomen (N=1025). Voor het onderzoeken van samenhangen is het minder van belang dat de steekproef zo aselekt mogelijk geworven is.

### Meetinstrument

Voor deze survey is een breed scala aan seksuele gezondheidsconcepten nagevraagd. Voor dit hoofdstuk zijn de volgende concepten meegenomen:

*Testgedrag hiv- en soa-infecties.* Het testgedrag op hiv en soa is apart uitgevraagd. Hiervoor werden wel grotendeels dezelfde vragen gesteld, waarbij het woordje 'hiv' steeds werd vervangen door 'een andere soa dan hiv'. Allereerst werd gevraagd of de respondenten zich ooit hadden laten testen op hiv/een andere soa dan hiv (1=ja, 2=nee). Indien respondenten zich ooit hadden laten testen is gevraagd wanneer ze zich voor het laatst hadden laten testen (1=minder dan 3 maanden geleden, 4=langer dan 1 jaar geleden), waar ze dit hadden gedaan en of er ooit hiv en/of een andere soa was vastgesteld. Indien er ooit een andere soa dan hiv was vastgesteld, is gevraagd welke soa er in het afgelopen jaar waren gevonden. Met een open vraag is nagegaan hoe vaak men zich had laten testen in de afgelopen 12 maanden. Respondenten die zich niet of niet in het afgelopen jaar hadden laten testen, is gevraagd naar de reden

daarvoor (bijvoorbeeld: 'Omdat ik bang ben voor een vervelende uitslag'). Aan mannen met een positieve hiv-diagnose is gevraagd hoeveel tijd er zat tussen de laatste hiv-negatieve test en de positieve test, of ze ooit waren onderzocht op hepatitis C en of hepatitis C ooit bij hen is vastgesteld.

*Partnerwaarschuwing* werd nagegaan bij de mannen bij wie ooit hiv en/of een andere soa dan hiv werd vastgesteld met de vraag 'Toen u een soa bleek te hebben, heeft u toen uw sekspartners(s) gewaarschuwd?' (1=nee, geen van de partners, 2=sommige partners, 3=alle partners). Diegenen die sommige of alle partners hadden gewaarschuwd is gevraagd naar de wijze waarop ze deze partners hebben geïnformeerd (bijvoorbeeld: 'Deze sekspartner(s) zijn door een sociaal verloskundige gewaarschuwd').

*Intentie tot testen.* Alle MSM kregen de vraag of ze van plan waren zich in de toekomst elk half jaar te laten testen op andere soa dan hiv (1=zeker niet, 5=zeker wel). De hiv-negatieve MSM kregen dezelfde vraag voor het testen op hiv en hen werd ook gevraagd waar ze zich het liefst zouden laten testen op hiv (bijvoorbeeld: 'Via Test Lab op MantotMan.nl').

*Hepatitis B vaccinatie.* MSM kregen allereerst de vraag of er ooit bij hen hepatitis B was vastgesteld (1=ja, 2=nee). Vervolgens konden ze aangeven of ze ooit gevaccineerd waren tegen hepatitis B (1=nee, 2=ja, maar (nog) niet volledig, 3=ja, volledig). Diegenen die niet waren gevaccineerd werd gevraagd of ze wel wisten dat ze zich in Nederland gratis konden laten vaccineren (1=ja, 2=nee).

*Bekendheid met PEP.* MSM is gevraagd of ze bekend waren met PEP (1=nee, 2=ja, maar nooit mee behandeld, 3=ja en ooit mee behandeld) en hoe ze bekend waren geraakt met PEP (bijvoorbeeld 'Iemand met wie ik ooit onveilige seks heb gehad, heeft mij gewezen op PEP'). Mannen die ooit behandeld waren met PEP kregen vier stellingen voorgelegd (bijvoorbeeld 'Het was makkelijk om te weten te komen waar je PEP kon krijgen'). Deze stellingen konden op een 5-puntsschaal beantwoord worden (1=helemaal mee eens, 5=helemaal niet mee eens).

