

RIVM rapport 441100023/2006

**HIV-surveys bij hoog-risicogroepen in Den Haag
2005**

M.G. van Veen, M.A.J. Wagemans, I. van den Burg¹,
E. Tonino- van der Marel¹, A.P. van Leeuwen¹,
M.J.W. van de Laar

¹ GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en
Welzijn, Gemeente Den Haag

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/441100/01/HS, HIV-surveys onder hoog-
risicogroepen in Nederland, 2002-2006

Rapport in het kort

HIV-surveys onder hoog-risicogroepen in Den Haag 2005

Verspreiding van HIV en SOA kan mogelijk optreden doordat hoog-risicogroepen een brug vormen naar de rest van de bevolking in Nederland. Dit blijkt uit de HIV-survey die is uitgevoerd in Den Haag onder prostituees werkzaam in de raamprostitutie, clubs en op de tippelzone en onder migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden. HIV komt voor bij 3,5% van de prostituees. De HIV-prevalentie is 0,6% onder Antillianen, 0,7% onder Surinamers en 1,8% onder Ghanezen.

Het doel van de survey was inzicht te verkrijgen in het vóórkomen van HIV, seksueel risicogedrag en de potentie tot verspreiding hiervan bij prostituees en bij migranten afkomstig uit gebieden waar de HIV-prevalentie onder de algemene bevolking hoger dan 1% wordt geschat. De surveys maken onderdeel uit van de HIV-surveillance in Nederland.

Prostituees

Bij de prostituees zijn HIV-infecties gevonden bij verslaafde vrouwen (22,2%) en bij transgenders (20%); bij de niet-verslaafde vrouwelijke prostituees zijn geen HIV-infecties aangetoond. Prostituees gebruiken vaak condooms met klanten (79%), maar ruim een derde rapporteert dat condooms regelmatig stuk gaan. Seksueel risicogedrag is hoger bij verslaafde prostituees en transgenders dan bij niet-verslaafde vrouwen. Gezien de hoge HIV-prevalentie onder transgenders en verslaafde vrouwen en het risicogedrag is de kans aanwezig voor de verspreiding van HIV vanuit deze groepen naar de rest van de bevolking.

Migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden

Seksueel risicogedrag wordt vaak gerapporteerd en is hoger bij mannen dan bij vrouwen; ze rapporteren ongeveer twee keer zoveel partners, vaak meerdere partners tegelijkertijd, vaker seksuele contacten met losse partners in het land van herkomst en ze mixen vaker met partners van een andere etniciteit. Vrouwen gebruiken daarentegen minder vaak condooms, zowel bij vaste als bij losse partners. Van de migranten heeft 4-20% onbeschermd sekscontacten gehad met tenminste twee partners in de voorgaande zes maanden. Het risico van verdere verspreiding van HIV naar de rest van de bevolking in Nederland lijkt gering, echter door vele seksuele contacten onderling en tussen de verschillende etnische groepen is er een potentieel risico op verdere verspreiding van HIV/SOA.

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

Abstract

HIV-surveys among high risk populations in The Hague 2005

HIV and STI transmission might occur from high risk groups into the general population in the Netherlands. This is one of the main conclusions of the HIV survey conducted among high risk populations in The Hague. HIV prevalence is 3.5% among commercial sex workers (CSW). Among immigrants, the HIV prevalence is 0.6% among Antillean immigrants, 0.7% among Surinamese and 1.8% among Ghanaese immigrants. Sexual risk behaviour is substantial in all of these groups.

The study was carried out to assess the HIV prevalence, related risk behaviours among CSW and among immigrants from HIV endemic countries (HIV prevalence is estimated > 1% in general population), and the potential of HIV transmission into the general population. This survey is part of the national HIV-surveillance.

Commercial sex workers

Among CSW HIV is most prevalent among drug addicted CSW (22.2%) and among transgender CSW (20%). No HIV infections were found among other non-injecting female CSW. Condom use with clients is high (79%), although condom failure is reported by one third of the CSW. Sexual risk behaviour is more common among transgender and drug addicted CSW than among heterosexual CSW. This, in combination with the substantial HIV prevalence among transgender and drug addicted CSW in The Hague suggests that transmission of HIV to the general population is possible.

Migrants from HIV-endemic countries

Considerable sexual risk behaviour is reported in the migrant groups, more by men than by women: many sexual partners, concurrent partnerships and sexual contacts in country of origin. However, women use less frequently condoms with both steady and casual partners. 4-20% of the migrants reported unsafe sex contacts with at least two partners in the previous six months. Due to sexual contacts within and between ethnic groups, further transmission of HIV and STI in the general population is a potential risk.

Key words: HIV, surveillance, high risk populations, migrants, CSW

Inhoud

Samenvatting	7
1. Inleiding	9
1.1 Achtergrond	9
1.2 Vraagstelling	9
1.3 Indeling van het rapport	10
2. Methode HIV-surveys Den Haag	11
2.1 Algemene opzet en werkwijze	11
2.2 Populatie	11
2.2.1 Prostituees	11
2.2.2 Migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden	12
2.3 Opzet van veldwerk	14
2.3.1 Interviewers	14
2.3.2 Steekproef	14
2.3.3 Werving	15
2.4 Gegevensverzameling	16
2.4.1 Informatiefolder	16
2.4.2 Vragenlijst	16
2.5 Laboratoriumonderzoek	17
2.6 Gegevensverwerking	18
3. Prostituees	19
3.1 Werving en non-respons	19
3.2 Resultaten	19
3.2.1 Karakteristieken van de onderzoekspopulatie	19
3.2.2 HIV-prevalentie en zelfgerapporteerde HIV-status	20
3.2.3 Risicogedrag	21
3.3 Discussie	23
3.3.1 Werving en non-respons	23
3.3.2 HIV-prevalentie	23
3.3.3 Risicogedrag prostituees	24
3.3.4 Risicogedrag en brugfunctie	24
3.4 Conclusies en aanbevelingen	25
4. Migranten	27
4.1 Werving en non-respons	27
4.2 Resultaten	28
4.2.1 Karakteristieken van de onderzoekspopulatie	28
4.2.2 HIV-prevalentie en HIV-testgedrag	28
4.2.3 Seksueel risicogedrag	29
4.2.4 Mixing	30
4.2.5 Reisgedrag naar land van herkomst	31
4.2.6 SOA-onderzoek en voorlichting	31
4.2.7 Stellingen AIDS en condoomgebruik	31
4.3 Discussie	32

4.3.1	Werving en non-respons	32
4.3.2	HIV-prevalentie en HIV-test gedrag	32
4.3.3	Seksueel risicogedrag	33
4.3.4	Verspreiding van HIV naar algemene bevolking	34
4.4	<i>Conclusie en aanbevelingen</i>	34
5.	Algemene conclusies en aanbevelingen	37
	Dankwoord	39
	Literatuur	41
	Bijlage 1: Tabellen Prostituees	45
	Bijlage 2: Tabellen Migranten	52
	Bijlage 3: Vragenlijst HIV-survey	64
	Bijlage 4: Procesevaluatie HIV-surveys Den Haag	67
	Bijlage 5: Afkortingen en definities	73

Samenvatting

Dit rapport beschrijft de resultaten van de HIV-survey onder hoog-risicogroepen in Den Haag. Het doel van dit onderzoek was om de HIV-prevalentie en het risicogedrag bij hoog-risicogroepen te onderzoeken. In 2005 is een survey uitgevoerd onder prostituees werkzaam in de raamprostitutie, clubs en op de tippelzone en onder de drie grootste migrantengroepen, woonachtig in Den Haag, afkomstig uit landen waar de HIV-prevalentie wordt geschat op meer dan 1% in de algemene bevolking.

Prostituees

HIV komt voor bij 3,5% van de prostituees, maar is alleen gevonden bij verslaafde vrouwen (22,2%) en bij transgenders (20%). Bij de niet-verslaafde vrouwelijke prostituees zijn geen HIV-infecties gevonden. Prostituees gebruiken vaak condooms met klanten (79%), maar ruim een derde rapporteert dat condooms regelmatig stuk gaan. Seksueel risicogedrag is hoger bij verslaafde prostituees en transgenders dan bij niet-verslaafde vrouwen. Gezien de hoge HIV-prevalentie onder transgenders en verslaafde vrouwen en het risicogedrag is de kans aanwezig voor de verspreiding van HIV vanuit deze groepen naar de rest van de bevolking.

Migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden

De HIV-prevalentie is 0,6% onder Antillianen, 0,7% onder Surinamers en 1,8% onder Ghanezen. Seksueel risicogedrag wordt vaak gerapporteerd en is hoger bij mannen dan bij vrouwen; ze rapporteren ongeveer twee keer zoveel partners, vaak meerdere partners tegelijkertijd, vaker seksuele contacten met losse partners in het land van herkomst en ze mixen vaker met partners van een andere etniciteit. Echter vrouwen gebruiken minder vaak condooms, zowel bij vaste als bij losse partners. 4-20% van de migranten heeft onbeschermde sekscontacten gehad met tenminste twee partners in de voorgaande zes maanden. Ongeveer één op de tien migranten heeft zich in het voorgaande jaar laten testen op SOA, bij 34% van hen is een SOA vastgesteld. Twee derde van de migranten heeft in de voorgaande 12 maanden voorlichting over SOA gehad; toch blijkt uit stellingen uit de survey vragenlijst dat er nog veel misverstanden bestaan over de transmissie van HIV en over het nut van condoomgebruik. Het risico van verdere verspreiding van HIV naar de rest van de bevolking in Nederland lijkt gering, echter door vele seksuele contacten onderling en tussen de verschillende etnische groepen is er een potentieel risico op verdere verspreiding van HIV/SOA.

Resultaten van de survey bieden aanknopingspunten voor preventieactiviteiten van de GGD Den Haag. Aandachtspunten voor preventie bij prostituees zijn het reduceren van condoomfalen en het bevorderen van condoomgebruik met privé partners. Het verhogen van kennis op het gebied van SOA en HIV-transmissie is belangrijk bij migrantengroepen evenals het stimuleren van condoomgebruik. Het continueren van het actieve HIV- en SOA-testbeleid blijft van belang voor beide doelgroepen.

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 is de HIV-prevalentie hoog onder mannen die seks hebben met mannen en injecterende druggebruikers (ID).^{2 3 4 5 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 hoog-risicogroepen 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). 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 om HIV-surveillance en gedragsonderzoek te verrichten bij andere hoog-risicogroepen, zoals prostituees en hun klanten, biseksuele mannen en migranten uit HIV-endemische gebieden, mede omdat deze groepen een brugfunctie kunnen vervullen voor verspreiding van HIV naar de algemene bevolking. Naar aanleiding van het RGO-advies, is in 2002 gestart met HIV-surveys onder prostituees en hun klanten, en bij migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden.^{8 9}

1.2 Vraagstelling

Het doel van de HIV-surveys is het verkrijgen van inzicht in de HIV-prevalentie en het voorkomen van risicogedrag bij hoog-risicogroepen 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.¹⁰ Deze doelstellingen zijn geoperationaliseerd in de volgende vraagstellingen:

Vraagstellingen HIV-surveys:

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

1.3 Indeling van het rapport

Hoofdstuk 2 van dit rapport beschrijft de opzet en werkwijze van de HIV-surveys in het algemeen en in het bijzonder voor Den Haag. In de hoofdstukken 3 en 4 worden de resultaten weergegeven van respectievelijk de survey onder prostituees en onder migranten. De tabellen behorende bij deze hoofdstukken zijn opgenomen in Bijlage 1 en 2. Hoofdstuk 5 beschrijft de conclusies en aanbevelingen. De opbouw van de vragenlijst is weergegeven in Bijlage 3. De procesevaluatie van het veldwerk in Den Haag is beschreven in Bijlage 4. Bijlage 5 bevat een verklarende woordenlijst.

2. Methode HIV-surveys Den Haag

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. Er wordt aangenomen dat de HIV-prevalentie in de doelgroepen dermate stabiel is dat een veldwerkperiode van ongeveer zes maanden een puntschatting van deze prevalentie oplevert.

Het onderzoek is op vrijwillige basis en volledig anoniem. Getrainde interviewers nemen bij deelnemers een vragenlijst af naar demografische kenmerken en (seksueel) gedrag. Daarnaast wordt een speekselmonster afgenomen voor bepaling van aanwezigheid van HIV-antistoffen. Vanwege het anonieme karakter van het onderzoek krijgen deelnemers geen uitslag van de speekseltest. Daarnaast is de speekseltest op HIV-antistoffen alleen geschikt voor surveillance onderzoek en niet voor individuele diagnoses.^{11 12} Voorafgaand aan het onderzoek wordt de deelnemers gevraagd een bereidheidverklaring te voorzien van een paraaf (zonder opgaaf van naam), waarmee ze verklaren op de hoogte te zijn gebracht van het doel van het onderzoek en waarmee ze toestemming geven voor het testen van het speekselmonster. Na deelname wordt een vergoeding van tien euro verstrekt. Het onderzoek is uitgevoerd volgens de richtlijnen van 'Good Epidemiology Practices'.¹³ De Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) van het Universitair Medisch Centrum in Utrecht heeft met het onderzoek ingestemd.

De HIV-surveys worden uitgevoerd in enkele grote steden in Nederland in samenwerking met de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD). Per stad wordt gekeken welke doelgroepen vertegenwoordigd zijn en in overleg met de GGD wordt bepaald welke daarvan onderzocht worden. In 2005 is een HIV-survey onder prostituees en migranten uit HIV-endemische gebieden uitgevoerd in Den Haag. De survey is verricht in samenwerking met de GGD Den Haag, onderdeel van de Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn van de Gemeente Den Haag.

2.2 Populatie

2.2.1 Prostituees

In Nederland zijn naar schatting 24.000 tot 31.000 prostituees werkzaam.¹⁴ Bijna de helft van hen werkt in privé-huizen en clubs (45%), 20% werkt in de raamprostitutie, 15% in de escort, 5% op straat, 5% thuis en 10% is op andere plekken werkzaam.¹⁵ Eerder onderzoek onder prostituees in Nederland laat relatief hoge HIV-prevalenties zien onder transgender prostituees en lage prevalenties bij vrouwelijke prostituees.

In 1996 werd in een onderzoek onder prostituees in de tippelzone in Amsterdam bij travestieten en transseksuelen een HIV-prevalentie gevonden van 24%. Onder vrouwelijke prostituees werden geen HIV-infecties gevonden.¹⁶ Hoewel condoomgebruik met klanten hoog was, bleken condooms vaak verkeerd gebruikt te worden of kapot te gaan. Bij de HIV-survey onder prostituees in Rotterdam (2002/2003) en Amsterdam (2004) is een HIV-prevalentie van 7% gevonden.^{8,9} In beide steden kwam HIV echter vaker voor bij transgenders (18,2%) en verslaafde prostituees (14,1%) dan bij de overige vrouwen (2,9%). In een studie onder travestieten en transseksuelen in de Rotterdamse straatprostitutie in 1996 werd een HIV-prevalentie van 8% gevonden.¹⁷ Studies, uitgevoerd in Glasgow en Rome, laten HIV-prevalenties zien van 2,5-6,0% bij vrouwelijke prostituees en 20% bij transseksuelen (Rome).^{18,19} Omdat (klanten van) prostituees een brug kunnen vormen naar de algemene bevolking is surveillance gewenst om meer inzicht te krijgen in het voorkomen van HIV en risicogedrag. Het is van belang meerdere locaties (bijvoorbeeld tippelzone, clubs, raamprostitutie) te onderzoeken omdat prostituees in HIV-prevalentie en gedrag zouden kunnen verschillen. Een prostituee is gedefinieerd als een persoon die werkzaam is als prostituee in de zes maanden voorafgaand aan het interview.

Ten tijde van de survey waren in Den Haag naar schatting 1500 prostituees werkzaam, waarvan de helft van Nederlandse afkomst is, 30% is Latijns-Amerikaans, 20% is Oost-Europees en 10% is afkomstig uit andere landen. In 2005 waren er totaal 200 ramen en 42 clubs in Den Haag. Op de tippelzone waren ongeveer 150 prostituees werkzaam alvorens deze gesloten werd.²⁰ In overleg met de GGD is gekozen om onderzoek uit te voeren op de tippelzone, bij de raamprostitutie en in clubs.

2.2.2 Migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden

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 seksuele contacten met partners van verschillende etniciteiten een brug vormen voor de overdracht van HIV naar andere bevolkingsgroepen.

Dit onderzoek beperkt zich tot de grootste migrantengroepen die afkomstig zijn uit gebieden waar HIV endemisch is (> 1% in de algemene bevolking). In Nederland vormen Surinamers (328.000 inwoners 01-01-2005), Antillianen (130.000 inwoners 01-01-2005) en sub-Sahara Afrikanen grote migrantengroepen.²¹ Surinamers en Antillianen zijn onderdeel van elke survey. Daarnaast wordt per stad een groep sub-Sahara Afrikanen in het onderzoek opgenomen, afhankelijk van de etnische samenstelling van de bevolking. In Den Haag is dit de Ghaneze gemeenschap.

De HIV-prevalentie in Suriname wordt geschat op 1,7% (95% BI 0,5-5,8%).²² 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%).²³ In 2002 waren er circa 1300 (± 0,8%) HIV-geïnfecteerden geregistreerd in de Nederlandse Antillen (exclusief Aruba).²⁴

De HIV-prevalentie onder volwassenen in sub-Sahara Afrika was gemiddeld 7,5% in 2003 met grote verschillen tussen landen (0,6%-38,8%).²⁵ Bijna de helft van de Afrikaanse migranten die in Engeland wonen bezoekt het land van herkomst binnen vijf jaar, waarbij 40% van de mannen en 21% van de vrouwen nieuwe seksuele relaties heeft.²⁶ Bij 1,1% van de Surinamers, Antillianen en sub-Sahara Afrikanen in Amsterdam werd in 1997/1998 een HIV-infectie gevonden. Dit is een hoger percentage dan in de algemene Nederlandse bevolking (0,2%).²⁷ 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.²⁸ Uit de registratie van HIV-behandelcentra door de Stichting HIV Monitoring blijkt dat het aantal HIV-positieve heteroseksuelen in Nederland tot 2004 toeneemt.²⁹ Daarbij neemt het aandeel niet-westerse personen toe.^{30;31} Bij de HIV-screening onder zwangere vrouwen in Amsterdam bleek in 2004 dat 17 van de 26 HIV-positieve vrouwen van niet-Nederlandse afkomst waren.³² Om meer inzicht te krijgen in het voorkomen van HIV bij migranten en het voorkomen van risicogedrag is nader onderzoek nodig. In 2002/2003 heeft de eerste HIV-survey onder migranten plaatsgevonden in Rotterdam en in 2004 in Amsterdam.^{8 9}

De inclusiecriteria voor deelname aan de survey zijn als volgt:

- Persoon zelf of tenminste 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 persoon woonachtig in Nederland.
- Persoon heeft een leeftijd tussen de 18 en 55 jaar.

Voor de migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden is gekeken naar de bevolkingsopbouw van Den Haag. Januari 2005 woonden 45.388 Surinamers en 11.082 Antillianen in Den Haag.³³ Van de sub-Sahara Afrikanen vormen Ghanezen de grootste populatie in Den Haag (2.320 inwoners, op 31 december 2003).³⁴ Etniciteit is 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 1).