*PrEP.* De bekendheid met PrEP is nagegaan met de vraag: 'Bent u bekend met het idee om hiv-medicatie preventief aan te bieden aan personen die risicolopen, om de kans op een hiv-infectie te verkleinen?' Vervolgens

werd gevraagd wat ze van het idee vonden (1=zeer onwenselijk, 5=zeer wenselijk) en of zijzelf overwogen om PrEP te gebruiken indien ze dit aangeboden kregen (1=zeker niet, 5=zeker wel).

*Herkennen van primo-infecties* is gevraagd aan hiv-negatieve en niet-geteste MSM met de vraag: ‘Als u griepverschijnselen heeft (zoals koorts, opgezette klieren, huiduitslag, pijnlijke keel, diarree en nachtelijk zweten), denkt u er dan wel eens aan dat dit kan wijze op een acute hiv-infectie?’.

### 7.3 Resultaten

#### Testen op hiv

Zes op de tien MSM gaf aan ooit op hiv te zijn getest. Iets meer dan een kwart (26%) deed dit in het afgelopen jaar, waarvan 16% in de afgelopen 6 maanden. Bijna 1 op de 10 (9%) MSM liet zich in de voorgaande 12 maanden minstens 2 keer op hiv testen. Van degenen die ooit zijn getest (N=545), rapporteert 93% een hiv-negatieve status en 7% een hiv-positieve status (4% van alle MSM is hiv-positief). Dertien mannen wilden de uitslag van de laatste hiv-test niet geven en drie mannen zeggen wel te zijn getest, maar hun status (nog) niet te weten. Van de mannen met een hiv-negatieve uitslag is de meerderheid (57%) langer dan een 1 jaar geleden getest, 19% tussen de 6 en 12 maanden geleden en 25% in het afgelopen half jaar.

**Tabel 7.1.** Locaties waar MSM zich de laatste keer op hiv hebben laten testen (%)

	N=545
Via de huisarts	34,9
Via de soa-polikliniek van een GGD	37,2
Via de soa-polikliniek van een ziekenhuis	17,2
Via Out of the closet	0,3
Via Testlab op MantotMan.nl	1,8
Via een thuisstest, gekocht op internet of drogist	0,6
Via bloedbank/bloeddonatie	0,8
Andere locatie	7,1

In Tabel 7.1 zijn de locaties weergegeven waar MSM zich voor het laatst lieten testen weergegeven. De meeste mannen werden getest door de

## HOOFDSTUK 7

huisarts of bij soa-poliklinieken van een GGD of ziekenhuis. Bij de andere locaties werd bijvoorbeeld het ziekenhuis (niet soa-poli) genoemd waar MSM tijdens reguliere onderzoeken worden getest op hiv of men had zich laten testen in verband met een verzekering. Degenen die zich niet op hiv hebben laten testen in het afgelopen half jaar (74%) gaven daarvoor verschillende redenen (Tabel 7.2). De drie meest genoemde redenen waren: 1) geen enkel risico gelopen, 2) geen lichamelijke klachten hebben en 3) het komt er niet van.

**Tabel 7.2.** Redenen waarom MSM zich in het afgelopen jaar niet op hiv laten testen (%)

	N=626
Omdat het er niet van komt	19,4
Omdat ik geen (enkel) risico heb gelopen	72,2
Omdat ik nooit klachten heb	23,2
Omdat ik bang ben voor medisch onderzoek of prikken	2,8
Omdat ik bang ben voor een vervelende uitslag	4,9
Omdat ik niet met anderen over mijn seksleven wil praten	4,6
Door kosten of financiële gevolgen	1,5
Omdat ik niet weet waar ik mij kan laten testen	2,0
Een andere reden	1,4

N.B. Respondenten konden meerdere antwoorden geven

Om na te gaan welke factoren samenhangen met het al dan niet testen op hiv in het afgelopen jaar, is een binaire logistische regressie analyse uitgevoerd. Voor deze analyses zijn zowel MSM uit de LHB panel steekproef (N=833) als MSM uit de aanvullend geworven steekproef (N=1025) geïnccludeerd. Alleen hiv-positieve MSM niet meegenomen in de analyses, omdat het onbekend was welke MSM hun hiv-positieve status in het afgelopen jaar te horen kregen.

Met behulp van bivariate en multivariate regressie analyses is nagegaan of leeftijd, opleiding, seksuele oriëntatie, relatiestatus, zichtbaarheid van de seksuele oriëntatie, psychische gezondheid, eigenwaarde, lichamelijke gezondheid, spanning zoeken, positieve seksbeleving, aantal sekspartners, onbeschermd seks met losse partners, sociale norm ten aanzien van testen en attitude ten aanzien van testen samenhangen met het testen op hiv in het afgelopen jaar. Voor een beschrijving van de concepten die in deze analyses zijn meegenomen zie bijlage 3.



In Tabel 7.3 zijn zowel de uitkomsten van bivariate analyses als een multivariate analyse weergegeven. In de bivariate analyse is te zien welk van de factoren afzonderlijk van elkaar met de uitkomstmaat samenhangt. Dit levert vooral informatie op over risicogroepen. Met behulp van de multivariate analyse kunnen we zien welk van deze factoren er overblijven na controle voor elkaar. Het toont als het ware welke factor het sterkst of meest proximaal met de uitkomstmaat samenhangt.

MSM die zich in het afgelopen jaar op hiv hebben laten testen onderscheiden zich door een aantal kenmerken. Op lichamelijke gezondheid, eigenwaarde en opleidingsniveau na hingen alle onderzochte factoren bivariaat samen met testgedrag. In de multivariate analyse bleken de sociale norm en een positieve attitude ten aanzien van testen het sterkst samen te hangen met het testen op hiv in het afgelopen half jaar. In totaal verklaarden de variabelen in het model 32% van het testen op hiv in het afgelopen jaar.

Van de niet-geteste MSM en de MSM met een hiv-negatieve status (N=825) was een klein deel (14%) van plan zich in de toekomst elk half jaar op hiv te laten testen. Diegenen die zich het afgelopen jaar lieten testen, waren ook vaker van plan dit in de toekomst te doen dan diegenen die dit niet hadden gedaan (46% versus 4%;  $\chi^2(1, N=825) = 236,94, p < .001$ , Cramer's  $V = .51$ ). Op de vraag waar men zich dan elk jaar het liefst zou willen laten testen antwoordde 53% een soa-poli van de GGD of ziekenhuis, 33% bij de huisarts, 10% via een thuistest (verkregen via het internet), 3% via het testlab MantotMan. Drie mannen noemden *Out of the Closet* en veertien mannen een andere locatie zoals de sauna, het 'homocohort' van GGD Amsterdam, of de locatie maakte niet uit als het maar een anonieme en makkelijke plek is om te testen.

**Tabel 7.3.** Factoren die samenhangen met testen op hiv in het afgelopen jaar (N=1754)

	Bivariaat		Multivariaat	
	OR (95% CI)		OR (95% CI)	
Biseksuele oriëntatie (vergeleken met homo)	0.61 (0.49 - 0.76)	***	0.82 (0.60 - 1.11)	
Leeftijd (in jaren)	0.99 (0.98 - 0.99)	***	0.99 (0.98 - 1.00)	**
Hoog opleidingsniveau	1.03 (0.85 - 1.24)		1.17 (0.92 - 1.48)	
Heeft vaste relatie	0.55 (0.46 - 0.67)	***	0.83 (0.65 - 1.06)	
Zichtbaarheid	1.42 (1.26 - 1.59)	***	1.23 (1.05 - 1.44)	*
Psychische gezondheid	0.78 (0.69 - 0.89)	***	0.86 (0.69 - 1.06)	
Eigenwaarde	0.96 (0.83 - 1.10)		0.95 (0.76 - 1.20)	
Lichamelijke gezondheid	1.11 (0.97 - 1.27)		0.99 (0.83 - 1.18)	
Spanning zoeken	1.56 (1.35 - 1.80)	***	0.96 (0.79 - 1.16)	
Positieve seksbeleving	1.35 (1.15 - 1.58)	***	1.11 (0.89 - 1.38)	
Aantal sekspartners <sup>1</sup>	1.27 (1.23 - 1.31)	***	1.23 (1.18 - 1.29)	***
Onbeschermd seks met losse partners	2.45 (1.96 - 3.06)	***	1.03 (0.77 - 1.38)	
Positieve sociale norm t.a.v. testen	2.58 (2.29 - 2.90)	***	1.75 (1.51 - 2.02)	***
Positieve attitude t.a.v. testen	2.90 (2.46 - 3.42)	***	1.82 (1.48 - 2.23)	***
R <sup>2</sup> / Nagelkerke R <sup>2</sup>			.32	