Tabel 1 Indeling etniciteit (voorbeeld)

Etniciteit	Geboorteland deelnemer	Geboorteland moeder	Geboorteland vader
Ghanees	Ghana	Ghana	Nigeria
Antilliaans	Antillen	Nederland	Antillen
Surinaams	Suriname	Suriname	Suriname
Surinaams	Nederland	Suriname	Antillen
Surinaams	Nederland	Nederland	Suriname

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 trainingsbijeenkomsten waarin achtergrond, doel en opzet van het onderzoek worden besproken, de taak van interviewers hierbij en de methode van werving. Voor de interviewers is een draaiboek ontwikkeld waarin de logistiek van de werving is beschreven. De interviewers krijgen het draaiboek van het onderzoek, informatiefolders en vragenlijst(en) mee naar huis.

In volgende bijeenkomsten worden vragen beantwoord, het draaiboek en de vragenlijst besproken en wordt geoefend met het afnemen van 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 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 zijn aangesteld via het netwerk van de GGD, via sleutelorganisaties en via de groep interviewers die gewerkt hebben bij de eerdere surveys in Rotterdam en Amsterdam. Voor de prostituees zijn interviewers ingezet die ervaring hadden als voorlichter in het veld. Voor de migranten zijn interviewers van de etnische doelgroepen ingezet (Surinaams en Antilliaans). Zij spraken naast Nederlands ook de taal van de doelgroep. Enkele interviewers zijn aangedragen door de GGD Den Haag. Veel van de interviewers hadden meegewerkt aan voorgaande surveys en een aantal van hen was ook werkzaam als Voorlichter Eigen Taal en Cultuur (VETC-er) bij de GGD Amsterdam of bij de GGD Rotterdam e.o.. Zij zijn getraind op (gezondheids)communicatie in de eigen taal in overeenstemming met de normen en waarden van de doelgroepen en ze hebben vaak een uitgebreid netwerk aan sociale contacten binnen hun gemeenschap.

2.3.2 Steekproef

Het bleek, bij gebrek aan een geschikt steekproefkader, niet mogelijk om een aselechte steekproef onder prostituees en prostituanten te trekken. Daarom is gekozen voor een actieve benadering van de doelgroepen. Op de onderzoekslocaties worden potentiële deelnemers 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 lager. Daarnaast blijven migranten die niet beschikken over een verblijfsvergunning buiten bereik. Dus ook bij migranten is gekozen voor een actieve benadering van de doelgroepen. Bij de berekening van de steekproefgrootte in een herhaalde meting is uitgegaan van de prevalentie die in een eerdere meting is gevonden.

Voor bepaling van de steekproefgrootte in deze groepen is gebruik gemaakt van de uitkomsten van eerdere surveys in Rotterdam en Amsterdam, waar bij migranten HIV-prevalenties rond de 1% zijn gevonden. De aanname is dat bij een volgende survey onder migranten een prevalentie van 1% aangetoond moet kunnen worden.

Voor de berekening is gemaakt van de volgende formule:

$$n = z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)/d^2$$

waarbij:

n= steekproefgrootte

P= populatieproportie

d= absolute precisie vereist aan beide kanten van de proportie (in percentage punten)

$z^2_{1-\alpha/2}=1,96$ (95% betrouwbaarheidsinterval)

De voorgaande surveys onder prostituees geven HIV-prevalenties weer van 7%. De aanname voor de populatieproportie (P) is 0,07. Voor de absolute precisie (d) is uitgegaan van 5 percentagepunten. Dit houdt in dat er met een precisie tussen de 2-12% wordt gemeten. De steekproefgrootte (n) voor prostituees komt met behulp van bovenstaande formule uit op 100. Het streven is om totaal 300 prostituees te interviewen, 100 per werkplek (ramen, clubs en tippelzone).

Bij migranten is de aanname voor de populatieproportie (P) 0,01 (1%). Voor de absolute precisie (d) is uitgegaan van een precisie tussen de 0-2%. Met behulp van bovenstaande formule komt de steekproefgrootte uit op minimaal 380 deelnemers voor één migrantengroep.

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 (werkplekken, evenementen, etcetera)
3. cultureel bepaalde ontmoetingsplekken (relevant bij migrantenwerving en injecterende druggebruikers werving)

Deze sociale kaart wordt gebruikt bij de keuze van geschikte wervingslocaties. Hierbij worden sleutelorganisaties die actief zijn in deze doelgroepen betrokken, zodat een zo volledig mogelijk beeld ontstaat van de onderzoekspopulatie en de activiteiten in de regio. Met behulp van de sociale kaart kan worden geschat hoe de werving verdeeld moet zijn over de werfplekken. De werving van prostituees in Den Haag heeft plaatsgevonden op de tippelzone, in de raamprostitutie en bij clubs. De medewerkers van de Huiskamer op de tippelzone, de raamexploitanten en de clubeigenaren zijn voorafgaand aan de werving op de hoogte gebracht van het onderzoek.

De sociale kaart ten behoeve van de werving van migranten is opgesteld met informatie van sleutelfiguren van organisaties als 'Afro Euro Hi-life' en Stichting Ghanatta en 'Unit Intercultural'. Ook de interviewers, afkomstig uit de doelgroepen, hebben een grote bijdrage geleverd aan de keus van werfplekken. Als mogelijke werfplekken is gedacht aan multiculturele festivals (onder andere Milanfestival), kerken, buurt- en clubhuizen, sporttoernooien en markten. Door op verschillende dagdelen deelnemers te werven krijgt iedereen dezelfde kans om mee te doen, wat de kans op een mogelijke selectiebias verkleint. Deelnemers krijgen tien euro vergoeding voor deelname.

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 zijn adressen opgenomen waar men terecht kan voor een reguliere HIV-test of een SOA-onderzoek in Den Haag. Deze informatiefolder is afgestemd op de doelgroep van het onderzoek, en is 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 3):

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

Voor de eerste HIV-survey is de vragenlijst ter commentaar voorgelegd aan verschillende instanties (SOA-Aids Nederland, RutgersNISSO groep, IVO, NIGZ, OAM).

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 controles in de lijst zijn opgenomen. Bovendien is het voor een interviewer erg belangrijk dat hij niet veroordelend overkomt.³⁵ Voordat de interviewer de vragenlijst afneemt bij de deelnemer wordt een aantal vragen gesteld om te bepalen of de deelnemer aan de inclusiecriteria voldoet. Daarna wordt de informed consent procedure doorlopen en de datum en plaats van werving genoteerd. De vragenlijst begint met algemene vragen over demografische kenmerken. Bij onduidelijkheid bij vragen over vaste en losse partner(s) zijn de volgende definities 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. Inconsistent condoomgebruik is 'niet altijd' of 'nooit' een condoom gebruiken tijdens seksueel contact. De vragenlijst van migranten is aangevuld met enkele extra vragen van de GGD Amsterdam in het kader van een door het AIDS fonds gesubsidieerd project. Deze vragen hadden betrekking op seksueel gedrag van migranten tijdens reizen naar het land van herkomst.

2.5 Laboratoriumonderzoek



Voor de bepaling van HIV-antistoffen worden speekselmonsters gebruikt. Deze monsters worden afgenomen met behulp van Salivettes[®] (Sarstedt Nederland, Etten-Leur), zie Figuur 1. Deze methode werkt met een watje dat in een plastic buisje past. Het watje wordt minimaal twee minuten in de mond gehouden zodat het speeksel kan opnemen, daarna wordt het teruggestopt in het binnenbuisje. Er wordt ongeveer 1 ml speeksel verzameld. Er is gekozen voor afname van speeksel aangezien dit voor de deelnemer minder belastend is dan bloedafname, waardoor de werving makkelijker verloopt en de respons wordt verhoogd. Daarnaast is voor de afname geen (para)medisch personeel nodig. Voor epidemiologisch onderzoek heeft de speekseltest op HIV-antistoffen voldoende sensitiviteit en specificiteit.^{12 36 37} Elke Salivette[®] is voorzien van een nummer dat gelijk is aan het nummer op de corresponderende vragenlijst. Tijdens het veldwerk worden de Salivettes[®] bewaard in een koeltas met vrieselementen. Na het veldwerk worden ze afgedraaid met behulp van een centrifuge en daarna ingevroren bij -20°C in het Haags-Rijswijks Artsen-laboratorium alvorens ze afgeleverd worden bij het laboratorium Viroclinics van de afdeling virologie van het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam. Een aantal interviewers was woonachtig in Amsterdam. Na werving van deelnemers in Den Haag konden zij monsters afdraaien en tijdelijk opslaan op het streeklaboratorium van de GGD Amsterdam.

Figuur 1 Salivette[®]

3. Prostituees

3.1 Werving en non-respons

In totaal zijn 204 vragenlijsten afgenomen van maart 2005 tot januari 2006. De gegevens van drie vragenlijsten zijn niet meegenomen in de analyse. Twee prostituees waren niet werkzaam in de prostitutie in het voorgaande half jaar en vielen buiten de inclusiecriteria. Eén prostituee is dubbel geïnterviewd. Er zijn 63 prostituees geïnterviewd op de tippelzone, 100 prostituees in de raamprostitutie en 27 prostituees in clubs. Elf prostituees zijn op andere plaatsen geïnterviewd, zoals bij het Hepatitis B vaccinatiesprekkuur op de GGD en bij het gezondheidscentrum aan de Koningsstraat.

Van alle prostituees die gevraagd zijn voor deelname aan dit onderzoek, wilden ongeveer 60 prostituees niet meewerken. De reponsrate komt hiermee op 77% ($= 60/(201+60)$). Een kanttekening bij deze reponsrate is dat we niet met zekerheid kunnen zeggen of echt van alle non-respondenten ook daadwerkelijk een non-responslijst is ingevuld. Uit de ingevulde non-responslijsten blijkt dat prostituees om verschillende redenen deelname weigerden. De meest voorkomende reden was dat ze geen belangstelling hadden of geen tijd omdat klanten voorrang kregen. Anderen zeggen dat ze al deelnemen aan andere onderzoeken of dat ze bang zijn dat er DNA onderzoek wordt uitgevoerd op het speekselmonster. De non-respons verschilde per werfplek. Op de tippelzone wilden de meeste prostituees meewerken. In de raamprostitutie zijn veel vrouwen geïnterviewd, echter politieacties hebben de benadering van de vrouwen wel bemoeilijkt. Bij de ramen was de non-respons hoog bij Nederlandse vrouwen, zij vonden de vergoeding van tien euro te weinig of vonden het niet nodig om deel te nemen. De respons was hoog onder Latijns-Amerikaanse prostituees. Afrikaanse prostituees zijn nauwelijks werkzaam in Den Haag. Bij Oost-Europese prostituees en Aziatische prostituees speelt een taalprobleem omdat bij deze survey geen interviewers zijn ingezet die een van deze talen spraken. De non-respons was het hoogst bij de clubs. Van de tien clubs die benaderd zijn, wilden er maar twee deelnemen.

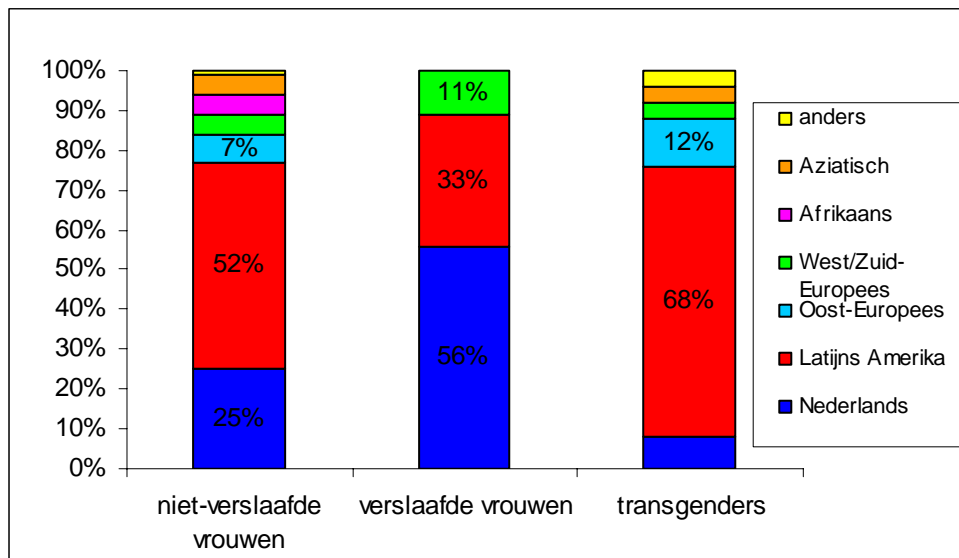
3.2 Resultaten

3.2.1 Karakteristieken van de onderzoekspopulatie

Het grootste deel van de prostituees is vrouw (88%) en 25 prostituees waren transgender. De mediane leeftijd van de prostituees is 34,0 jaar (26,0-41,0 jaar). Voor het beschrijven van de populatie prostituees, is de groep in drieën gedeeld:

1. vrouwen die nooit drugs hebben geïnjecteerd (niet-verslaafde vrouwen)
2. verslaafde vrouwen, die ooit drugs hebben geïnjecteerd en recent drugs hebben gebruikt
3. transgenders

In totaal zijn 167 niet-verslaafde vrouwen (83%), 9 verslaafde vrouwen (4%) en 25 transgenders (12%) geïnterviewd. De mediane leeftijd van verslaafde vrouwen was 40,0 jaar, niet-verslaafde vrouwen waren 34,0 jaar en transgenders 30,0 jaar. zie Tabel A.1 in Bijlage 1. Ongeveer een vierde van de prostituees had geen vast adres (26%), dit is het hoogst bij transgenders (36%). Bijna een kwart van de prostituees heeft de Nederlandse etniciteit (24%), 53% is Latijns-Amerikaans, 8% Oost-Europees, 6% West/Zuid-Europees, 5% Aziatisch, 4% Afrikaans en 1% is van een andere etniciteit (zie Figuur 2). 31% van de prostituees geeft aan dat ze geen ziektekostenverzekering hebben.



Figuur 2 Etnische samenstelling prostituees

Op de tippelzone zijn 34 (54%) niet-verslaafde vrouwen, 23 (36%) transgenders en zes (10%) verslaafde vrouwen geïnterviewd. Bij de ramen zijn 96 (96%) niet-verslaafde vrouwen, twee transgenders (2%) en twee verslaafde vrouwen (2%) geïnterviewd.

3.2.2 HIV-prevalentie en zelfgerapporteerde HIV-status

In totaal hadden zeven prostituees een positief speekselmonster resulterend in een HIV-prevalentie van 3,5% (95% BI 1,5-6,8%). Geen van de niet-verslaafde vrouwen had een positief speekselmonster. Twee van de verslaafde vrouwen waren HIV-positief (22,2% 95% BI 3,9-56,2%) en vijf transgenders (20,0% 95% BI 7,7-38,9%).

Alle zeven HIV-positieve prostituees waren werkzaam op de tippelzone (11,1% 95% BI 5,0-20,7%) waarvan vijf transgenders en twee verslaafde vrouwen. Drie HIV-positieve prostituees waren het voorgaande jaar ook werkzaam geweest in de raamprostitutie en één had in een club gewerkt. Zes van de zeven HIV-positieve prostituees (86%) rapporteerden dat ze niet bekend waren met hun positieve serostatus. De prostituee die bekend HIV-positief was, gebruikte altijd condooms met klanten. Twee gebruikten niet altijd condooms met klanten en vier van de zeven (57%) HIV-positieve prostituees rapporteren dat het condoom soms kapot gaat tijdens seksueel contact. Alle zeven prostituees waren in het voorgaande jaar gecontroleerd op SOA, één van hen was ook behandeld voor een SOA.

De twee verslaafde vrouwen die HIV-positief zijn hadden beiden ooit drugs geïnjecteerd. Alle vijf HIV-positieve transgenders hebben ooit injectienaalden gebruikt voor het toedienen van hormonen.

Van de 201 prostituees hebben er 180 (90%) ooit een HIV-test gehad (mediaan 1,0 jaar geleden, IQR 0-2,0 jaar). Bij 176 van hen (98%) was de uitslag van de laatste test HIV-negatief, bij twee prostituees HIV-positief (1%) en twee prostituees wisten de uitslag niet. Van de twee zelfrapporterende HIV-positieve prostituees was er één waarvan het speekselmonster in deze survey HIV-negatief was. Dit speekselmonster is tot twee keer toe negatief getest.

3.2.3 Risicogedrag

Seksueel gedrag met klanten

De mediane leeftijd van het starten met prostitutie is 28,0 jaar (IQR 21,0-36,8 jaar), zie Tabel A.3. Verslaafde vrouwen zijn langer werkzaam in de prostitutie dan niet-verslaafde vrouwen en transgenders (medianen 10,0 jaar versus 3,0 en 5,0 jaar, $p < 0,004$). Het mediane aantal klanten is 20,0 per week (IQR 10,0-30,0 klanten). Het mediane aantal klanten per week is lager bij verslaafde vrouwen dan bij niet-verslaafde vrouwen en transgenders, hoewel niet significant (10,0 versus 20,0 en 15,0 klanten/week, $p = 0,08$). De meeste niet-verslaafde vrouwen hebben vaginale en orogenitale seksuele contacten met klanten. 7% heeft ook receptieve anale contacten. 80% van hen gebruikt altijd condooms met klanten. Verslaafde vrouwen hebben vaker naast orogenitale en vaginale contacten ook receptieve anale sekscontacten (22%) en 78% van de verslaafde vrouwen gebruikt altijd een condoom met de klant. Van de transgenders heeft 80% orogenitale en anale sekscontacten en drie transgenders (13%) hebben alleen anale sekscontacten, één transgender had vaginale sekscontacten. 68% van de transgenders gebruikt altijd condooms met klanten. 39% van de prostituees zegt dat het condoom wel eens stuk gaat tijdens contact met de klant (niet-verslaafde vrouwen 38%, verslaafde vrouwen 33%, transgenders 44%). Prostituees geven aan dat bij de laatste 10 sekscontacten gemiddeld 0,6 keer het condoom klappt. Prostituees die werkzaam zijn op de tippelzone gebruiken minder vaak condooms dan prostituees in de raamprostitutie en in clubs (71% versus 79% en 85%). Ook regelmatig condoomfalen komt vaker voor onder tippelzoneprostituees (49% versus 33% en 37%).

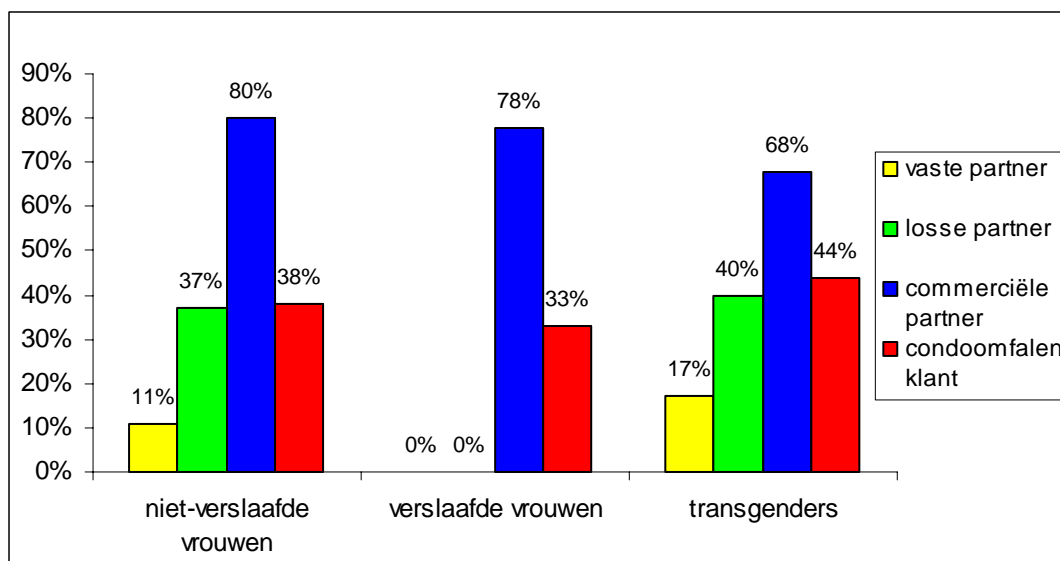
Seksueel gedrag met privé partners

Bijna twee derde van de prostituees heeft een vaste partner (61%), zie Tabel A.4. Bijna alle niet-verslaafde vrouwen en verslaafde vrouwen hebben vaginale sekscontacten met hun vaste partner, 19% van de niet-verslaafde vrouwen en 80% van de verslaafde vrouwen heeft ook receptieve anale contacten. Van de transgenders heeft ongeveer twee derde orogenitale sekscontacten, 83% heeft receptieve anale sekscontacten en 22% heeft insertieve anale sekscontacten. Condoomgebruik met vaste partners is laag, slechts 11% van de prostituees gebruikt altijd een condoom met de vaste partner. Zestien procent van de prostituees heeft in de voorgaande zes maanden seksueel contact gehad met losse partner(s). Ongeveer een derde (36%) gebruikte hierbij altijd een condoom.