\* = p<.05; \*\* = p<.01; \*\*\* = p<.001

<sup>1</sup> Continue variabele; 1=1 partner, 9=9 of meer partners

Eén op de tien (11%) hiv-negatieve of niet-geteste MSM was zich ervan bewust dat griepverschijnselen (zoals koorts, opgezette klieren, nachtelijke zweten) kunnen wijzen op een primo-infectie. Wederom waren diegenen die zich hiervan bewust waren vaker op hiv getest in het afgelopen jaar (25% versus 6%;  $\chi^2(1, N=825) = 61,08, p < .001$ , Cramer's  $V=.27$ ).

#### Positief getest op hiv

Voor een groot deel (42%) van de hiv-positieven was de eerste hiv-test ook de test waaruit de hiv-positieve status bleek. Bij een kwart (26%) van de hiv-positieven zat een half jaar tussen de laatste hiv-negatieve uitslag en de hiv-positieve uitslag, bij 6% was dit tussen de 6 en 12 maanden en bij 26% zat er meer dan een jaar tussen. Aan de hiv-positieven mannen is gevraagd of zij hun sekspartners hebben gewaarschuwd toen zij hiv-positief bleken. Vijfenvierzig procent had al hun partners gewaarschuwd, 40% sommige partners wel en andere niet en 15% waarschuwde geen enkele partner. Bijna alle mannen (92%) brachten hun partners zelf op de

hoogte en 8% deed dit (ook) via een sociaal verpleegkundige. Geen van de mannen informeerde zijn partners via de huisarts of speciale website zoals suggestatest.nl of gay.nl. Een meerderheid (87%) van de mannen met hiv is ook op hepatitis C getest. Van diegenen die hierop zijn getest (N=36) is bij vier mannen hepatitis C vastgesteld.

#### Testen op soa

Iets meer dan de helft van de MSM (55%) had ooit een soa-test gedaan. Een kwart zei in het afgelopen jaar op soa te zijn getest, waarvan 15% in de afgelopen zes maanden. Ongeveer één op de twaalf MSM (9%) had zich in het afgelopen jaar minimaal twee keer laten testen op andere soa dan hiv. De laatste keer dat men zich had laten testen, deed men dit meestal via de soa-poli van de GGD (42%), de huisarts (32%) en de soa-kliniek van het ziekenhuis (18%). Elf mannen (2%) lieten zich testen op soa via een testlab van MantotMan en twee mannen via een thuistest (1%). De overige mannen (6%, N=28) ondergingen een soa-test bij een andere medisch specialist (zoals uroloog, dermatoloog of internist) of lieten zich testen in het kader van een (cohort) onderzoek.

Bij 23% van de geteste MSM was ooit een soa vastgesteld en 4% had een soa in het afgelopen jaar. Bij hiv-positieve MSM werd vaker ooit een soa vastgesteld dan onder hiv-negatieve of niet-geteste MSM (78% versus 20%;  $\chi^2(1, N=865) = 69,34, p < .001, \text{Cramer's } V=.28$ ). Met betrekking tot het aantal soa-diagnoses in het afgelopen half jaar werden geen significant verschil gevonden tussen deze twee groepen (8% versus 3%). In Tabel 7.4 zijn de gevonden soa weergegeven. Chlamydia, syfilis en gonorrhoe werden het vaakst vastgesteld.

HOOFDSTUK 7

**Tabel 7.4.** Soa-diagnoses in het afgelopen jaar (%)

	Van alle MSM die zich lieten testen in het afgelopen jaar	Van alle MSM met één of meer soa
	N=206	N=30
Chlamydia	5,9	42,0
Syfilis	4,6	32,8
Gonorrhoe	3,3	23,4
Genitale herpes	0,0	0,0
Genitale wratten	0,9	6,6
LVG	0,4	2,6
Een andere soa <sup>1</sup>	0,7	4,7

N.B. Respondenten konden meerdere antwoorden geven

<sup>1</sup> 1 respondent rapporteert een hepatitis B-diagnose en 1 respondent een hepatitis C-diagnose

Een meerderheid (55%) van de mannen bij wie ooit een soa werd gediagnostiseerd, had al hun partners gewaarschuwd. Ongeveer één op de vijf (19%) deed dit bij sommige partners en 26% waarschuwde niemand. Als MSM waarschuwden, waarschuwden zij hun partners bijna allemaal zelf (98%). Zeven mannen schakelden een sociaal verpleegkundige in en één man deed dit via een speciale website (bijvoorbeeld suggestatest.nl).

MSM die zich in het afgelopen jaar niet lieten testen op soa (75%), deden dit vooral omdat zij geen risico op soa hadden gelopen. Voor een derde was het ontbreken van lichamelijke klachten een reden om zich niet te laten testen en 17% zegt dat het er gewoon niet van kwam (Tabel 7.5).

**Tabel 7.5.** Redenen waarom MSM zich niet op andere soa dan hiv hebben laten testen (%).

	N=672
Omdat het er niet van komt	16,8
Omdat ik geen (enkel) risico heb gelopen	67,6
Omdat ik nooit klachten heb	35,2
Omdat ik bang ben voor medisch onderzoek of prikken	3,8
Omdat ik bang ben voor een vervelende uitslag	3,6
Omdat ik niet met anderen over mijn seksleven wil praten	4,3
Door kosten of financiële gevolgen	1,2
Omdat ik niet weet waar ik mij kan laten testen	1,3
Een andere reden	1,1

N.B. Respondenten konden meerdere antwoorden geven

TESTEN OP HIV EN SOA BIJ MSM

Ook voor het testen op soa in het afgelopen jaar is gekeken welke factoren hier van invloed op zijn. In de analyses zijn dezelfde onafhankelijke variabelen meegenomen als bij de regressie analyses naar het testen op hiv in het afgelopen half jaar. In Tabel 7.6 zijn de uitkomsten van de bivariate en multivariate analyses weergegeven. De resultaten waren vrijwel hetzelfde als ten aanzien van hiv-testen. Ook op soa lieten in de multivariate analyse vooral degenen zich testen die positiever dachten over testen (attitude) en die dachten dat hun omgeving er ook positiever over was (sociale norm). Het multivariate model verklaarde 39% van de totale variantie ten aanzien van testen op soa in het afgelopen half jaar.