Mobiliteit

Ruim een derde van de prostituees heeft in de voorgaande 12 maanden werkzaam geweest op de tippelzone van Den Haag, 62% heeft gewerkt in de raamprostitutie en ongeveer een vierde (26%) in clubs, zie Tabel A.5. Verder geeft 19% aan in privé-huizen te hebben gewerkt, 5% via een escortservice en 3% via internet.

Ongeveer een derde van de prostituees heeft in de voorgaande 12 maanden ook in een andere stad in Nederland gewerkt. Bijna de helft van hen rapporteert dat ze in Amsterdam heeft gewerkt (49%), 26% in Rotterdam, 25% in Utrecht en 31% ergens anders. Iets meer dan een derde heeft ooit prostitutiewerk verricht in het buitenland.



Figuur 3 Consistent condoomgebruik van prostituees met partners

SOA-behandeling

Een groot deel van de prostituees (87%) heeft in het voorgaande jaar een SOA onderzoek gehad, zie Tabel A.6. Onderwerpen die tijdens dit onderzoek aan de orde zijn gekomen, zijn: het onderzoek zelf (83%), HIV-test (78%), condoomgebruik en veilig werken (50%), anticonceptie (31%) en veilig gebruiken van drugs (9%). Van de 201 prostituees hebben 31 (15%) zich in het voorgaande jaar laten behandelen voor een SOA. Achttien van de 31 (58%) zijn behandeld voor chlamydia, vijf (16%) voor syfilis, twee (6%) voor genitale wratten, twee (6%) voor niet-specifieke urethritis, één (3%) voor herpes genitalis en zes (19%) voor een andere SOA. Van de tippelzoneprostituees is 19% behandeld voor een SOA in het voorgaande jaar, 11% van de raamprostituees en 24% van de prostituees werkzaam in clubs. Van de 201 prostituees zijn 85 (42%) ooit behandeld voor een SOA.

Druggebruik en gebruik injectienaalden

Van de verslaafde vrouwen hebben 3/9 recent drugs geïnjecteerd, zie Tabel A.7. Twee van de 25 transgenders hebben ooit drugs geïnjecteerd, waarvan geen recent. Iets meer dan een vierde van de prostituees (55/201) heeft in het voorgaande half jaar drugs gebruikt, waarvan 84% harddrugs (heroïne, cocaïne, methadon, opiaten, amfetamine, extacy, pillen). Van de tippelzoneprostituees heeft 11% ooit harddrugs gespoten en 53% gebruikt drugs.

Van de prostituees werkzaam in de raamprostituees heeft 3% ooit drugs gespoten en 19% gebruikt drugs; in de clubs is dit respectievelijk 4% en 33%. Van de transgenders rapporteerden 16 van de 25 (64%) dat ze injectienaalden hebben gebruikt voor het toedienen van hormonen of siliconen. Drie van hen kwamen aan deze injectienaalden via de spuitomruil, vier via de apotheek en elf zijn op een andere manier aan de naalden gekomen.

3.3 Discussie

3.3.1 Werving en non-respons

Omdat er geen steekproefkader voor deze doelgroep bestaat is het niet mogelijk om een aselechte steekproef te trekken. Er is gekozen om deelnemers te werven op verschillende plaatsen waar ze werkzaam zijn. In Den Haag hebben we er voor gekozen om deelnemers te benaderen op de tippelzone, bij de raamprostitutie en in verschillende clubs. Het overgrote deel van de non-respondenten is geregistreerd op non-responslijsten. Hiermee komen we op een, ons inziens hoge, responsrate van 77%. Echter de non-respons verschilde tussen de werfplekken. De respons op de tippelzone was het hoogst, bijna alle vrouwen wilden deelnemen aan het onderzoek. Bij de raamprostitutie lag dit anders. Veel Latijns-Amerikaanse prostituees wilden hier deelnemen aan de survey, de respons onder Nederlandse prostituees was hier laag. Tenslotte was het erg lastig om prostituees in clubs te interviewen. In Den Haag zijn niet veel clubs en maar twee van de tien clubs wilden deelnemen wat neerkomt op een responsrate van maar 20%.

3.3.2 HIV-prevalentie

In totaal waren zeven prostituees HIV-positief (3,5% 95% BI 1,5-6,8%). Verslaafde vrouwen hebben de hoogste HIV-prevalentie (22,2%) en 20% van de transgenders was HIV-positief. Geen van de niet-verslaafde vrouwen was HIV-positief. Alle HIV-positieve prostituees zijn geïnterviewd op de tippelzone, drie van de zeven zijn in het voorgaande jaar ook werkzaam geweest in de raamprostitutie en één in een club. Deze resultaten komen overeen met de bevindingen uit eerdere surveys in Amsterdam (2003/2004) en Rotterdam (2002/2003), waar de prevalenties op de tippelzone hoger waren dan in de raamprostitutie en clubs. In deze surveys werden hoge prevalenties gevonden onder verslaafde prostituees (11,3% in Amsterdam) en onder transgenders (Amsterdam: 17,1% en Rotterdam: 20%). Ook in buitenlandse onderzoeken worden hoge prevalenties gerapporteerd onder transgenders. De HIV-prevalentie in Rome bij transseksuelen is 20% (95% BI 7,6-32,4%) en bij buitenlandse prostituees 6% (95% BI 1,3-10,5%).¹⁸

Transgenders hebben door risicogedrag een verhoogd risico op HIV. In onze survey hadden 21 van de 25 transgenders receptieve anale sekscontacten met klanten, 16 van de 25 hadden ook insertieve anale contacten. Onbeschermde receptieve anale seks is een risicofactor voor HIV-infectie en HIV kan via onbeschermde insertieve anale seks op klanten worden overgedragen.

Ook in de voorgaande surveys had een heel groot deel van de transgenders receptieve anale contacten en in ander onderzoek in Rotterdam en Amsterdam varieerde dit van 70-92%.^{8 16 17} Van de transgenders gebruikt 68% altijd condooms met klanten, maar 44% geeft aan dat dit condoom regelmatig stukgaat. HIV kan zich via de transgenders verspreiden. In deze survey hebben we bij transgenders gevraagd naar het gebruik van injectienaalden voor het toedienen van hormonen/siliconen. Alle HIV-positieve transgenders hebben in het verleden hiervoor injectienaalden gebruikt. HIV zou zich ook via deze route kunnen verspreiden.

De twee verslaafde HIV-positieve prostituees hadden beiden ooit drugs geïnjecteerd. De relatie tussen drugs injecteren en HIV-infectie is ook bekend vanuit andere studies^{18 19 40} en weerspiegelt de hoge HIV-prevalenties onder injecterende druggebruikers in Nederland.⁴¹⁻⁴³ Het druggerelateerde risicogedrag onder deze prostituees is niet meer heel erg hoog, nog maar drie van de negen verslaafde prostituees injecteert drugs. Uit de voorgaande survey in Rotterdam en ander recent onderzoek blijkt dat het drugs spuiten afneemt.^{8 44 45} Het seksueel risicogedrag onder druggebruikers is echter hoog. Van de verslaafde vrouwen gebruikt 78% altijd condooms met klanten, maar een derde rapporteert dat het condoom soms klappt. Van de laatste tien sekscontacten waarbij een condoom is gebruikt gaat gemiddeld één keer het condoom stuk. Dit benadrukt het belang van voorlichting over veilig vrijen naast veilig gebruiken voor verslaafde prostituees.

3.3.3 Risicogedrag prostituees

Het risicogedrag lijkt enigszins te verschillen tussen de prostituees. Niet-verslaafde vrouwen gebruiken het vaakst condooms met klanten, maar condoomfalen wordt door hen regelmatig gerapporteerd. Transgenders gebruiken het minst vaak condooms met klanten en rapporteren het vaakst condoomfalen. Deze resultaten komen overeen met de voorgaande surveys en met andere studies onder prostituees, waarbij het condoomgebruik met klanten hoog is en condoomfalen aanzienlijk.^{8 9 16 18} Ook lijken er verschillen te bestaan tussen de werkplekken. Inconsistent condoomgebruik komt vaker voor onder tippelzoneprostituees dan onder raam- en clubprostituees; dit geldt ook voor het rapporteren van condoomfalen en voor drugs spuiten en gebruiken. Transgenders en verslaafde prostituees, die overwegend meer risicogedrag vertonen, zijn ook vaker op de tippelzone werkzaam dan bij de ramen en in clubs. Ook uit de surveys onder prostituees in Amsterdam en Rotterdam bleek dat het seksueel risicogedrag hoger is onder tippelzoneprostituees dan onder prostituees werkzaam in de raam- of clubprostitutie.^{8 9} Net als in Den Haag zijn de tippelzones in beide steden inmiddels gesloten.

3.3.4 Risicogedrag en brugfunctie

Er is een risico op verspreiding van HIV naar de rest van de bevolking door de combinatie van de hoge HIV-prevalentie en seksueel risicogedrag. Het condoomgebruik van prostituees met hun klanten is hoog (79%), maar ruim een derde rapporteert condoomfalen. Gemiddeld gaat het condoom als het gebruikt wordt per tien sekscontacten 0,6 keer kapot.

Eén van de zeven HIV-positieve prostituees (14%) was bekend positief, zij gebruikt altijd condooms met klanten. Twee gebruikten niet altijd condooms met klanten en vier van de zeven (57%) HIV-positieve prostituees rapporteerden dat het condoom soms kapot gaat tijdens seksueel contact. Eén HIV-positieve prostituee was behandeld voor een SOA in het voorgaande jaar. Klanten en privé 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. Het risico op verspreiding verschilt echter tussen prostituees. Verslaafde vrouwen en transgenders zijn vaker HIV-positief dan niet-verslaafde vrouwen. Echter deze laatste groep rapporteert het vaakst (16%) dat ze in de voorgaande 12 maanden behandeld zijn voor een SOA.

3.4 Conclusies en aanbevelingen

De HIV-prevalentie onder prostituees in Den Haag is 3,5% (7/200). HIV is alleen gevonden bij verslaafde vrouwen (22,2%) en transgenders (20%). Van de niet-verslaafde vrouwelijke prostituees was niemand HIV-positief.

Prostituees gebruiken vaak condooms met klanten (79%), maar ruim een derde rapporteert dat condooms regelmatig stukgaan. Seksueel risicogedrag is hoger bij verslaafde prostituees en transgenders dan bij niet-verslaafde vrouwen. Niet-verslaafde vrouwen waren het vaakst behandeld voor een SOA in het voorgaande jaar. De HIV-prevalentie is hoger bij verslaafde prostituees en transgenders dan bij niet-verslaafde vrouwen. Gezien de hoge HIV-prevalentie in deze groepen en het risicogedrag is de kans aanwezig voor de verspreiding van HIV vanuit deze groepen naar de rest van de bevolking.

Bevindingen uit de survey kunnen worden gebruikt voor de preventieactiviteiten. Uit onze survey blijkt dat preventie gericht moet worden op het reduceren van condoomfalen en op het stimuleren van condoomgebruik bij privé partners. Het grootste deel van de HIV-positieve prostituees gaf aan dat ze onbekend waren met hun HIV-status. Dit benadrukt het belang van een actief testbeleid op HIV.

4. Migranten

4.1 Werving en non-respons

Van april 2005 tot januari 2006 zijn in totaal 1117 migranten geïnterviewd op verschillende ontmoetingsplaatsen in Den Haag. Van deze deelnemers vielen er 72 buiten de inclusiecriteria: één woonde niet in Nederland, 18 deelnemers waren jonger dan 18 jaar, 15 deelnemers waren ouder dan 55 jaar en 38 deelnemers (of één van hun ouders) waren niet geboren in Suriname, Antillen/Aruba of Ghana. Zes deelnemers hebben dubbel deelgenomen aan de survey en deze dubbele lijsten zijn niet meegenomen in de analyses.

Indeling naar etniciteit gebeurt op basis van het geboorteland van de ouders en de deelnemer (beschreven in paragraaf 2.2.2): 357 deelnemers van Antilliaanse/Arubaanse etniciteit, 425 Surinamers en 256 Ghanezen. Totaal 1039 deelnemers; één deelnemer is op basis van de indeling naar etniciteit Senegalees, echter deze deelnemer viel door het geboorteland van één van de ouders wel binnen de inclusiecriteria en is beschreven bij het totaal aantal deelnemers.

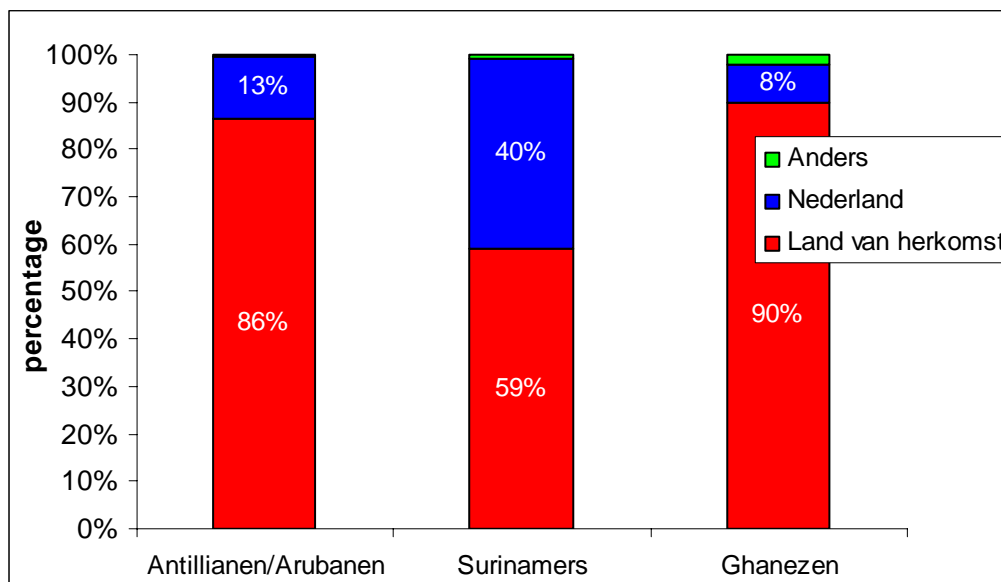
Ongeveer een derde van de deelnemers (31%) is geïnterviewd op de Haagsche Markt, een grote markt die vier dagen per week wordt gehouden in een multiculturele buurt in Den Haag, zie Tabel B.1. Van alle deelnemers is 27% geïnterviewd op allerlei festivals, zoals het jaarlijkse Milanfestival, Concordia festival en een Ghanees festival. Bij de Antillianen/Arubanen zijn de meeste deelnemers geïnterviewd op de Haagsche Markt (23%) en op straat (23%). Surinamers zijn veelal geworven op festivals (45%), vooral op het Milanfestival en Ghanezen zijn vaak geïnterviewd op straat (35%), maar ook op festivals (22%).

Van personen die niet wilden deelnemen aan de survey is een non-responslijst ingevuld (n=555). De reden van non-respons was niet altijd duidelijk omdat non-respondenten soms weigerden informatie te verstrekken. Op de lijsten waar wel een reden is ingevuld waren de meest voorkomende redenen voor non-respons: geen belangstelling (43%), geen tijd (38%), onderwerp te privé om over te praten (5%), was met familie of vrienden (3%), wil geen speekselmonster geven (1%), bang dat DNA wordt opgeslagen (1%) en 9% andere of onbekende reden. De responsrate is 65% (berekening $1039/(1039+555)*100\%$). Ongeveer twee derde van de personen die benaderd zijn wilde deelnemen aan de survey.

4.2 Resultaten

4.2.1 Karakteristieken van de onderzoekspopulatie

In totaal zijn 1039 deelnemers meegenomen in de analyse, waarvan 616 mannen (59%) en 423 vrouwen (41%). De analyses zijn per migrantengroep uitgevoerd. In Tabel B.2 is een aantal demografische kenmerken weergegeven. De mediane leeftijd van Antillianen/Arubanen is 28,0 jaar, bij Surinamers 32,5 jaar en bij Ghanezen 26,0 jaar. De meeste deelnemers waren woonachtig in Den Haag. Van de Surinamers is 40% in Nederland geboren. Ghanezen en Antillianen/Arubanen zijn minder vaak in Nederland geboren (8% en 13%), zie Figuur 4. Surinamers wonen langer in Nederland dan Antillianen/Arubanen en Ghanezen ($p < 0,001$) en zijn ook gemiddeld op jongere leeftijd naar Nederland gekomen dan de andere migrantengroepen ($p < 0,001$).



Figuur 4 Geboorteland per migrantengroep

4.2.2 HIV-prevalentie en HIV-testgedrag

In totaal waren negen deelnemers HIV-positief. De gevonden HIV-prevalentie onder Antillianen is 0,6% (2/318, 95% BI 0,1-2,1%), onder Surinamers 0,7% (3/403, 95% BI 0,2-2,0%) en onder Ghanezen 1,8% (4/222, 95% BI 0,6-4,3%).

Van de deelnemers heeft 37% eerder een HIV-test gehad ($n=389$). Bij 383 van hen was de uitslag negatief, bij één positief en vijf weten de uitslag van de test niet. Van de ene, naar eigen zeggen HIV-positieve deelnemer, is het speekselmonster echter negatief.

Waarschijnlijk is dit toe te schrijven aan de interpretatie van de vraag. De mediane laatste HIV-test is 3,0 jaar geleden (IQR 1-5 jaar). Antillianen hebben vaker een eerdere HIV-test gehad (44%, $n=157$) dan Surinamers (34%, $n=143$) en Ghanezen (35%, $n=89$).