**Tabel 7.6.** Factoren die samenhangen met testen op soa in het afgelopen jaar (N=1754)

	Bivariaat	Multivariaat
	OR (95% BI)	OR (95% BI)
Biseksuele oriëntatie (vergeleken met homo)	0.65 (0.52 - 0.80)***	0.91 (0.67 - 1.25)
Leeftijd (in jaren)	0.98 (0.98 - 0.99)***	0.97 (0.97 - 0.98)***
Hoog opleidingsniveau	1.15 (0.95 - 1.38)	1.37 (1.07 - 1.76)*
Een vaste relatie	0.49 (0.41 - 0.60)***	0.75 (0.58 - 0.97)*
Zichtbaarheid	1.36 (1.22 - 1.52)***	1.14 (0.97 - 1.34)
Psychische gezondheid	0.79 (0.69 - 0.90)***	0.84 (0.68 - 1.05)
Eigenwaarde	1.04 (0.90 - 1.20)	1.09 (0.85 - 1.39)
Lichamelijke gezondheid	1.15 (1.01 - 1.32)*	0.97 (0.80 - 1.17)
Spanning zoeken	1.67 (1.44 - 1.93)***	0.94 (0.77 - 1.14)
Positieve seksbeleving	1.49 (1.27 - 1.75)***	1.25 (1.00 - 1.57)
Aantal sekspartners <sup>1</sup>	1.33 (1.29 - 1.38)***	1.29 (1.23 - 1.35)***
Onbeschermd seks met losse partners	3.51 (2.80 - 4.41)***	1.47 (1.09 - 1.99)*
Positieve sociale norm t.a.v. testen	2.78 (2.46 - 3.14)***	1.97 (1.70 - 2.29)***
Positieve attitude t.a.v. testen	2.96 (2.51 - 3.49)***	1.66 (1.35 - 2.05)***
R <sup>2</sup> / Nagelkerke R <sup>2</sup>		.39

\* = p<.05; \*\* = p<.01; \*\*\* = p<.001

<sup>1</sup> Continue variabele; 1=1 partner, 9=9 of meer partners

Van alle MSM was 16% van plan zich in de toekomst elk half jaar te laten testen op soa. Eén op de vijf (22%) wist niet zeker of hij dit ging doen en 62% was dit (zeker) niet van plan. Wederom gold dat MSM die het afgelopen jaar waren getest op soa ook vaker de intentie hadden om zich in de toekomst regelmatig te laten testen, vergeleken met diegenen die geen soa-test lieten uitvoeren afgelopen jaar (50% versus 4%;  $\chi^2$  (1,

$N=883$ ) = 264,47,  $p < .001$ , Cramer's  $V=.54$ ). Daarnaast bleek ook een samenhang met de hiv-status. Hiv-positieve MSM hebben vaker de intentie om zich regelmatig te laten testen op soa dan hiv-negatieve en niet-geteste MSM (46% versus 14%;  $\chi^2(1, N=867) = 28,56$ ,  $p < .001$ , Cramer's  $V=.18$ ).

Tot slot is aan alle MSM gevraagd in hoeverre zij vinden dat zij verantwoordelijk zijn voor de beperking van de verspreiding van soa en hiv. Een ruime meerderheid (88%) was het (helemaal) eens met de stelling dat iedereen verantwoordelijk is om zichzelf te beschermen tegen soa en hiv en 86% was het (helemaal) eens met de stelling dat iedereen verantwoordelijk is om zijn sekspartners te beschermen tegen soa en hiv.

### Hepatitis B

Bij 8% van de MSM was ooit hepatitis B vastgesteld. Meer dan de helft (52%) van de mannen was volledig gevaccineerd voor hepatitis B, 7% deels en 28% was niet gevaccineerd. Veertien procent wist dit niet van zichzelf. Van degenen die nog niet gevaccineerd waren voor hepatitis B, was een aanzienlijk deel (46%) er niet van op de hoogte dat deze vaccinatie voor hen gratis te verkrijgen is.

### PEP en PrEP

Aan alle MSM is gevraagd of zij bekend zijn met PEP als preventieve medische behandeling die zeer snel moet worden gestart na onbeschermd (anale) seks met een hiv-positieve partner. Meer dan de helft van de MSM (55%) had hier nog nooit iets over gehoord, 44% wist wel wat PEP was maar was er zelf nooit mee behandeld en 1% ( $N=8$ )<sup>10</sup> was er zelf wel eens mee behandeld. Van degenen die wisten wat PEP was, was een grote meerderheid met PEP bekend geworden door het lezen van informatie op het internet, een folder of in een gay magazine (Tabel 7.7). Eén op de tien MSM was door een professional op PEP gewezen.