4.2.3 Seksueel risicogedrag

Antillianen/Arubanen

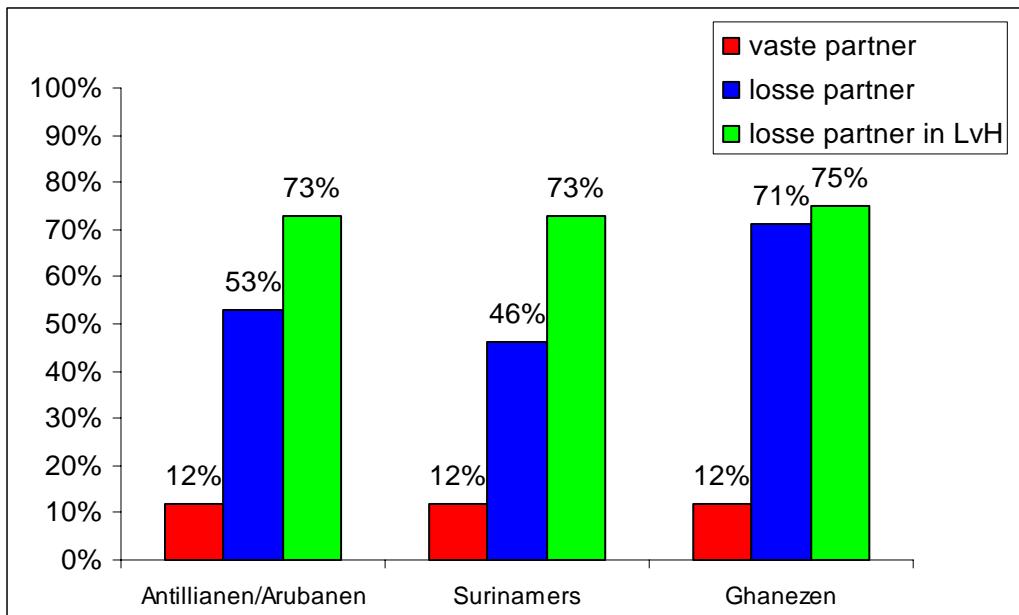
Bijna twee derde van de Antillianen/Arubanen (59%) heeft een vaste partner, 60% van de mannen en 59% van de vrouwen (zie Tabel B.6). Condoomgebruik met vaste partners is laag, 12% gebruikt altijd condooms (mannen 14%, vrouwen 10%). Ruim een derde van de Antillianen/Arubanen heeft in de voorgaande zes maanden seksueel contact gehad met losse partner(s), mannen vaker dan vrouwen (45% versus 26%). Ongeveer de helft (53%) gebruikte altijd condooms met losse partner(s). 17% van de Antillianen/Arubanen heeft meerdere partners tegelijkertijd, mannen vaker dan vrouwen (22% versus 11%). Van de Antilliaanse mannen heeft 15% in de voorgaande zes maanden onbeschermd seksuele contacten gehad met meer dan één partner, bij Antilliaanse vrouwen is dit 11%. Bij het laatste seksuele contact heeft 54% van de Antillianen een condoom gebruikt.

Surinamers

Van de Surinamers heeft 64% een vaste partner (273 van de 425), 62% van de mannen en 67% van de vrouwen (zie Tabel B.7). Condoomgebruik met vaste partners is laag (mannen 15%, vrouwen 8%). De helft van de Surinaamse mannen en een kwart van de vrouwen heeft losse partner(s) gehad in de voorgaande zes maanden. Bijna de helft van hen gebruikte altijd condooms met losse partners (mannen 48%, vrouwen 38%). Een vijfde (20%) van de Surinaamse mannen heeft meerdere partners tegelijkertijd, bij vrouwen 6%. Deze verschillen tussen mannen en vrouwen worden zowel bij Creolen als bij Hindoestanen gezien (Tabel B.8). 20% van de Surinaamse mannen heeft in de voorgaande zes maanden onbeschermd sekscontacten gehad met tenminste twee verschillende partners, bij Surinaamse vrouwen 8%. Bij het laatste seksuele contact heeft 53% van de Surinamers een condoom gebruikt.

Ghanezen

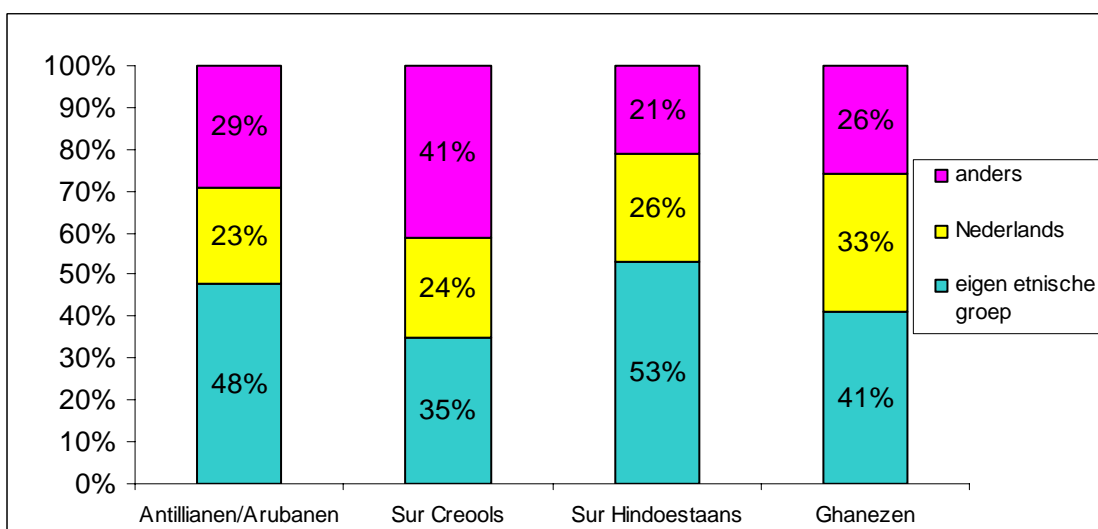
Meer dan de helft van de Ghanezen (107 van de 185) heeft een vaste partner, 53% van de mannen en 67% van de vrouwen (zie Tabel B.9). Condoomgebruik met de vaste partner is laag (mannen 13%, vrouwen 9%). Ghaneze mannen hebben vaker losse partners gehad dan vrouwen (35% versus 13%) en hebben ook iets vaker meerdere partners tegelijkertijd (11% versus 8%). Driekwart van de mannen gebruikt altijd condooms met losse partner(s) en een kwart van de vrouwen. Van de Ghanezen heeft 6% van de mannen en 4% van de vrouwen met meerdere partners onbeschermd contacten gehad in de voorgaande zes maanden. Bij het laatste seksuele contact heeft 65% van de Ghanezen een condoom gebruikt.



Figuur 5 Consistent (= 'altijd') condoomgebruik per migrantengroep

4.2.4 Mixing

Migranten hebben vaker losse partners van een andere etniciteit (=mixing) dan vaste partners, zie Tabel B.10. Van de Antilliaanse mannen heeft 40% een vaste partner van een andere etniciteit, bij Antilliaanse vrouwen en Ghanezen (mannen en vrouwen) is dit ongeveer een op de vier (26-30%). Bij Surinaamse Creolen, zowel mannen als vrouwen, is meer dan de helft van de vaste partners van een andere etniciteit. Bij Hindoestaanse mannen en vrouwen is dit 15-21%. Mixing met losse partners varieert van 27% van de Antilliaanse vrouwen tot 67% bij Creoolse mannen. Hindoestanen mixen minder vaak met losse partners dan Creolen. Van de deelnemers waarvan de laatste losse partner van een andere etniciteit is, gebruikt 18-88% niet altijd condooms, waarbij het condoomgebruik lager was voor vrouwen dan voor mannen.



Figuur 6 Mixing bij laatste losse partner(s)

4.2.5 Reisgedrag naar land van herkomst

Meer dan de helft van de migranten die vijf jaar of langer in Nederland wonen, hebben in de voorgaande vijf jaar een bezoek gebracht aan het land van herkomst, zie Tabel B.11.

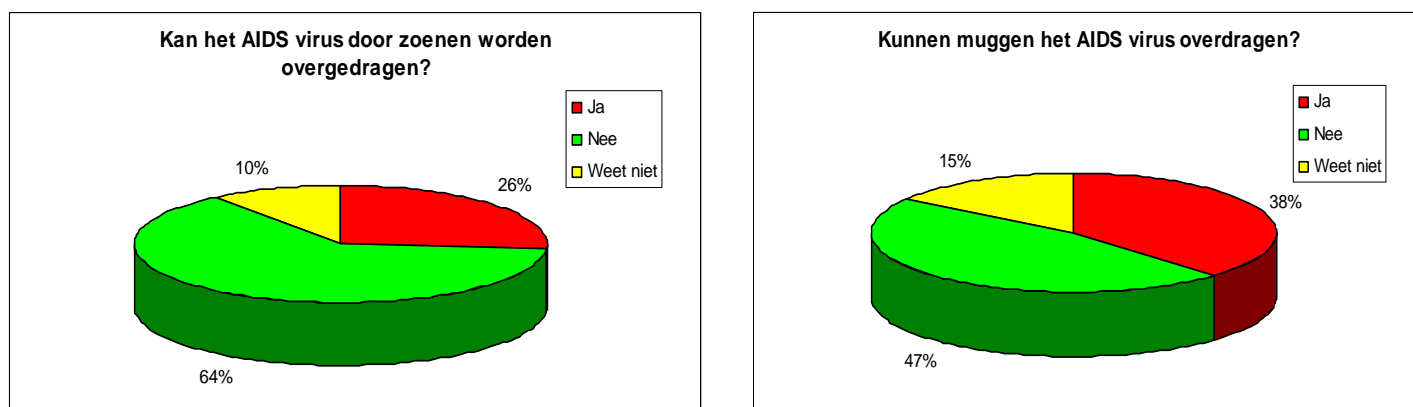
Antillianen iets vaker dan Surinamers en Ghanezen (A: 64%, S: 51%, G: 59%). Vrouwen reizen vaker naar het land van herkomst dan mannen. Van de Antillianen die een bezoek hebben gebracht heeft 13% een vaste partner in het land van herkomst, bij Surinamers is dit 3% en bij Ghanezen is dit 9%. Ongeveer een vijfde van de migranten heeft tijdens het laatste bezoek in het land van herkomst seksueel contact gehad met een losse partner, mannen vaker dan vrouwen. Van de Antillianen en Surinamers gebruikte ongeveer een kwart hierbij niet altijd een condoom en een vijfde van de Ghanezen.

4.2.6 SOA-onderzoek en voorlichting

Van de migranten heeft 13% in de afgelopen 12 maanden een SOA-onderzoek gehad. Bij 34% van deze onderzoeken is een SOA vastgesteld (44 van de 130). Bij 43% van de Antillianen die een SOA-onderzoek hebben gehad werd een SOA vastgesteld (19 van de 44), dit is vaker dan bij Surinamers (33%, 18 van de 55) en bij Ghanezen (23%, 7 van de 31), zie ook Tabel B.12. Twee derde van de migranten (66%) heeft SOA-voorlichting gehad in het voorgaande jaar. Een derde van de migranten (35%) gaf aan dat ze via radio/televisie voorlichting over SOA hadden gehad, 18% via school, 11% via internet. Een klein aantal deelnemers gaf aan dat ze op festivals of feesten voorlichting had gehad.

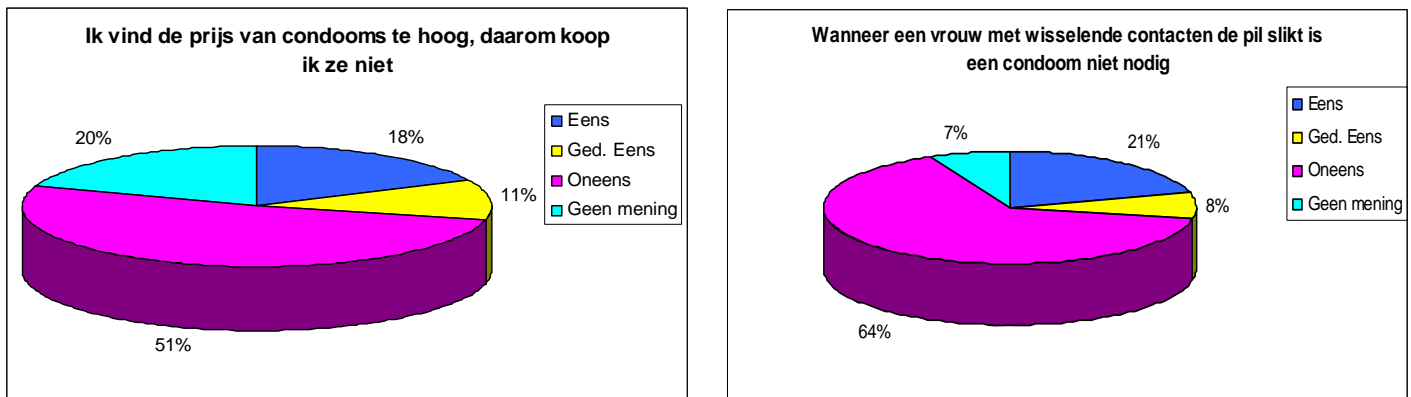
4.2.7 Stellingen AIDS en condoomgebruik

In de vragenlijst is een aantal stellingen opgenomen over AIDS en over condoomgebruik (zie Tabel B.13). De antwoorden laten zien dat er misverstanden bestaan over de transmissie van HIV/AIDS. Een kwart van de deelnemers denkt dat het AIDS-virus door zoenen kan worden overgedragen, 29-42% denkt dat muggen het AIDS-virus kunnen overdragen. 20-33% denkt dat iemand die besmet is met het AIDS-virus er niet gezond uit kan zien.



Figuur 7 Enkele stellingen over de transmissie van HIV/AIDS

Meer dan 74% weet dat een condoom beschermt tegen HIV/AIDS en 73-86% tegen SOA. Maar 15-27% van de deelnemers denkt minder risico te lopen op een SOA wanneer ze voor of na seksueel contact een douche nemen. En 16-25% vindt dat een vrouw met wisselende contacten die de pil slikt, geen condooms hoeft te gebruiken. Bijna een vijfde van alle deelnemers geeft aan dat de hoge prijs van condooms een reden is om ze niet te kopen.



Figuur 8 Enkele stellingen over condoomgebruik

4.3 Discussie

4.3.1 Werving en non-respons

In dit onderzoek is gestreefd naar een representatieve steekproef voor de drie migrantengroepen in Den Haag. De werving heeft plaatsgevonden via verschillende ontmoetingsplaatsen van migranten in Den Haag. Ongeveer twee derde van de personen die benaderd werden wilde aan de survey deelnemen (responsrate 65%). Of de kenmerken van deze non-respondenten verschilden van de deelnemers is niet bekend.

Het benaderen van Ghanezen (vooral Ghaneze vrouwen) was volgens de veldwerkers moeilijk. Van de drie migrantengroepen vormen Ghanezen de kleinste gemeenschap in Den Haag. Ze zijn mogelijk lastig te benaderen door het besloten karakter van deze gemeenschap. Schaamte of angst dat anderen zien dat je deelneemt aan het onderzoek kan hierbij meespelen.

4.3.2 HIV-prevalentie en HIV-test gedrag

De HIV-prevalentie onder Antillianen is 0,6%, onder Surinamers 0,7% en onder Ghanezen 1,8%. Deze prevalenties zijn vergelijkbaar met die uit de voorgaande surveys, hoewel er in Amsterdam en Rotterdam geen HIV-positieve Antillianen zijn gevonden. 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 deze migrantengroepen hoger.²⁷ Eind 2005 waren 43 Antillianen/Arubanen, 40 Surinamers en 26 Ghanezen, ouder dan 18 jaar, geregistreerd bij de HIV-behandelcentra in Den Haag (Leyenburg en Westeinde).⁴⁶

Zij staan onder behandeling van een HIV-behandelcentrum en zijn dus bekend HIV-positief; of ze woonachtig zijn in Den Haag is niet bekend.

Tabel 2 Prevalentie in vergelijking met cijfers HIV-behandelcentra Den Haag (SHM)

	Antillianen/Arubanen	Surinamers	Ghanezen
HIV-surveys Den Haag	N=318	N=403	N=222
HIV-prevalentie [95% BI]	0,6% [0,1-2,1%]	0,7% [0,2-2,0%]	1,8% [0,6-4,3%]
Stichting HIV Monitoring*			
Aantal HIV+ geregistreerd t/m 2005 (>18 jaar)	43	40	26

* Bron: cijfers Stichting HIV-Monitoring, cijfers Haagse HIV-behandelcentra (Leyenburg en Westeinde) 2005⁴⁶

Van de migranten heeft 37% zich eerder op HIV laten testen, dit is lager dan in de survey in Amsterdam (43%) maar hoger dan de 28% onder migranten in Rotterdam.^{8 9} Het percentage eerder getesten in Den Haag komt overeen met de resultaten van het monitoronderzoek uitgevoerd door RutgersNISSO groep. Hieruit blijkt dat 31% van Nederlandse jongeren (14-35 jaar) zich wel eens op HIV heeft laten testen.⁴⁷

4.3.3 Seksueel risicogedrag

Mannen vertonen meer seksueel risicogedrag dan vrouwen; ze hebben meer partners, vaker gelijktijdige partners, vaker seksueel contact in het land van herkomst en ze ‘misen’ vaker dan dat vrouwen doen. De surveys onder migranten in Rotterdam en Amsterdam laten dezelfde bevindingen zien.^{8 9} Mannen rapporteren meer partners over de afgelopen vijf jaar (A: 3,5 Sur Cr: 6,0 Sur H: 3,0 G: 2,0) dan vrouwen (A: 2,0 Sur Cr: 2,0 Sur H: 1,0 G: 1,0). Deze cijfers zijn vergelijkbaar met de migrantensurvey in Rotterdam en Amsterdam en de Amsterdamse studie in 1997²⁸ maar voor mannen zijn ze hoger dan in de algemene Nederlandse bevolking (mannen 2,5, vrouwen 1,4).⁴⁸ Bij deze aantallen partners kan sprake zijn van sociaal wenselijke antwoorden omdat het hebben van meerdere partners in deze culturen aanzien heeft bij mannen.

Vaste partner

Het condoomgebruik met vaste partners is laag, 88% gebruikt niet altijd condooms. Het condoomgebruik met vaste partners is lager bij vrouwen dan bij mannen. De voorgaande surveys laten dezelfde resultaten zien.^{8 9}

Losse partner(s)

Mannen hebben meer losse partners dan vrouwen. Opvallend is dat condoomgebruik bij alle groepen, zowel bij vaste als losse partners, lager is bij vrouwen dan bij mannen. Dit is ook te zien in de Amsterdamse survey en studie uit 1997.^{9 28}

Partners in het land van herkomst

Mannen hebben vaker seksuele contacten met losse partners in het land van herkomst dan vrouwen. Dit geldt zowel voor Antillianen, als voor Surinamers en Ghanezen. De studie in Amsterdam en de voorgaande surveys geven hetzelfde beeld.^{8 9 28} HIV wordt in deze landen veelal overgedragen via heteroseksueel contact.

Dit betekent dat seksueel contact in het land van herkomst het risico op HIV vergroot en dat uitwisseling van HIV tussen Nederland en het land van herkomst mogelijk is.

Mixing

Mixing, het hebben van een partner van een andere etniciteit, gebeurt vaker bij losse partners dan bij vaste partners. Dit komt overeen met de voorgaande surveys en met de bevindingen van Gras et al.^{8 28} Deze resultaten suggereren dat HIV en SOA door mixing tussen verschillende etnische groepen kunnen verspreiden, temeer omdat met losse partner(s) van een andere etniciteit in veel gevallen geen condoom wordt gebruikt.

4.3.4 Verspreiding van HIV naar algemene bevolking

Het risico van verdere verspreiding van HIV vanuit de migrantengroepen naar de rest van de bevolking lijkt gering, gezien de relatief lage HIV-prevalentie van deze survey. De gevonden HIV-prevalentie onder alle groepen is echter hoger dan de geschatte HIV-prevalentie in de algemene bevolking (0,2%).²⁷ Het gerapporteerde risicogedrag is bovendien hoog: laag condoomgebruik bij vaste partners en bij losse partners, mannen hadden vaak meerdere partners tegelijkertijd (17-28%), 4-20% had onbeschermd contacten in de voorgaande zes maanden bij tenminste twee partners.

Verder vindt seksueel contact plaats tussen verschillende etniciteiten, vooral bij losse partners; 18-88% van de deelnemers, waarvan de meest recente losse partner van een andere etniciteit is, gebruikt niet altijd condooms met deze partner. Wanneer HIV 'geïntroduceerd' wordt in deze groep, of als de gemeten prevalentie een onderschatting is van de werkelijke prevalentie, bestaat de kans dat het zich binnen deze populatie kan verspreiden en door mixing ook naar de rest van de bevolking.

4.4 Conclusie en aanbevelingen

De HIV-prevalentie onder Antillianen is 0,6%, onder Surinamers 0,7% en onder Ghanezen 1,8%. Het seksueel risicogedrag onder migranten is hoog en is hoger bij mannen dan bij vrouwen; ze rapporteren ongeveer twee keer zoveel partners, vaak meerdere partners tegelijkertijd, vaker seksuele contacten met losse partners in het land van herkomst en over het algemeen mixen ze vaker met partners van een andere etniciteit. Echter vrouwen gebruiken minder vaak condooms, zowel bij vaste als bij losse partners. 4-20% van de migranten heeft onbeschermd sekscontacten gehad met tenminste twee partners in de voorgaande zes maanden.

Ongeveer een op de tien migranten heeft zich in het voorgaande jaar laten testen op SOA, bij 34% van deze onderzoeken is een SOA vastgesteld. Het risico van verdere verspreiding van HIV naar de rest van de bevolking in Nederland lijkt gering, echter door vele seksuele contacten onderling en tussen de verschillende etnische groepen is er een potentieel risico op verdere verspreiding van HIV/SOA.

De 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 en condoomgebruik gewenst, gelet op het seksueel risicogedrag. Twee derde van de migranten heeft in de voorgaande 12 maanden voorlichting over SOA gehad; toch blijkt uit deze survey dat er nog veel misverstanden bestaan over de transmissie van HIV en over de noodzaak van condoomgebruik. Voorlichting over veilig vrijen blijft dus van belang.

5. Algemene conclusies en aanbevelingen

Prostituees

De HIV-prevalentie onder prostituees in Den Haag is 3,5% (7/200). HIV-infecties zijn aangetoond bij verslaafde vrouwen (22,2%) en bij transgenders (20%). Bij de niet-verslaafde vrouwelijke prostituees zijn geen HIV-infecties gevonden. Het grootste deel van de HIV-positieve prostituees was onbekend met de HIV-status.

Prostituees gebruiken vaak condooms met klanten (79%), maar ruim een derde rapporteert dat condooms regelmatig stukgaan. Seksueel risicogedrag is hoger bij verslaafde prostituees en transgenders dan bij niet-verslaafde vrouwen. Niet-verslaafde vrouwen waren het vaakst behandeld voor een SOA in het voorgaande jaar. Gezien de hoge HIV-prevalentie onder transgenders en verslaafde vrouwen en het risicogedrag is de kans aanwezig voor de verspreiding van HIV vanuit deze groepen naar de rest van de bevolking.

Migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden

De HIV-prevalentie onder Antillianen is 0,6%, onder Surinamers 0,7% en onder Ghanezen 1,8%. Seksueel risicogedrag wordt vaak gerapporteerd en is hoger bij mannen dan bij vrouwen; ze rapporteren ongeveer twee keer zoveel partners, vaak meerdere partners tegelijkertijd, vaker seksuele contacten met losse partners in het land van herkomst en ze mixen vaker met partners van een andere etniciteit. Echter vrouwen gebruiken minder vaak condooms, zowel bij vaste als losse partners. 4-20% van de migranten heeft onbeschermd sekscontacten gehad met tenminste twee partners in de voorgaande zes maanden. Ongeveer een op de tien migranten heeft zich in het voorgaande jaar laten testen op SOA, bij 34% van deze onderzoeken is een SOA vastgesteld. Twee derde van de migranten heeft in de voorgaande 12 maanden voorlichting over SOA gehad; toch blijkt uit deze survey dat er nog veel misstanden bestaan over de transmissie van HIV en over de noodzaak van condoomgebruik. Het risico van verdere verspreiding van HIV naar de rest van de bevolking in Nederland lijkt gering; echter door vele seksuele contacten onderling en tussen de verschillende etnische groepen is er een potentieel risico op verdere verspreiding van HIV/SOA.

In Den Haag heeft de derde survey plaatsgevonden onder prostituees werkzaam in de raamprostitutie, clubs en op de tippelzone en onder migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden. Aandachtspunten voor preventie bij prostituees zijn het reduceren van condoomfalen en het bevorderen van condoomgebruik met privé partners. Het verhogen van kennis op het gebied van SOA en HIV-transmissie is belangrijk bij migrantengroepen evenals het stimuleren van condoomgebruik. Het continueren van het actieve HIV- en SOA-testbeleid blijft van belang voor beide doelgroepen.

Dankwoord

We willen de deelnemers van harte bedanken voor hun deelname aan het onderzoek. Verder gaat onze dank uit naar alle interviewers die zich voor het veldwerk van de HIV-survey in Den Haag hebben ingezet: Carmen, Fernanda, Germain, Luz, Manuella, Mariechenella, Melissa, Mercedes, Mojgan, Patricia, Rian, Sergio en Vidjai. Daarnaast bedanken we de medewerkers van de Stichting Hulpverlening Opvang Prostituees (SHOP), de medewerkers van het gezondheidscentrum aan de Koningstraat, de deelnemende raamexploitanten en de deelnemende clubs voor het verlenen van hun medewerking aan de survey onder prostituees. De medewerkers van het buurthuis de Mussen aan de Hoefkade, de Stichting Ghanatta, Afro-Euro Hi-life en vele eigenaren en medewerkers van diverse locaties waar we mochten interviewen, bedanken we voor hun bijdrage aan de survey onder migranten. Ook bedanken we medewerkers van het data-entrybureau voor de invoer van alle vragenlijsten. We willen de Stichting Haags-Rijswijks Artsen-laboratorium en het streeklaboratorium van de GGD Amsterdam bedanken voor het afdraaien en de tijdelijke opslag van de speekselmonsters en de medewerkers van Viroclinics Rotterdam danken we voor het verwerken van de speekselmonsters en het uitvoeren van de HIV-testen. Tenslotte willen we Geeta Ramsaransing, Cees Postema en andere collega's van de GGD Den Haag bedanken voor hun inzet bij de HIV-surveys.

Literatuur

1. UNAIDS/WHO .Guidelines for Second Generation HIV Surveillance. Geneva, Switzerland, World Health Organization and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2000.
2. Stolte IG, Dukers NH, de Wit JB, Fennema JS, Coutinho RA. Increase in sexually transmitted infections among homosexual men in Amsterdam in relation to HAART. *Sex Transm Infect* 2001;77:184-6.
3. Xiridou M, Geskus R, de Wit J, Coutinho R, Kretzschmar M. Primary HIV infection as source of HIV transmission within steady and casual partnerships among homosexual men. *AIDS* 2004;18:1311-20.
4. Op de Coul E, Fennema J, Hoek Jvd, et al, eds. HIV-infecties en AIDS in Nederland: prevalentie en incidentie 1987-2002, pp 1-9. Alphen aan de Rijn: Van Zuiden Communications b.v., 2003.
5. Dukers NH, Spaargaren J, Geskus RB, Beijnen J, Coutinho RA, Fennema HS. 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:F19-24.
6. Beuker RJ, Berns MP, Hoebe CJ, Jansen M, van de Laar MJ. [HIV prevalence among injecting drug users in South Limburg, 1994-1998/1999: increasing trend in Heerlen, not in Maastricht]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002;146:567-70.
7. Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies HIV-surveillance in Nederland. Den Haag: RGO, 2001.
8. Veen, MG van, Beuker, RJ, Brito, O de, Götz, H, Koster, M de, Taqatqa, W al, Zwart, O de, and Laar, MJW van de. HIV-surveys onder hoog-risicogroepen in Rotterdam 2002-2003. RIVM rapport 441100021 Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), 2005
9. Veen, MG van Wagemans MAJ, Op de Coul, ELM, Fennema, JSA, Helm, TCM van der, Walter, J, Prins, M, and Laar, MJW van de. HIV-surveys among high risk groups in Amsterdam 2003-2004. RIVM rapport 441100021 Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), 2005
10. Mills S. Back to behavior: prevention priorities in countries with low HIV prevalence. *AIDS* 2000; 14 Suppl 3: S267-73.
11. Francois-Gerard C, Thortensson R, Luton P, Zumpe P, Maniez-Montreuil M, Massip AB et al. Multi-center European evaluation of HIV testing on serum and saliva samples. *Transfus Clin Biol* 1996;3:89-98.
12. Martinez PM , Torres AR, de Lejarazu RO, Montoya Ana, Martin JF, Eiros JM. Human immunodeficiency virus antibody testing by enzyme-linked fluorescent and western blot assays using serum, gingival-crevicular transudate, and urine samples. *Journal of Clinical Microbiology* 1999;37:1100-6.
13. 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;33:1221-9.
14. Lalan E and Mheen D van de. Klassieke risicogroepen hepatitis B. Omvangschattingen van homoseksuele mannen, prostitué(e)s, druggebruikers en bezoekers van SOA-poliklinieken. 2002. Rotterdam.
15. SOA Aids Nederland, website www.indeprostitutie.nl, date of access: april 2005.
16. 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. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1997;141:1238-41.
17. Roosmalen MS van, Wiessing LG, Meer J van der, Koedijk P, and Houweling H. HIV-infectie en riskant gedrag onder travestieten en transseksuelen in de Rotterdamse straatprostitutie. RIVM rapport 441100003 Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 1996
18. 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.

19. McKeganey N, Barnard M, Leyland A, Coote I, Follet E. Female streetworking prostitution and HIV infection in Glasgow. *BMJ* 1992;305:801-4.
20. Stichting Hulpverlening en Opvang Prostituees (SHOP) Den Haag. Personal Communication. 2005.
21. Alders M. Allochtonenprognose 2004-2050: belangrijkste uitkomsten. Centraal Bureau voor de Statistiek. Voorburg, 2005.
22. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Suriname: UNAIDS/WHO Epidemiological Fact Sheet - 2004 Update. Geneva, Switzerland, 2004.
23. Ministerie van Volksgezondheid/ProHealth. Nationaal Strategisch Plan voor een Multi-Sectorale Aanpak van HIV/AIDS in Suriname 2004-2008. Paramaribo, Suriname, 2003.
24. Medical & Public Health Service of Curaçao, Epidemiology & Research Unit. Cumulative registered number of known HIV-positives, Netherlands Antilles, 1985-2002 [Webpage] http://central-bureau-of-statistics.an/health/health_c2.asp, 2004.
25. Armstong S, Fontaine C, Wilson A, principal writers. UNAIDS 2004: Report on the global HIV/AIDS epidemic, Geneva, Switzerland: WHO library Cataloguing-in-Publication-Data, 2004. ISBN 9291733555
26. 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;15:1442-5.
27. Laar, MJW van de and Op de Coul, ELM, editors. HIV and Sexually Transmitted Infections in the Netherlands in 2003. An update: November 2004. 2004. RIVM rapport 441100020. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment.
28. 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;13:1953-62.
29. Gras L, Sighem A van, Valkengoed I van, Zaheri S, and Wolf F de. Monitoring of Human Immunodeficiency Virus (HIV) in the Netherlands, report 2004. 2004. Amsterdam.
30. Op de Coul ELM, Laar MJWvd. Toenemend aantal allochtonen met HIV, HIV en aids in Nederland, 1 december 2003. *Infectieziekten Bulletin* 2003;14.
31. Gras L, Sighem A van, Valkengoed I van, Zaheri S, and Wolf F de. Monitoring of Human Immunodeficiency Virus (HIV) in the Netherlands, report 2003 Amsterdam. Oktoberdruck AG Berlin 2003.
32. Bovée L, Hoek Avd. *Infectieziekten Jaarverslag 2003*, GG&GD Amsterdam. 2004.
33. Gemeente Den Haag. Feiten en cijfers Den Haag DBZ. www.denhaag.buurtmonitor.nl. 2005.
34. Gemeente Den Haag. Gemeentelijke Basisadministratie [interne communicatie] Dienst Burgerzaken. 2003.
35. Wellings K, Field J, Wadsworth J, Johnson AM, Anderson RM, Bradshaw SA. Sexual lifestyles under scrutiny. *Nature* 1990;348:276-8.
36. Akker R van den. Speeksel als alternatief voor bloed bij de bepaling van HIV-antistoffen. *Ned Tijdschr Geneesk*. 1992 Aug 1;136(31):1505-6. 1992;136:1505-6.
37. Emmons W. Accuracy of Oral Specimen Testing for Human Immunodeficiency Virus. *The American Journal of Medicine* 1997;102:15-20.
38. Holmstrom P, Syrjanen S, Laine P, Valle SL, Suni J. HIV antibodies in whole saliva detected by ELISA and western blot assays. *J Med Virol* 1990;30:245-8.
39. Behets FM, Edidi B, Quinn TC, Atikala L, Bishagara K, Nzila N et al. Detection of salivary HIV-1-specific IgG antibodies in high-risk populations in Zaire. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1991;4:183-7.
40. Vioque J, Hernandez-Aguado I, Fernandez Garcia E, Garcia de la Hera M, Alvarez-Dardet C. Prospective cohort study of female sex workers and the risk of HIV infection in Alicante, Spain (1986-96). *Sex Transm Infect* 1998;74:284-8.

41. Welp EA, Lodder AC, Langendam MW, Coutinho RA, van Ameijden EJ. HIV prevalence and risk behaviour in young drug users in Amsterdam. *AIDS* 2002;16:1279-84.
42. Boer IM de, Op de Coul EL, Beuker RJ, de Zwart O, Al Taqatqa W, van de Laar MJ. [Trends in HIV prevalence and risk behaviour among injecting drug users in Rotterdam, 1994-2002]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148:2325-30.
43. 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. *Neth J Med* 2003;146:567-70.
44. Poel A van der, Barendregt C, Schouten M, and Mheen D van de. De leefsituatie van gebruikers in de Rotterdamse harddrugscene (resultaten van de survey 2003). 2003. Rotterdam, Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving.
45. Buster MCA. Prevalence Morbidity and Mortality among Herion Users and Mehtodone Patients Amsterdam. 2003. Amsterdam, University of Amsterdam.
46. Wolf F de. Stichting HIV Monitoring, Amsterdam [interne communicatie]. 2005.
47. Kuyper L, Bakker F, and Zimbile F.R. Veilig Vrijen en condoomgebruik bij jongeren en jongvolwassen, stand van zaken 2004 en ontwikkelingen sinds 1987. 2005. Utrecht, Nederland.
48. Zessen G van and Sandfort TGM. Seksualiteit in Nederland. 91. Lisse, Nederland, Sets & Zeitlinger.

Bijlage 1 Tabellen Prostituees

Tabel A.1 Demografische kenmerken van deelnemers

	Totaal n=201		Vrouwen n=167		Verslaafde vrouwen n=9		Transgenders n=25	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Geslacht								
Vrouw	176	87,6	167	100	9	100	0	0
Trans	25	12,4	0	0	0	0	25	100
Werfplek†								
Tippelzone	63	31,3	34	20,4	6	66,7	23	92,0
Raamprostitutie	100	49,8	96	57,5	2	22,2	2	8,0
Clubs	27	13,4	26	15,6	1	11,1	0	0
Anders	11	5,5	11	6,6	0	0	0	0
Leeftijd (jaren)								
<25	40	19,9	36	21,6	0	0	4	16,0
25-34	64	31,8	51	30,5	3	33,3	10	40,0
35-44	62	30,8	51	30,5	2	22,2	9	36,0
>44	35	17,4	29	17,4	4	44,4	2	8,0
Gemiddelde leeftijd	34,4 jaar		34,4 jaar		39,6 jaar		32,9 jaar	
Mediane leeftijd (IQR)	34,0 jaar (26,0-41,0)		34,0 jaar (26,0-41,0)		40,0 jaar (26,0-50,0)		30,0 jaar (26,0-39,0)	
Woonplaats								
Den Haag	122	60,7	102	61,1	5	55,6	15	60,0
Amsterdam	19	9,5	15	9,0	0	0	4	16,0
Rotterdam	25	12,4	21	12,6	1	11,1	3	12,0
Utrecht	2	1,2	2	1,0	0	0	0	0
Anders	33	16,4	27	16,2	3	33,3	3	12,0
Vast adres								
Ja	146	72,6	126	75,4	5	55,6	15	60,0
Nee	53	26,4	41	24,6	3	33,3	9	36,0
Etniciteit								
Nederlands	49	24,4	42	25,1	5	55,6	2	8,0
West/Zuid-Europees	11	5,5	9	5,4	1	11,1	1	4,0
Oost-Europees	15	7,5	12	7,2	0	0	3	12,0
Afrikaans	8	4,0	8	4,8	0	0	0	0
Latijns-Amerikaans	107	53,2	87	52,1	3	33,3	17	68,0
Aziatisch	9	4,5	8	4,8	0	0	1	4,0
anders	2	1,0	1	0,6	0	0	1	4,0
Mediane woonduur in Nederland (IQR)* ‡	5,0 jaar (2,0-9,0)		4,5 jaar (2,0-9,0)		5,0 jaar (2,0-8,0)		5,5 jaar (3,0-10,5)	
Ziektek. verzekering								
Ja	126	62,7	104	62,3	7	77,8	15	60,0
Nee	62	30,8	50	29,9	2	22,2	10	40,0
Weet niet	13	6,5	13	7,8	0	0	0	0
Opleiding								
Geen opleiding	13	6,5	12	7,2	0	0	1	4,0
Basisonderwijs	38	18,9	34	20,4	1	11,1	3	12,0
VMBO/HAVO	95	47,3	78	46,7	3	33,3	14	56,0
VWO/MBO	40	19,9	32	19,2	3	33,3	5	20,0
HBO/Universiteit	11	5,5	8	4,8	2	22,2	1	4,0
Anders/onbekend	4	2,0	3	1,8	0	0	1	4,0

* alleen van prostituees geboren in het buitenland

‡ Kruskal Wallis test (p<0,0005), IQR = Interquartile Range

† Chi² test (p <0,0001)

Tabel A.2a HIV-prevalentie

HIV-prevalentie	HIV+/n*	HIV%	95% BI
Totaal	7/200	3,5%	[1,5-6,8%]
Niet-verslaafde vrouwen	0/166	0	-
Verslaafde vrouwen	2/9	22,2%	[3,9-56,2%]
Transgenders	5/25	20,0%	[7,7-38,9%]
Per werfplek			
Tippelzone	7/63	11,1%	[5,0-20,7%]
Raamprostitutie	0/99	0%	-
Clubs	0/27	0%	-

* 1 hiv-test had een ondefinieerbare uitslag, deze is niet meegenomen in de berekening (n=200)

Tabel A.2b HIV-status

	Totaal n=201		Vrouwen n=167		Verslaafde vrouwen n=9		Transgenders n=25	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ooit HIV-test								
Ja	21	10,4	18	10,8	2	22,2	1	4,0
Nee	180	89,6	149	89,2	7	77,8	24	96,0
Uitslag eerdere HIV-test								
Positief	2	1,1	1	0,7	0	0	1	4,2
Negatief	176	97,8	146	98,0	7	100	23	95,8
Weet niet	2	1,1	2	1,3	0	0	0	0
Jaren sinds laatste HIV-test mediaan (IQR)	1,0 jaar (0-2,0)		1,0 jaar (0-2,0)		0,0 jaar (0-2,0)		0,0 jaar (0,0-1,0)	