---

<sup>10</sup> Van de acht mannen die ooit een PEP behandeling hebben ondergaan, vonden 7 mannen het makkelijk om erachter te komen waar PEP verkrijgbaar was, 6 mannen vonden het makkelijk om aan PEP te komen en 5 mannen kregen goed advies over de voor- en nadelen van PEP. Vier mannen vonden de PEP-behandeling zwaar.

**Tabel 7.7.** Wijze waarop MSM met PEP bekend zijn geraakt (%)

	N=376
Zelf iets gelezen over PEP op internet, een folder of gay magazine	79,6
Een soa-arts of verpleegkundige heeft op PEP gewezen	11,1
Vrienden hebben op PEP gewezen	7,4
Via werk of studie	4,7
Op een andere manier bekend geraakt met PEP	2,6
Iemand met wie men onveilige seks had, heeft op PEP gewezen	0,4

N.B. Respondenten konden meerdere antwoorden geven

Naast PEP werd aan alle hiv-negatieve en niet-geteste MSM (N=825) voorgelegd wat zij van het idee vonden om MSM hiv-medicatie preventief aan te bieden om zo de kans op een hiv-infectie te verkleinen onder personen die risico lopen door onveilige anale seks, beter bekend als PrEP. Een klein deel (15%) van deze mannen is bekend met dit idee. Iets minder dan de helft (45%) vond het wenselijk om hiv-medicatie preventief aan te bieden, 31% vond dit idee niet onwenselijk maar ook niet wenselijk en de overige 24% vond dit (zeer) onwenselijk. Eén op de vijf (22%) zou het preventief gebruik van hiv-medicatie overwegen als hen dit werd aangeboden, 28% wist niet of ze dit zouden gebruiken en 51% zou (zeer) geen gebruik maken van dit aanbod.

#### 7.4 Samenvatting en conclusies

Iets minder dan de helft van de groep MSM heeft zich nog nooit op hiv (40%) of soa (45%) laten testen. Voor meer dan de helft van degenen die zich ooit hebben laten testen was de laatste keer meer dan een jaar geleden. Het testadvies was tot nu toe dat alle MSM zich ieder half jaar zouden moeten laten testen op zowel hiv als soa. Een klein deel van de mannen heeft zich in de afgelopen zes maanden op soa of hiv laten testen, namelijk tussen de 9 en 15%. Nu het advies verder wordt aangescherpt voor MSM met een verhoogd risico en hen mogelijk wordt aangeraden zich iedere drie maanden te laten testen, wordt het gat tussen het advies en de praktijk groter. Dit is zorgelijk, omdat een deel van de niet (recent) geteste MSM weldegelijk risico heeft gelopen op een hiv- of soa-infectie. Het is hierbij echter wel de vraag of het oproepen van alle MSM zich regelmatig te laten testen de aangewezen weg is en er niet meer gedifferentieerd kan worden naar de groepen die een verhoogd risico lopen. Er is extra aandacht nodig voor het motiveren van diegenen die zich

niet in het afgelopen jaar (of nog nooit) hebben laten testen. Mede omdat dit ook de mannen zijn die zeggen dit in de toekomst ook niet te zullen doen. Wellicht zijn dit juist de mannen die weliswaar minder seksueel actief zijn, toch risico lopen, maar niet worden bereikt met de bestaande kanalen zoals MantotMan.nl en outreach activiteiten bijvoorbeeld op Roze Zaterdag, en bij gay festivals.

Voor een deel van de MSM is de afwezigheid van lichamelijke klachten reden om geen test op hiv (23%) of soa (35%) te laten doen. Dit is niet terecht omdat soa ook kunnen voorkomen zonder fysieke symptomen. Daarnaast is ook maar 1 op de 10 MSM bedacht op symptomen van primo-infecties met hiv. Zo'n 70% van degenen die zich het afgelopen jaar niet hebben laten testen geeft aan dat de reden daarvoor was dat zij geen enkel risico hebben gelopen. Voor sommige MSM zal dit een valide gedachte zijn, omdat zij bijvoorbeeld een monogame vaste relatie hebben of consequent valide risicoreductie strategieën toepassen. Anderen zullen wellicht hun risico te laag inschatten, doordat zij minder valide risicoreductie strategieën hebben gebruikt.