IQR = Interquartile Range

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

	Totaal n=201		Vrouwen n=167		Verslaafde vrouwen n=9		Transgenders n=25	
Mediane leeftijd start prostitutie (IQR) ‡	28,0 jaar (21,0-36,8)		28,0 jaar (21,0-37,0)		25,5 jaar (23,0-35,0)		24,0 jaar (21,0-31,0)	
Mediaan aantal jaren werkzaam prostitutie (IQR) †	3,3 jaar (1,1-7,0)		3,0 jaar (1,0-6,0)		10,0 jaar (5,0-10,0)		5,0 jaar (3,0-8,0)	
Mediaan aantal klanten/week (IQR) ω	20,0 (10,0-30,0)		20,0 (10,0-35,0)		10,0 (3,0-49,0)		15,0 (10,0-20,0)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Seksuele technieken met klanten								
Vaginale contacten	173	86,1	163	97,6	9	100	1	4,0
Orogenitale contacten	175	87,1	147	88,0	7	77,8	21	84,0
Anaal receptieve contacten	34	16,9	11	6,6	2	22,2	21	84,0
Anaal insertieve contacten	16	8,0	0	0	0	0	16	64,0
Anders	3	1,5	3	1,8	0	0	0	0
Geslacht klanten								
Mannen	187	93,0	156	93,4	9	100	22	88,0
Vrouwen	0	0	0	0	0	0	0	0
Beide	14	7,0	11	6,6	0	0	3	12,0
Condoomgebruik†								
Nooit	8	4,0	6	3,6	0	0	2	8,0
Niet altijd	35	17,4	27	16,2	2	22,2	6	24,0
Altijd	158	78,6	134	80,2	7	77,8	17	68,0
Weet niet	0	0	0	0	0	0	0	0
Condoomklapper								
Nooit	115	57,2	97	58,1	6	66,7	12	48,0
Soms	76	37,8	62	37,1	3	33,3	11	44,0
Vaak	2	1,0	2	1,2	0	0	0	0
Weet niet	8	4,0	6	3,6	0	0	2	8,0
Aantal klappers bij laatste 10 sekscontacten (gemiddeld)	0,6		0,6		1,0		0,1	

‡ Kruskal Wallis test (p=0,38), † Kruskal Wallis test (p<0,0004), ω Kruskal Wallis test (p<0,08)

† Chi² test (p=0,38), inconsistent (=nooit+niet altijd) versus consistent (=altijd) condoomgebruik

IQR = Interquartile Range

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

	Totaal n=201		Vrouwen n=167		Verslaafde vrouwen n=9		Transgenders n=25	
	n	%	n	%	n	%	n	%
VASTE PARTNER								
Vaste partner (vp) <6mnd								
Ja	123	61,2	100	59,9	5	55,6	18	72,0
Nee	78	38,8	67	40,1	4	44,4	7	28,0
Geslacht vp								
Man	120	97,6	98	98,0	5	100	17	94,4
Vrouw	2	1,6	1	1,0	0	0	1	5,6
Mediane duur relatie (IQR)								
	3,0 jaar (1,0-5,0)		3,0 jaar (1,0-6,0)		2,5 jaar (2,0-5,0)		3,0 jaar (0,6-5,0)	
Seksuele technieken vp								
Vaginale contacten	107	87,0	99	99,0	5	100	3	16,7
Orogenitale contacten	96	78,0	80	80,0	5	100	11	61,1
Anaal receptieve contacten	38	30,9	19	19,0	4	80,0	15	83,3
Anaal insertieve contacten	4	3,3	0	0	0	0	4	22,2
Anders	1	0,8	1	1,0	0	0	0	0
Condoomgebruik met vp								
Nooit	86	69,9	69	69,0	5	100	12	66,7
Niet altijd	23	18,7	20	20,0	0	0	3	16,7
Altijd	14	11,4	11	11,0	0	0	3	16,7
Weet niet	0	0	0	0	0	0	0	0
Vp ooit drugs gebruikt								
Ja	86	69,9	69	69,0	3	60,0	14	77,8
Nee	30	24,4	25	25,0	2	40,0	3	16,7
Weet niet	86	69,9	69	69,0	3	60,0	14	77,8
	7	5,7	6	6,0	0	0	1	5,6
Vp ooit drugs gespoten								
Nooit drugs gebruikt	86	69,9	69	69,0	3	60,0	14	77,8
Nee, alleen ooit drugs <u>gebruikt</u>	32	26,0	27	27,0	1	20,0	4	22,2
Ja	1	0,8	0	0	1	20,0	0	0
Weet niet	4	3,3	4	4,0	0	0	0	0
Naast vp ook lp								
Ja	15	12,2	13	13,0	0	0	2	11,1
Nee	108	87,8	87	87,0	5	100	16	88,9
LOSSE PARTNER(S)								
Losse partners (lp) <6 mnd								
Ja	33	16,4	27	16,2	1	11,1	5	20,0
Nee	168	83,6	140	83,8	8	88,9	20	80,0
Geslacht lp								
Man	32	97,0	26	96,3	1	100	5	100
Vrouw	0	0	0	0	0	0	0	0
Beide	1	3,0	1	3,7	0	0	0	0
Seksuele technieken lp								
Vaginale contacten	27	81,8	26	96,3	1	100	0	0
Orogenitale contacten	24	72,7	20	74,1	1	100	3	60,0
Anaal receptieve contacten	8	24,2	2	7,4	1	100	5	100
Anaal insertieve contacten	2	6,1	0	0	0	0	2	40,0
Anders	1	3,0	1	3,7	0	0	0	0
Vaginale contacten								
Condoomgebruik met lp								
Nooit	11	33,3	9	33,3	0	0	2	40,0
Niet altijd	10	30,3	8	29,6	1	100	1	20,0
Altijd	12	36,4	10	37,0	0	0	2	40,0

IQR = Interquartile Range

Tabel A.5 Mobiliteit prostituees

	Totaal n=201		Vrouwen n=167		Verslaafde vrouwen n=9		Transgenders n=25	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Waar gewerkt afgelopen jaar?								
Tippelzone	69	34,3	37	22,2	7	77,8	25	100
club	53	26,4	49	29,3	2	22,2	2	8,0
Privé-huis	38	18,9	31	18,6	4	44,4	3	12,0
Animeerbar	0	0	0	0	0	0	0	0
Escort service	10	5,0	8	4,8	1	11,1	1	4,0
06-nummer	1	0,5	1	0,6	0	0	0	0
Internet	5	2,5	3	1,8	0	0	2	8,0
Raam	125	62,2	112	67,1	3	33,3	10	40,0
Anders	8	4,0	7	4,2	1	11,1	0	0
Afgelopen jaar in andere stad in NL gewerkt? ϖ								
Nee	130	66,0	109	66,9	6	66,7	15	60,0
Ja	67	34,0	54	33,1	3	33,3	10	40,0
<i>Amsterdam</i>	33	49,3	27	50,0	0	0	6	60,0
<i>Utrecht</i>	17	25,4	13	24,1	1	33,3	3	30,0
<i>Rotterdam</i>	18	26,9	11	20,4	2	66,7	5	50,0
<i>Anders</i>	21	31,3	20	37,0	1	33,3	0	0
Ooit in buitenland in de prostitutie gewerkt?								
Nee	127	63,5	108	65,1	6	66,7	13	52,0
Ja	73	36,5	58	34,9	3	33,3	12	48,0
<i>Land van herkomst</i>	3	4,1	1	1,7	0	0	2	16,7
<i>West-Europa</i>	41	56,2	33	56,9	0	0	8	66,7
<i>Zuid-Europa</i>	34	46,6	25	43,1	2	66,7	7	58,3
<i>Oost-Europa</i>	2	2,7	1	1,7	0	0	1	8,3
<i>Latijns-Amerika</i>	3	4,1	3	5,2	0	0	0	0
<i>Azië</i>	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Anders</i>	0	0	0	0	0	0	0	0

 ϖ Chi² test (p=0,80)

Tabel A.6 SOA-onderzoek en SOA-behandeling bij prostituees

	Totaal n=201		Vrouwen n=167		Verslaafde vrouwen n=9		Transgenders n=25	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SOA-onderzoek gehad (<12 mnd)? ‡								
Nee	25	12,4	21	12,6	2	22,2	2	8,0
Ja	175	87,1	145	86,8	7	77,8	23	92,0
Onbekend	1	0,5	1	0,6	0	0	0	0
Waar SOA-onderzoek gehad?								
Huiskamer	33	18,9	21	14,5	2	28,6	10	43,5
Clubarts	4	2,3	3	2,1	1	14,3	0	0
Huisarts	45	25,7	40	27,6	2	28,6	3	13,0
SOA-polikliniek MCH	18	10,3	18	12,4	0	0	0	0
SOA-polikliniek Leyenburg	14	8,0	13	9,0	1	14,3	0	0
SOA-polikliniek andere stad	21	12,0	14	9,7	0	0	7	30,4
Anders	95	54,3	78	53,8	3	42,9	14	60,9
Welke onderwerpen SOA-onderzoek								
Condoomgebruik en veilig werken	87	49,7	71	49,0	5	71,4	11	47,8
SOA-onderzoek	145	82,9	118	81,4	6	85,7	21	91,3
HIV-test	137	78,3	108	74,5	6	85,7	23	100,0
Anti-conceptie	54	30,9	52	35,9	2	28,6	0	0
Veilig gebruiken van drugs anders	16	9,1	12	8,3	2	28,6	2	8,7
	11	6,3	9	6,2	1	14,3	1	4,3
SOA gehad (< 12 mnd)?Y								
Nee	163	81,1	134	80,2	7	77,8	22	88,0
Ja	31	15,4	27	16,2	1	11,1	3	12,0
Onbekend	7	3,5	6	3,6	1	11,1	0	0
Welke SOA (<12 mnd)?								
Gonorrroe	0	0	0	0	0	0	0	0
Syfilis	5	16,1	2	7,4	0	0	3	100,0
Chlamydia	18	58,1	16	59,3	0	0	2	66,7
Niet-specifieke urethritis	2	6,5	2	7,4	0	0	0	0
Genitale wratten	2	6,5	1	3,7	0	0	1	33,3
Genitale herpes	1	3,2	1	3,7	0	0	0	0
Hepatitis B	0	0	0	0	0	0	0	0
anders	6	19,4	5	18,5	1	100	0	0
SOA gehad ooit? ω								
Nee	114	56,7	99	59,3	4	44,4	11	44,0
Ja	85	42,3	67	40,1	4	44,4	14	56,0
Onbekend	2	1,0	1	0,6	1	11,1	0	0
Welke SOA ooit?								
Gonorrroe	1	3,2	1	3,7	0	0	0	0
Syfilis	5	16,1	2	7,4	0	0	3	100,0
Chlamydia	18	58,1	16	59,3	0	0	2	66,7
Niet-specifieke urethritis	2	6,5	2	7,4	0	0	0	0
Genitale wratten	4	12,9	3	11,1	0	0	1	33,3
Genitale herpes	2	6,5	2	7,4	0	0	0	0
Hepatitis B	0	0	0	0	0	0	0	0
anders	7	22,6	6	22,2	1	100	0	0

‡ Fishers Exact test (p=0,48), Y Chi² test (p=0,80), ω Fishers Exact test (p=0,33)

Tabel A.7 Druggebruik van prostituees

	Totaal n=201		Vrouwen n=167		Verslaafde vrouwen n=9		Transgenders n=25	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ooit harddrugs gespoten? *								
Nee	190	94,5	167	100	0	0	23	92,0
Ja	11	5,5	0	0	9	100	2	8,0
< 6 mnd harddrugs gespoten?								
Nee	198	98,5	167	100,0	6	66,7	25	100
Ja	3	1,5	0	0	3	33,3	0	0
< 6 mnd drugs gebruikt? ‡								
Nee	117	68,2	101	72,1	0	0	15	65,2
Ja, alleen hasj/weed/alcohol	9	4,5	7	4,2	2	22,2	1	4,0
Ja, harddrugs	46	22,9	32	19,2	7	77,8	7	28,0
Welke drugs gebruikt < 6mnd?								
heroïne	4	8,7	1	3,1	3	42,9	0	0
cocaine	30	65,2	20	62,5	4	57,1	6	85,7
speedball	3	6,5	0	0	3	42,9	0	0
voorgekookte coke	2	4,3	2	6,3	0	0	0	0
methadon	1	2,2	0	0	1	14,2	0	0
andere opiaten	0	0	0	0	0	0	0	0
amfetamine	1	2,2	0	0	0	0	1	14,3
extacy	18	39,1	15	46,9	0	0	3	42,8
pillen	3	6,5	3	9,4	0	0	0	0
hasj/weed	17	-	14	43,8	2	-	1	-
alcohol	9	-	9	28,1	0	-	0	-
anders	0	0	0	0	0	0	0	0

* Chi² test (p < 0,0001), ‡ Chi² test (p < 0,0001) geen drugs gebruikt versus wel drugs gebruikt

Bijlage 2 Tabellen Migranten

Tabel B.1 Plaats van werving per doelgroep

	Antillianen/Arubanen n=357		Surinamers n=425		Ghanezen n=256	
	N	%	N	%	N	%
Markt (Haagsche Markt)	185	22,7	103	24,2	36	14,1
Festival	31	8,7	190	44,7	57	22,3
Straat	81	22,7	71	16,7	89	34,8
Café/ discotheek	13	3,7	32	7,5	1	0,40
Kerk	1	0,3	0	0,0	40	15,6
Buurthuis/wijkcentrum	7	2,0	15	3,5	0	0,0
Sportclub	0	0,0	7	1,7	0	0,0
Anders	39	11,0	7	1,7	33	12,9

Tabel B.2 Demografische kenmerken per migrantengroep

	Antillianen/Arubanen n=357		Surinamers n=425		Ghanezen n=256	
	N	%	N	%	N	%
Geslacht						
Man	197	55,2	230	54,1	189	73,8
Vrouw	160	44,8	195	45,9	67	26,2
Mediane leeftijd (IQR) ‡	28,0 jaar (22,0-40,0)		25,0 jaar (21,0-39,0)		30,0 jaar (24,0-36,5)	
Leeftijd						
<25 jaar	134	37,5	195	45,9	67	26,2
25-34 jaar	81	22,7	89	20,9	101	39,5
35-44 jaar	88	24,6	76	17,9	71	27,7
>44 jaar	50	14,0	64	15,1	13	5,1
Burgerlijke staat						
Getrouwd	24	6,7	59	13,9	38	14,8
Samenwonend/LAT	81	22,7	86	20,2	56	21,9
Alleenstaand	226	63,3	245	57,6	145	56,6
Gescheiden	11	3,1	23	5,4	6	2,3
Weduwe/weduwenaar	3	0,8	3	0,7	2	0,8
Woonplaats						
Den Haag	336	94,1	393	92,5	249	97,3
Omgeving	10	2,8	7	1,6	0	-
Anders	7	2,0	20	4,7	3	1,2
Geboorteland						
Nederland	48	13,4	168	39,5	21	8,2
Suriname	2	0,6	252	59,3	0	-
Antillen/Aruba	306	85,7	5	1,2	0	-
Ghana	0	-	0	-	230	89,8
Afrika, anders	0	-	0	-	3	1,2
Anders	1	0,3	0	-	1	0,4
Mediane woonduur in Nederland (IQR) ‡	10,0 jaar (5,0-16,0)		21,0 jaar (13,0-30,0)		7,0 jaar (5,0-13,0)	
Mediane leeftijd naar Nederland (IQR) ‡*	20,0 jaar (13,0-26,0)		15,0 jaar (8,0-20,0)		22,0 jaar (16,0-28,0)	
Ziektekostenverzekering						
Ja	331	92,7	403	94,8	212	82,8
Nee	18	5,0	14	3,3	41	16,0
Weet niet	8	2,3	8	1,9	3	1,2
Opleiding						
Geen	9	2,5	6	1,4	12	4,7
Basisonderwijs	36	10,1	25	5,9	42	16,4
Middelbare school	164	45,9	162	38,1	124	48,4
VMBO/MBO	102	28,6	153	36,0	51	19,9
HBO/WO	44	12,3	78	18,4	24	9,4
Anders	9	2,5	0	-	2	0,8

‡ Kruskal-Wallis test (p<0,0001)

* alleen deelnemers geboren in het buitenland

IQR = Interquartile Range

Tabel B.3 Demografische kenmerken Surinamers: Creolen en Hindoestanen

	Creolen N=159				Hindoestanen N=210			
	Totaal n	%	Man n	Vrouw n	Totaal n	%	Man n	Vrouw n
Geslacht								
Man	82	51,6	82		110	52,4	110	
Vrouw	77	48,4		77	100	47,6		100
Mediane leeftijd (IQR) ‡	24,0 jaar (21,0-35,0)		24,0	25,0	28,0 jaar (21,0-41,0)		25,0	31,0
Leeftijd								
<25 jaar	80	50,3	43	37	82	39,0	51	31
25-34 jaar	35	22,0	16	19	45	21,4	21	24
35-44 jaar	22	13,8	10	12	48	22,9	19	29
>44 jaar	22	13,8	13	9	34	16,2	19	15
Burgerlijke staat								
Getrouwd	10	6,3	6	4	46	21,9	18	28
Samenwonend/LAT	36	22,6	23	13	34	16,2	19	15
Alleenstaand	101	63,5	48	53	111	52,9	67	44
Gescheiden	7	4,4	4	3	14	6,7	4	10
Weduwe/weduwnaar	1	0,6	0	1	2	1,0	0	2
Woonplaats								
Den Haag	151	95,0	78	73	192	91,4	101	91
Omgeving	1	0,6	0	1	2	1,0	1	1
Anders	3	1,9	2	1	15	7,1	8	7
Geboorteland								
Nederland	60	37,7	35	25	78	37,1	46	32
Suriname	99	62,3	47	52	131	62,4	64	67
Anders	0	-	0	0	1	0,5	0	1
Mediane woontijd in NL (IQR) §	16,0 jaar (9,0-25,0)		17,0	15,0	25,0 jaar (19,0-28,0)		25,0	25,0
Mediane leeftijd naar NL (IQR) γ*	13,0 jaar (8,0-21,0)		12,0	15,0	15,0 jaar (10,0-19,0)		16,0	15,0
Ziektekostenverzekering								
Ja	152	95,6	78	2	200	95,2	5	99
Nee	5	3,1	3	74	5	2,4	101	0
Weet niet	2	1,3	1	1	5	2,4	4	1
Opleiding								
Geen	5	3,1	4	1	0	-	0	0
Basisonderwijs	8	5,0	4	4	16	7,6	8	8
Middelbare school	59	37,1	27	32	74	35,2	39	35
VMBO/MBO	60	37,7	32	28	78	37,1	40	38
HBO/WO	26	16,4	15	11	42	20,0	23	19

‡ Kruskal-Wallis test verschil in leeftijd Creolen en Hindoestanen (p=0,06)

§ Kruskal-Wallis test verschil in woontijd in Nederland tussen Creolen en Hindoestanen (p=0,001)

γ Kruskal-Wallis test geen verschil in gemiddelde leeftijd naar Nederland (p=0,71)

* deelnemers geboren in het buitenland

IQR = Interquartile Range

Tabel B.4 HIV Prevalentie onder migranten

	HIV +	HIV -	Totaal*	Prevalentie (%)	95% BI
Antillianen	2	316	318	0,6	[0,1-2,1]
Ghanezen	4	218	222	1,8	[0,6-4,3]
Surinamers	3	400	403	0,7	[0,2-2,0]
Totaal	9	934	943	1,0	[0,5-1,7]

* speekselmonsters waarbij de HIV uitslag onbekend of intermediate was zijn niet meegenomen in deze berekening (n=37) en van 59 deelnemers is de uitslag onbekend vanwege verlies van monsters tijdens het transport:

Antillianen: 25 deelnemers speeksel monster niet beschikbaar en 14 uitslagen onbekend, dus totaal=318

Surinamers: 5 deelnemers speeksel monster niet beschikbaar en 17 uitslagen onbekend, dus totaal=403

Ghanezen: 28 deelnemers speeksel monster niet beschikbaar en 6 uitslagen onbekend, dus totaal=222

Tabel B.5 HIV-test gedrag onder migranten

	Totaal n=1039		Antillianen/Arubanen n=357		Surinamers n=425		Ghanezen n=256	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ooit HIV-test								
Ja	389	37,4	157	44,0	143	33,7	89	34,8
Nee	642	61,8	197	55,2	279	65,7	165	64,5
Weet niet	8	0,8	3	0,8	3	0,7	2	0,8
Uitslag eerdere HIV-test								
Positief**	1	0,3	0	-	0	-	1	1,1
Negatief	383	98,5	155	98,7	142	99,3	86	96,6
Weet niet	5	1,3	2	1,3	1	0,7	2	2,3
Mediaan aantal jaar sinds laatste HIV-test (IQR)	3,0 jaar (1,0-5,0)		2,5 jaar (1,0-6,0)		2,0 jaar (1,0-5,0)		3,0 jaar (2,0-5,0)	

** Een deelnemer gaf aan een 'positieve' uitslag te hebben op een eerdere HIV-test. Deze had een negatief speekselmonster. Waarschijnlijk is verkeerde interpretatie van het antwoord de oorzaak hiervan

IQR = Interquartile Range

Tabel B.6 Seksueel gedrag bij Antillianen/Arubanen

	Antillianen/Arubanen n=357		Mannen n=197		Vrouwen n=160	
	N	%	N	%	N	%
Seksuele voorkeur*						
Hetero	263	95,3	161	98,8	102	90,3
Homo	13	4,7	2	1,2	11	9,7
Vaste partner	212	59,4	118	59,9	94	58,8
Mediane duur relatie (IQR)	3,6 jaar (1,5-6,0)		3,3 jaar (2,0-6,0)		3,7 jaar (1,0-5,2)	
Etnische groep vp						
Nederlands	33	15,6	25	21,2	8	8,5
Sur-Hindoestaans	3	1,4	2	1,7	1	1,1
Sur-Creools	15	7,1	9	7,6	6	6,4
Sur-Overig	2	0,9	2	1,7	0	0
Antilliaans/Arubaans	139	65,6	70	59,3	69	73,4
Afrikaans	5	2,4	1	0,8	4	4,3
Anders	13	6,1	7	5,9	6	6,4
Condoomgebruik vp						
Nooit	132	62,3	75	63,6	57	60,6
Niet altijd	51	24,1	26	22,0	25	26,6
Altijd	26	12,3	17	14,4	9	9,6
N.v.t.	1	0,5	0	0	1	1,1
Weet niet	1	0,5	0	0	1	1,1
Losse partners < 6 mnd	129	36,1	88	44,7	41	25,6
Naast vp óók lp**	62	29,3	42	35,6	20	21,9
Condoomgebruik lp						
Altijd	65	52,9	49	57,7	16	42,1
Niet altijd	58	47,2	36	42,4	22	57,9
Mediaan aantal partners <5jr (IQR)	2,5 (1,0-5,0)		3,5 (2,0-6,5)		2,0 (1,0-3,0)	
Condoomgebruik laatste sekscontact?						
Ja	191	54,4	113	58,3	78	49,7
Nee	139	39,6	69	35,6	70	44,6
Weet niet	21	6,0	12	6,2	9	5,7
Partners gelijktijdig? Naast vp ook lp en/of lp in lvh?***						
Ja	62	17,4	44	22,3	18	11,3
Nee	295	82,6	153	77,7	142	88,8

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

** percentage van vaste partners

*** gecorrigeerd voor relatieduur (relatie met vp > 6 maanden)

IQR = Interquartile Range

Tabel B.7 Seksueel gedrag bij Surinamers

	Surinamers n=425		Mannen n=230		Vrouwen n=195	
	N	%	N	%	N	%
Seksuele voorkeur*						
Hetero	345	94,5	200	96,2	145	92,4
homo	20	5,5	8	3,9	12	7,6
Vaste partner	273	64,2	143	62,2	130	66,7
Mediane duur relatie (IQR)	4,0 jaar (1,5-9,3)		3,0 jaar (1,5-9,0)		4,3 jaar (1,3-11,0)	
Etnische groep vp						
Nederlands	36	13,2	19	13,3	17	13,1
Sur-Hindoestaans	124	45,4	67	46,9	57	43,8
Sur-Creools	55	20,1	26	18,2	29	22,3
Sur-Overig	17	6,2	12	8,4	5	3,8
Antilliaans/Arubaans	10	3,7	7	4,9	3	2,3
Afrikaans	12	4,4	2	1,4	10	7,7
Anders	18	6,6	10	7,0	8	6,2
Condoomgebruik vp						
Nooit	171	62,6	86	60,1	85	65,4
Niet altijd	61	22,3	33	23,1	28	21,5
Altijd	32	11,7	22	15,4	10	7,7
N.v.t.	1	0,4	0	0	1	0,8
Losse partners < 6 mnd	166	39,1	118	51,3	48	24,6
Naast vp óók lp**	73	26,7	53	37,1	20	15,4
Condoomgebruik lp						
Altijd	75	45,5	57	48,3	18	38,3
Niet altijd	90	54,5	61	51,7	29	61,7
Mediaan aantal partners <5jr (IQR)	2,0 (1,0-6,0)		5,0 (2,0-10,0)		2,0 (1,0-3,0)	
Condoomgebruik laatste sekscontact?						
Ja	219	53,3	140	63,4	79	41,6
Nee	182	44,3	77	34,8	105	55,3
Weet niet	10	2,4	4	1,8	6	3,2
Partners gelijktijdig? Naast vp ook lp en/of lp in lvh?***						
Ja	58	13,7	46	20,0	12	6,2
Nee	367	86,4	184	80,0	183	93,9

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

** percentage van vaste partners

*** gecorrigeerd voor relatieduur (relatie met vp > 6 maanden)

IQR = Interquartile Range

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

	Creolen N=159				Hindoestanen N=210			
	Totaal		Man N=82	Vrouw N=77	Totaal		Man N=110	Vrouw N=100
	N	%	N	N	n	%	N	N
Vaste partner	97	61,0	48	49	138	65,7	69	69
Mediane duur relatie (IQR)	3,0 jaar (1,2-6,0)		3,0	3,5	5,0 jaar (2,0-15,0)		5,0	6,0
Etnische groep vp								
Nederlands	24	24,7	13	11	9	6,5	4	5
Sur-Hindoestaans	6	6,2	4	2	113	81,9	59	54
Sur-Creools	41	42,3	17	24	3	2,2	2	1
Sur-Overig	6	6,2	4	2	4	2,9	1	3
Antilliaans/Arubaans	6	6,2	3	3	1	0,7	1	0
Afrikaans	1	1,0	1	0	2	1,4	0	2
Anders	6	6,2	2	4	5	3,6	2	3
Condoomgebruik vp								
Nooit	58	59,8	26	32	94	68,1	45	49
Niet altijd	20	20,6	11	9	26	18,8	14	12
Altijd	17	17,5	11	6	13	9,4	9	4
Weet niet	1	1,0	0	1	0	-	0	0
N.v.t.	1	1,0	0	1	5	3,6	1	4
Losse partners < 6 mnd	72	45,3	49	23	66	31,4	48	18
Naast vp óók lp**	34	35,1	23	11	27	19,6	21	6
Condoomgebruik lp								
Altijd	36	50,0	25	11	24	36,4	20	4
Niet altijd	36	50,0	24	12	42	63,6	28	14
Mediaan aantal partners <5jr (IQR)	3,0 (2,0-7,0)		6,0	2,0	2,0 (1,0-5,0)		3,0	1,0
Condoomgebruik laatste sekscontact?								
Ja	89	58,2	53	36	93	46,0	62	31
Nee	60	39,2	25	35	104	51,5	39	65
Weet niet	4	2,6	2	2	5	2,5	9	4
Partners gelijktijdig? Naast vp ook lp en/of lp in lvh?***								
Ja	26	16,4	19	7	20	9,5	17	3
Nee	133	83,6	63	70	190	90,5	93	97

** percentage van vaste partners

*** gecorrigeerd voor relatieduur (relatie met vp > 6 maanden)

IQR = Interquartile Range

Tabel B.9 Seksueel gedrag bij Ghanezen

	Ghanezen n=256		Mannen n=189		Vrouwen n=67	
	N	%	N	%	N	%
Seksuele voorkeur*						
Hetero	177	93,7	134	94,4	43	91,5
Homo	12	6,4	8	5,6	4	8,5
Vaste partner	145	56,6	100	52,9	45	67,2
Mediane duur relatie (IQR)	3,0 jaar (2,0-5,0)		3,0 jaar (2,0-5,0)		4,0 jaar (2,0-5,1)	
Etnische groep vp						
Nederlands	26	17,9	20	20,0	6	13,3
Sur-Hindoestaans	0	-	0	-	0	-
Sur-Creools	2	1,4	1	1,0	1	2,2
Sur-Overig	1	0,7	0	0	1	2,2
Antilliaans/Arubaans	4	2,8	4	4,0	0	0
Afrikaans	111	76,6	75	75,0	36	80,0
Anders	1	0,7	0	0	1	2,2
Etnische gr Afrika,nl						
Ghanees	105	72,4	70	70,0	35	77,8
anders	6	4,1	5	5,0	1	2,2
Condoomgebruik vp						
Nooit	87	60,0	57	57,0	30	66,7
Niet altijd	36	24,8	27	27,0	9	20,0
Altijd	17	11,7	13	13,0	4	8,9
Weet niet	2	1,4	0	0	2	4,4
N.v.t.	1	0,7	1	1,0	0	0
Losse partners < 6 mnd	75	29,3	66	34,9	9	13,4
Naast vp óók lp**	28	19,3	22	22,0	6	13,3
Condoomgebruik lp						
Altijd	52	71,2	50	76,9	2	25,0
Niet altijd	21	28,8	15	23,1	6	75,0
Mediaan aantal partners <5jr (IQR)	2,0 (1.0-4.0)		2,0 (1.0-5.0)		1,0 (1.0-2.0)	
Condoomgebruik laatste sekscontact?						
Ja	158	64,5	124	69,3	34	51,5
Nee	83	33,9	54	30,2	29	43,9
Weet niet	4	1,6	1	0,6	3	4,6
Partners gelijktijdig? Naast vp ook lp en/of lp in lvh?***						
Ja	26	10,2	21	11,1	5	7,5
Nee	230	89,8	168	88,9	62	92,5

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

** percentage van vaste partners

*** gecorrigeerd voor relatieduur (relatie met vp > 6 maanden)

IQR = Interquartile Range

Tabel B.10 Etniciteit van vaste en meest recente losse partner(s)

Etniciteit (%)*	Antillianen/Aruba		Surinaams Creools		Surinaams Hindo		Ghanezen	
	♂ n=197	♀ n=160	♂ n=82	♀ n=77	♂ n=110	♀ n=100	♂ n=189	♀ n=67
<u>Vaste partner</u>	N=118	N=94	N=48	N=49	N=69	N=69	N=100	N=45
Nederlands	21,2	8,5	27,1	22,5	5,8	7,2	20,0	13,3
Sur-Hindostaans	1,7	1,1	8,3	4,1	85,5	78,3	0,0	0,0
Sur-Creools	7,6	6,4	35,4	49,0	2,9	1,4	1,0	2,2
Antilliaans/Aruba	59,3	73,4	8,3	6,1	1,5	0,0	4,0	0,0
Ghanees	0,0	0	2,1	2,0	0,0	0,0	70,0	77,7
anders	10,2	10,6	18,8	16,3	4,3	13,1	5,0	6,8
<u>Losse partner (laatste)</u>	N=88	N=41	N=49	N=23	N=48	N=18	N=66	N=9
Nederlands	31,8	2,4	30,6	8,7	31,3	11,1	36,4	11,1
Sur-Hindostaans	1,1	2,4	6,1	8,7	52,1	55,6	0,0	0,0
Sur-Creools	9,1	4,9	32,7	39,1	2,1	5,6	3,0	0,0
Antilliaans/Aruba	36,4	73,2	8,2	26,1	6,3	5,6	10,6	0,0
Ghanees	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	37,9	66,7
anders	21,6	17,1	20,4	17,4	8,3	22,2	12,1	22,2
<u>Condoomgebruik losse partner (laatste)‡</u>								
Altijd	60,4	25,0	54,5	35,7	47,8	12,5	82,5	50,0
Niet altijd	39,6	75,0	45,5	64,3	52,2	87,5	17,5	50,0

‡ alleen van losse partners die een andere etniciteit hebben dan de deelnemer zelf (dus mixing)

* concordante etniciteit van 'partnerships' -> grijs gearceerd

Tabel B.11 Reisgedrag naar land van herkomst*

	Antillianen/Arubanen n=282*					
	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	N	%	N	%	N	%
Bezoek LvH (<5 jr)*						
Ja	179	63,5	93	60,8	86	66,7
Nee	102	36,2	60	39,2	42	32,6
Weet niet	1	0,4	0	-	1	0,8
Vp in LvH	23	12,9	16	17,2	7	8,1
Condoomgebruik vp in LvH						
Altijd	4	17,4	4	25,0	0	
Niet altijd	11	47,8	4	25,0	7	100
n.v.t.	6	26,1	6	37,5	0	
Weet niet	2	8,7	2	12,5	0	
Lp seks in LvH (laatste bezoek)	44	24,7	36	38,7	8	9,3
Condoomgebruik lp LvH						
Altijd	32	72,7	28	77,7	4	50,0
Niet altijd	10	22,7	7	19,4	3	37,5
Weet niet	2	4,5	1	2,7	1	12,5
	Surinamers n=385*					
	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	N	%	N	%	N	%
Bezoek LvH (<5 jr)*						
Ja	206	51,1	110	52,9	96	54,2
Nee	179	44,4	98	47,1	81	45,8
Weet niet	0	-	0	-	0	-
Vp in LvH	7	3,4	6	5,4	1	1,0
Condoomgebruik vp in LvH						
Altijd	2	28,6	2	33,3		
Niet altijd	4	57,1	3	50,0	1	100
n.v.t.	1	14,3	1	16,7		
Weet niet	0	-				
Lp seks in LvH (laatste bezoek)	41	19,9	38	34,5	3	3,1
Condoomgebruik lp LvH						
Altijd	30	73,1	27	71,1	3	100
Niet altijd	11	26,8	11	28,9		
Weet niet	0					
	Ghanezen n=200*					
	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	N	%	N	%	N	%
Bezoek LvH (<5 jr)*						
Ja	118	59,0	78	54,2	40	71,4
Nee	80	40,0	65	45,1	15	26,8
Weet niet	2	1,0	1	0,7	1	1,8
Vp in LvH	11	9,3	10	12,8	1	2,5
Condoomgebruik vp in LvH						
Altijd	2	18,2	2	20,0		
Niet altijd	6	54,5	5	50,0	1	100
n.v.t.	2	18,2	2	20,0		
Weet niet	1	9,1	1	10,0		
Lp seks in LvH (laatste bezoek)	20	16,9	18	23,0	2	5,0
Condoomgebruik lp LvH						
Altijd	15	75,0	14	77,7	1	50,0
Niet altijd	4	20,0	3	16,7	1	50,0
Weet niet	1	5,0	1	5,6		

* personen waarvan bekend is dat ze 5 jaar of langer in Nederland wonen

Tabel B.12 SOA-onderzoek en behandeling

	Totaal n=1039 N (%)	Antillianen/Arubanen n=357 N (%)	Surinamers n=425 N (%)	Ghanezen n=256 N (%)
SOA-onderzoek <12mnd				
Ja	130 (12,7)	44 (12,7)	55(13,1)	31 (12,2)
Nee	893 (87,3)	303 (87,3)	365 (86,9)	224 (87,8)
SOA-behandeling <12 mnd				
Ja	44 (4,3)	19 (5,4)	18 (4,2)	7 (2,8)
Nee	989 (95,7)	334 (94,6)	407 (95,8)	247 (97,2)
SOA-behandeling ooit				
Ja	95 (9,2)	35 (9,9)	45 (10,7)	15 (6,0)
Nee	933 (90,8)	318 (90,1)	377 (89,3)	237 (94,1)

Tabel B.13 Stellingen AIDS en condoomgebruik

		Antillianen/Arubanen n=357		Surinamers n=425		Ghanezen n=256	
		N	%	N	%	N	%
Kan iemand die besmet is met AIDS-virus er gezond uitzien?	Ja	219	62,9	295	69,7	148	58,5
	Nee	87	25,0	87	20,6	84	33,2
	Weet niet	42	12,1	41	9,7	21	8,3
Kan het AIDS-virus door zoenen worden overgedragen?	Ja	96	27,4	105	25,1	68	26,9
	Nee	213	60,9	276	65,8	160	63,2
	Weet niet	41	11,7	38	9,1	25	9,9
Kan ♀ onvruchtbaar worden als soa niet wordt behandeld?	Ja	280	80,5	329	77,8	155	61,8
	Nee	20	5,8	35	8,3	50	19,9
	Weet niet	48	13,8	59	14,0	46	18,3
Kan je AIDS krijgen door een vieze WC?	Ja	82	23,6	77	18,3	56	22,2
	Nee	235	67,7	306	72,7	166	65,9
	Weet niet	30	8,7	38	9,0	30	11,9
Kunnen muggen het AIDS-virus overdragen?	Ja	146	41,7	167	39,7	72	28,6
	Nee	151	43,1	180	42,8	149	59,1
	Weet niet	53	15,1	74	17,6	31	12,3
Kan het AIDS-virus worden overgedragen door bloedcontact?	Ja	344	98,9	408	96,7	243	96,4
	Nee	3	0,9	6	1,4	5	2,0
	Weet niet	1	0,3	8	1,9	4	1,6
Voor/na seks douchen - > minder kans op soa?	Ja	61	17,5	62	14,7	68	26,9
	Nee	244	69,9	308	72,8	133	52,6
	Weet niet	44	12,6	53	12,5	52	20,6
Als je een condoom gebruikt, voel je bij het vrijen minder	Eens	176	49,4	199	46,8	141	55,3
	Ged. Eens	55	15,5	72	16,9	40	15,7
	Oneens	61	17,1	76	17,9	40	15,7
	Geen mening	64	18,0	78	18,4	34	13,3
Condoms zijn een hinderlijke onderbreking bij het vrijen	Eens	147	41,9	182	43,0	130	51,0
	Ged. Eens	63	18,0	75	17,7	41	16,1
	Oneens	92	26,2	95	22,5	47	18,4
	Geen mening	49	14,0	71	16,8	37	14,5
Als je met een condoom vrijt dan geniet je minder	Eens	172	48,7	180	42,6	133	53,0
	Ged. Eens	52	14,7	74	17,5	49	19,5
	Oneens	77	21,8	95	22,5	37	14,7
	Geen mening	52	14,7	74	17,5	32	12,8
Een condoom beschermt tegen het AIDS-virus	Eens	264	75,0	347	81,8	189	74,1
	Ged. Eens	62	17,6	55	13,0	48	18,8
	Oneens	13	3,7	12	2,8	7	2,8
	Geen mening	13	3,7	10	2,4	11	4,3
Wanneer een ♀ met wiss, contacten de pil slikt is een condoom niet nodig,	Eens	87	24,8	67	15,8	59	23,3
	Ged. Eens	29	8,3	32	7,6	17	6,7
	Oneens	215	61,3	299	70,7	152	60,1
	Geen mening	20	5,7	25	5,9	25	9,9
Als je bij het vrijen een condoom gebruikt, loop je minder risico op een soa	Eens	287	81,5	366	86,1	185	73,4
	Ged. Eens	43	12,2	31	7,3	38	15,1
	Oneens	11	3,1	21	4,9	16	6,4
	Geen mening	11	3,1	7	1,7	13	5,2
Ik vind het moeilijk om bij het vrijen condoomgebruik ter sprake te brengen	Eens	39	11,1	39	9,2	42	16,5
	Ged. Eens	18	5,1	33	7,8	25	9,8
	Oneens	262	74,2	313	73,7	150	58,8
	Geen mening	34	9,6	40	9,4	38	14,9
Ik vind de prijs van condoms te hoog, daarom koop ik ze niet	Eens	63	17,8	77	18,2	43	16,9
	Ged. Eens	34	9,6	49	11,6	30	11,8
	Oneens	195	54,9	215	50,7	123	48,4
	Geen mening	63	17,8	83	19,6	58	22,8

Bijlage 3 Vragenlijst HIV-survey

Vragenlijst

Voor de gegevensverzameling van het onderzoek is een vragenlijst ontwikkeld. Voor de doelgroepen Prostituees (P) en Migranten (M) zijn aparte 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	Prostituees (P)	Migranten (M)
1. Insluitcriteria	X	X
2. Instructies interviewers	X	X
3. Bewuste bereidverklaring	X	X
4. Werving	X	X
5. Demografie	X	X
6. Drugs	X	X
7. Mobiliteit	X	
8. Seksuele contacten met klanten	X	
9. Seksuele contacten met vaste partner	X	X
10. Seksuele contacten met andere partner(s)	X	X
11. Seksuele contacten in het land van herkomst		X
12. Stellingen over aids en condoomgebruik		X
13. Seks voor geld of drugs		X
14. Seksuele contacten sinds 1980	X	X
15. HIV-test	X	X
16. SOA-onderzoek en behandeling	X	X
17. SOA-voorlichting		X

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 schriftelijke 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 vijf 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 deelnemer en de interviewer en de datum wordt vermeld. De paraaf is niet herleidbaar tot de naam van de deelnemer.