Interventies gericht op het stimuleren van testen zouden aandacht kunnen besteden aan de individuele voordelen van testen, het kennen van de actuele hiv-status en het vroegtijdig behandelen van een hiv-infectie. Daarnaast zou er aandacht moeten zijn voor verder voorkomen van hiv-gerelateerd stigma, zodat dit geen barrière hoeft te zijn. Hierbij kan de lage infectieusiteit van hiv-positieven met een ondetecteerbare *viral load* beter worden belicht. Juist in het kader van de hiv-transmissie zou meer de nadruk kunnen liggen op diegenen die zich niet met regelmaat laten testen. Testen op zowel hiv als soa lijken vooral samen te hangen met attitudes ten aanzien van het testen en welke sociale norm men ervaart. Dit zijn factoren die door, in samenspraak met de doelgroep zelf, op te zetten activiteiten te beïnvloeden zijn. Bij het opzetten van deze activiteiten is het tevens belangrijk oog te hebben voor de mensen met bepaalde persoonlijkheidskenmerken, zoals narcisme en een hogere behoefte aan spanning, waarbij de nadruk op normen juist weer contraproductieve reacties kan oproepen (Smit, 2010).

Degenen die zich wel laten testen, gaan daar meestal voor naar de traditionele testsites; de huisarts of een soa-polikliniek. GGD poliklinieken



worden het meest genoemd als plek waar men naartoe gaat. Men gaat vermoedelijk liever naar een anonieme plek dan naar de eigen huisarts. Hoewel over de jaren heen door de huisarts wel meer wordt getest en gepraat over hiv, blijkt nog steeds winst te behalen door een actiever testbeleid en een open communicatie over de seksuele gezondheid (Donker, Dorsman, Spreeuwenberg, Van den Broek, & Van Bergen, 2013). Wanneer seksuele gezondheid en hiv-testen een prominentere plaats zouden krijgen binnen de eerste lijn, wordt wellicht een andere groep bereikt dan diegenen die nu al uit zichzelf naar de soa-poli of huisarts stappen. Daarnaast zou het testen ook gemakkelijker kunnen worden door nog meer in te zetten op het outreach testen, waarbij bijvoorbeeld in sekslocaties hiv- en soa-testen worden aangeboden. Zelftesten worden nu nog sporadisch gebruikt. Wanneer gevraagd wordt waar men zich in de toekomst het liefst op hiv zou laten testen, zegt echter ongeveer 10% het liefst een zelftest te doen. Dit zou kunnen betekenen dat de rol van thuishtesten de komende jaren groter gaat worden, mits deze dan voldoende betrouwbaar zijn.

PEP is bij iets minder dan de helft van de MSM bekend en is door een enkeling ooit gebruikt. De MSM uit de Schorer Monitor, een seksueel actievere groep, waren iets beter geïnformeerd; 66% was (enigszins) bekend met PEP (Van Empelen et al., 2011). Waarschijnlijk hebben we in de huidige survey een groep geïnccludeerd die minder risico loopt en daardoor minder op de hoogte is van deze mogelijkheid. Omdat PEP de kans op overdracht van hiv sterk vermindert als risico is gelopen, zou het goed zijn als dit beter bekend zou zijn bij groepen die meer risico lopen. Artsen en andere zorgverleners zouden hier een rol in kunnen spelen, omdat slechts weinig mannen zeggen door hun arts op deze mogelijkheid gewezen te zijn. PrEP is nog onbekender. Toch vindt bijna de helft van de MSM het wenselijk dat PrEP beschikbaar komt en één op de vijf mannen zou het gebruiken van PrEP daadwerkelijk overwegen. Voordat PrEP op de Nederlandse markt wordt gebracht, is het wenselijk om goed te bekijken welke groepen hiervoor in aanmerking komen en onder welke voorwaarden.