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 met betrekking tot 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. Er wordt ook gevraagd of de respondent een ziektekostenverzekering heeft.

Drugs

In de P-lijst wordt gevraagd naar harddruggebruik middels spuiten sinds 1980 en druggebruik en de soorten drugs in de afgelopen zes maanden. In de M-vragenlijst wordt gevraagd of de deelnemer ooit drugs heeft gespoten of een partner heeft gehad die drugs heeft gespoten.

Mobiliteit

Mobiliteit komt voor in de P-vragenlijst. Dit onderdeel heeft 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 met klanten wordt in de P vragenlijst uitvoerig uitgevraagd. Hierbij wordt ingegaan op 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 condoomgebruik en condoomfalen met klanten. In de M-vragenlijst wordt gevraagd of er ooit seks is geweest waar geld of goederen voor is gegeven of ontvangen. 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. *Seksuele contacten met vaste partner* komt als onderdeel in alle vragenlijsten voor. De vaste partner is diegene die de respondent als zodanig aangeeft of, bij twijfel, diegene met wie de respondent drie maanden of langer een relatie heeft. Als er onduidelijkheid is omdat de respondent aangeeft meerdere vaste partners te hebben dan wordt de vraag beantwoord refererend aan diegene met wie de langste relatie bestaat. De andere partner wordt dan bij het onderdeel *seksuele contacten met andere partner(s)* behandeld. Dit onderdeel wordt verschillend behandeld per doelgroep. In de P-vragenlijst wordt dit onderdeel uitvoerig bevraagd waarbij aantallen, geslacht van de losse partners, de seksuele technieken, het gebruik van condooms. 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 vijf 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 is 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 vijf jaar. Hiervoor worden als maten gegeven geen seksueel contact gehad, geen risico, klein risico, redelijk risico en groot risico.

HIV-test en SOA-onderzoek

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 *SOA-onderzoek* of de respondent zich de afgelopen 12 maanden heeft laten testen op SOA en of er ook een SOA behandeling is geweest in de afgelopen 12 maanden. Bij de M-lijst wordt ook een vraag gesteld over SOA-voorlichting in het voorgaande jaar.

Bijlage 4 Procesevaluatie HIV-surveys Den Haag

In deze bijlage wordt het proces van de HIV-surveys, uitgevoerd onder migranten afkomstig uit HIV-endemische gebieden en prostituees in Den Haag, besproken en geëvalueerd. De studie wordt op verschillende onderdelen besproken, zoals coördinatie, interviewers, werving van de diverse doelgroepen en vragenlijsten. Als afsluiting van de HIV-survey in Den Haag is met alle betrokken interviewers een bijeenkomst georganiseerd om hun ervaringen met de verschillende onderdelen te evalueren. Die ervaringen en opmerkingen zijn ook in deze procesevaluatie opgenomen. Elke paragraaf wordt afgesloten met aandachtspunten die meegenomen moeten worden bij de HIV-surveys in een volgende stad. Tevens zullen, daar waar dat van toepassing is, de ervaringen uit de eerdere surveys in Rotterdam en Amsterdam als achtergrond worden gebruikt.

Coördinatie

De HIV-surveys in Den Haag zijn uitgevoerd door het RIVM in samenwerking met de GGD Den Haag, Dienst Onderwijs Cultuur en Wetenschap (OCW). De GGD heeft intern een projectgroep samengesteld die bestond uit de arts infectieziekten, een sociaalverpleegkundige algemene infectieziektebestrijding en een GVO-functionaris migrantengroepen. De projectgroep en de medewerkers van het RIVM afdeling CIE (projectleider, onderzoeker en veldwerkcoördinator) beoogden eens per zes weken de voortgang van het veldwerk en de stand van zaken te bespreken. Afhankelijk van de relevantie voor het werk en te bespreken ontwikkelingen werd hier vanaf geweken. Uiteindelijk zijn er inclusief de voorbereidende gesprekken (juni 2004) acht vergaderingen geweest. Tijdens de veldwerkperiode zijn vier vergaderingen geweest met een tussenpose van twee tot vier maanden. Tussendoor was altijd de mogelijkheid om contact met de verschillende projectteamleden op te nemen als ondersteuning nodig was. Wel bleek dat tegen het einde van de wervingsperiode, toen de frequentie van vergaderingen terugliep, dit tot misverstanden kan leiden over het ervaren van informatie-uitwisseling. Dit is voor een volgende stad een aandachtspunt.

Aandachtspunten

- Hoewel de frequentie van de vergaderingen in Den Haag lager was dan in de voorgaande steden paste deze opzet beter bij de mogelijkheden en de tijd van de projectteamleden van de GGD. Wel werd het projectteam tussendoor via mail op de hoogte gebracht.
- Het is aan te bevelen om standaard een maandelijkse ‘stand van zaken’ te verzenden naar de projectteamleden. Dit kan verzorgd worden door de veldwerkcoördinator, zodat ontwikkelingen tussen de vergaderingen door toch gecommuniceerd blijven.

Interviewers

Na afloop van de HIV-survey in Amsterdam is geïnventariseerd welke interviewers bereid waren om ook in Den Haag mee te werken aan de werving. Bij de Amsterdamse evaluatie was als aandachtspunt naar voren gebracht om te werken met een vast team interviewers dat in de verschillende steden kon worden ingezet. Om op deze wijze niet in elke stad een nieuw team te hoeven formeren met VETC-ers van de GGD. Er is zo een team met 13 interviewers samengesteld. Zeven ervaren interviewers uit de vorige surveys (Amsterdam en Rotterdam) aangevuld met, door de interviewers, voorgedragen geïnteresseerden. Surinaams Creoolse en Hindoestaanse interviewers en Antilliaanse interviewers. Verder een Kaapverdische, Braziliaanse en Dominicaanse interviewer. De laatste had ervaring met het benaderen van prostituees en spreekt Spaans. Zij was van groot belang voor het benaderen van deze doelgroep. De interviewers wonen in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag en zijn via een uitzendbureau aangesteld voor het uitvoeren van het veldwerk. Zij zijn ingewerkt tijdens een trainingsbijeenkomst. Omdat er sprake was van een ervaren groep is er voor gekozen om te volstaan met één trainingsbijeenkomst. Kort daarna zijn met maandelijkse interviewersvergaderingen gestart waarin ook steeds aandacht besteed werd aan de werkwijze. Tijdens de trainingsbijeenkomst zijn achtergrond, doel, methode en logistiek van het onderzoek besproken, de taak van interviewers hierbij en de methode van werving. Voor de interviewers is een draaiboek ontwikkeld waarin alle aspecten van de werving zijn beschreven.

Matching op etniciteit, zo bleek bij de Rotterdamse en Amsterdamse surveys, was met name voor het aanspreken en werven van deelnemers van belang en veel minder of nauwelijks voor het afnemen van interviews. Daarom is dit principe ook in Den Haag weer zoveel mogelijk toegepast. De deelnemer lijkt het te waarderen dat het eerste contact plaatsvindt met iemand van zijn eigen etniciteit.

Bij de surveys in Rotterdam en Amsterdam hadden de interviewers aangegeven dat een legitimatiepas voor het veldwerk op prijs wordt gesteld. In Den Haag is voor elke interviewer een badge gemaakt waarop de naam van de interviewer is vermeld, de functie en een korte taakomschrijving. Dit werd door de interviewers als positief ervaren en had ook het beoogde doel.

In de Rotterdamse en Amsterdamse surveys was de veldwerkcoördinator veel bij de werving aanwezig en werden alle afspraken via de veldwerkcoördinator gemaakt. In Den Haag is gekeken of er meer zelfsturing vanuit de interviewers mogelijk was. Hierbij werd meer initiatief bij de interviewers gelegd. Men moest elkaar actief benaderen om afspraken te maken en van wervingslocaties op de hoogte brengen. Hierbij waren er drie interviewers (in elke stad waar interviewers woonden één) die elkaar informeerden over wervingskansen. Zij hadden een centrale rol en informeerden andere interviewers met behulp van een soort telefooncirkel en maakten afspraken om te gaan werken.

Aandachtspunten

- De voorkeur voor de inzet van vaste, ervaren, interviewers, door het formeren van een interviewerpool is in Den Haag gerealiseerd. Dit heeft veel voordelen met betrekking tot betrokkenheid en motivatie. De betaling is ook helder en de inzet is door de veldwerkcoördinator goed te bewaken (middels de ingeleverde en te accorderen werkbriefjes). Bovendien zijn deze interviewers al ingewerkt en beter inzetbaar (ook in andere steden) doordat helder is wat van ze verwacht wordt. De aansturing blijft van belang.
- De methode van zelfsturing heeft gedeeltelijk goed gewerkt. Van belang is daarbij dat iedereen het systeem toepast. Dit was niet altijd het geval. Het is aan te bevelen dat bij een volgende survey de veldwerkcoördinator meer in het veld aanwezig is, regelmatig contact heeft met alle interviewers en het onderling contact actiever stimuleert.

Interviewersbijeenkomsten

De interviewers in Rotterdam hadden aangegeven dat twee instructiebijeenkomsten te weinig was voor de hele wervingsperiode. Om dit signaal op te vangen in Amsterdam is gekozen voor maandelijkse bijeenkomsten voor de interviewers op de GGD. Deze manier van werken is ook in Den Haag toegepast. Deze bijeenkomsten werden gebruikt om vragen te stellen en ervaringen uit te wisselen, het werk van de afgelopen periode te evalueren, de werkwijze te monitoren en waar nodig bij te stellen, materiaal uit te wisselen en vervolg afspraken te maken. Deze bijeenkomsten waren een belangrijke bijdrage aan de teambuilding.

Aandachtspunten

- Maandelijkse teambijeenkomsten worden door interviewers erg gewaardeerd en hebben een positieve invloed op de samenwerking en het teamgevoel.
- Regelmatig tussentijds contact blijft van belang voor een goede voortgang.

Werving

De locaties van werving werden gekozen in overleg met de medewerkers van de GGD, doelgroep gerichte organisaties en interviewers. 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. Als geen toestemming werd gegeven voor het onderzoek was de reden veelal dat men de aard van het onderzoek niet vond passen bij de sfeer of de doelgroep van een feest of manifestatie. 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 de evaluatiebijeenkomst in Rotterdam was door interviewers aangegeven dat een goede interviewplek (rustige hoek, tafel, stoel) belangrijk is om het werk goed te doen.

In Amsterdam is daarom steeds in de omgeving van een wervingslocatie buiten, zoals een markt, een buurt- of activiteitencentrum gezocht waar de interviews konden worden afgenomen. In Den Haag was dit moeilijker, omdat de situatie niet zo was dat bij elke markt een buurthuis te vinden was wat op acceptabele afstand was gelegen. Door de interviewers is vaak gebruikgemaakt van een aan de markt gelegen café waar hen was toegestaan te zitten. Tijdens grote buitenmanifestaties werd vooraf een tent geregeld met tafels en stoelen of werd, als dat mogelijk was, aangehaakt bij de GGD-stand en werden extra stoelen en tafels bijgeplaatst. Bij werving op binnenlocaties, feestavonden, werd vooraf met de organisatie een geschikte interviewplek afgesproken. Dit alles zover de omstandigheden het toelieten.

Aandachtspunten

- Voor de registratie van het veldwerk moesten de interviewers diverse lijsten invullen. Een daarvan was de non-responslijst. Deze bleek in de praktijk moeilijk bij te houden. Het was dan ook bij herhaling een aandachtspunt bij de teambijeenkomsten. Er zou een goed alternatief voor gezocht moeten worden. De werkomstandigheden maken het bijhouden vaak lastig en tijdrovend. Daarnaast hebben de interviewers een sterke focus op het vinden van mensen die willen deelnemen en voelen dat als hun doel. Waarbij het registreren van mensen die niet willen deelnemen vaak vergeten wordt en niet wordt gevoeld als belangrijk want het levert geen interview op. Door de herhaalde aandacht die hieraan is besteed is dit in Den Haag wel beter bijgehouden dan in de vorige steden.

Vragenlijst

De vragenlijsten hadden voor de Haagse situatie een aantal veranderingen ondergaan. De layout is aangepast daar waar regelmatig fouten werden gemaakt om deze fouten bij het invullen terug te dringen. Er is een extra invulblok toegevoegd waarop interviewers ervaringen konden schrijven die in de bijeenkomsten werden gebruikt. In de vorige surveys moesten de interviewers op de potjes met het speekselmonster en de vragenlijst een genummerde sticker plakken. In Den Haag waren alle vragenlijsten voorgenummerd en er waren corresponderende stickers bijgedrukt. In navolging van het advies van de survey in Amsterdam zijn de vragenlijsten in vaste sets van 15 of 20 lijsten in een map gedaan met een bijbehorend stickervel om fouten met stickers en nummers te voorkomen. Bij de vragenlijst zat een bewust bereidverklaring met het corresponderende nummer voorgedrukt. Zo ontstond een hele set waarbij alleen de juiste sticker op het Salivettebuisje (zie speekselafname) geplakt hoefde te worden. De ingevulde vragenlijsten werden op de interviewersbijeenkomsten ingeleverd. In elke map zaten verder standaard non-responslijsten en een lijst met instructies en werkwijzen.

Aandachtspunten

- De logistiek van de onderzoeksmaterialen is een belangrijk aandachtspunt. Op sommige locaties waar meerdere keren geworven wordt is het handig om onderzoeksmateriaal ter plekke op te slaan. Het is belangrijk dat de veldwerkcoördinator deze logistiek in de gaten houdt en zorgt dat er voldoende materiaal aanwezig is.
- Tijdens de evaluatie van Den Haag met de interviewers bleek dat het werken met vaste sets doorgenummerd materiaal in de praktijk ook nadelen met zich meebracht. Het was een losbladig systeem en het was niet makkelijk materiaal te delen tijdens het werk zonder dat er fouten met de nummering werden gemaakt. Die behoefte bestond wel. De mappen werden in het algemeen positief gewaardeerd. Bij het samenstellen van materiaal bij een volgende survey is dit een belangrijk aandachtspunt.

Speekselmonsters

Tijdens de survey in Amsterdam is een test gedaan met Salivettes (buisjes met een watje voor het opnemen van speeksel) voor het afnemen van speekselmonsters. Deze pilot is goed bevallen en deze wijze van spekselafname is toegepast in de Haagse survey. De spekselafname gaat dan sneller (twee minuten) en is daardoor minder belastend voor de deelnemer en de interviewer. De methode is ook hygiënischer en ook daarom voor beide partijen prettiger. Het nadeel van deze methode is, dat de monsters binnen maximaal 48 uur in een centrifuge afgedraaid moeten worden om het speeksel uit het watje te halen. Als te lang wordt gewacht kan het watje indrogen en is het monster verloren. Om dit probleem op te vangen zijn er afspraken gemaakt met het streeklaboratorium op de GGD Amsterdam. Amsterdamse interviewers konden daar, na werving in Den Haag, hun monsters centrifugeren en tijdelijk opslaan. In Den Haag waren afspraken gemaakt met het Haags Rijswijks Artsenlaboratorium in Rijswijk waar de monsters uit Den Haag naar toe konden. Maar de voorkeur had het als er interviewers uit Rotterdam bij de werving aanwezig waren om de monsters mee naar Rotterdam te nemen en ze direct naar het laboratorium Viroclinics te brengen waar ook de testen worden uitgevoerd.

Aandachtspunten

- Er moeten goede opslagmogelijkheden geregeld zijn voor de monsters in de stad waar de survey wordt uitgevoerd en er moet een mogelijkheid zijn om de monsters binnen 48 uur te centrifugeren.

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 kort na de afname en voorafgaand 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 uitvoerig besproken wordt. Dit voorkomt onnodige fouten. Dit blijft gedurende de hele survey een punt van aandacht.

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. 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 uitvoering van de HIV-surveys. De GGD speelt bij de start van de HIV-surveys in elke stad een belangrijke sleutelrol om toegang te krijgen tot het veld. Afstemming tussen de veldwerkcoördinator en onderzoeker is belangrijk. De veldwerkcoördinator moet een balans vinden tussen aanwezigheid op de veldwerklocatie, de GGD en het RIVM. Waar de veldwerkcoördinator in Rotterdam en Amsterdam erg veel in het veld was, was dit in Den Haag mogelijk te weinig. Voor een volgende survey moet een goede tussenweg gevonden worden.

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, informele bijeenkomsten om mijlpalen te markeren). Logistiek van het onderzoek is een aandachtspunt. Dit geldt zowel voor de logistiek betreffende speekselmonsters en het laboratorium als ook voor het onderzoeksmateriaal. Daarnaast moet er gekeken worden naar de vorm waarin het veldwerkmateriaal wordt aangeboden. Hierbij is de overzichtelijkheid en compactheid van belang met het oog op de, soms chaotische of primitieve, werkomstandigheden op locatie.

Concluderend kan gesteld worden dat werving van prostituees via werkplekken en werving van migranten via culturele ontmoetingsplaatsen in de praktijk haalbaar is. Wel is het een zeer arbeidsintensieve methode en dientengevolge kostbaar. Goede en gemotiveerde interviewers zijn daarbij van groot belang. Het is aanbevelingswaardig om over een paar jaar een volgende meting in Den Haag uit te voeren om trends in seksueel gedrag en het vóórkomen van HIV te monitoren.

Bijlage 5 Afkortingen en definities

Afkortingen

95% BI	95% Betrouwbaarheids Interval
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
CIE	Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie
ELISA	Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay
GEP	Good Epidemiology Practice
GGD	Gemeentelijke GezondheidsDienst
HAART	Highly Active AntiRetroviral Therapy
HIV	Humaan ImmunodeficiëntieVirus
ID	Injecterend Druggebruik
IQR	InterQuartile Range (Interkwartiel spreiding)
METC	Medisch Ethische ToetsingsCommissie
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
RGO	Raad voor GezondheidsOnderzoek
RIVM	RijksInstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening
VETC	Voorlichters Eigen Taal en Cultuur
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
Harddrugs	heroïne, cocaïne, methadon, opiaten, amfetamine, extacy en pillen
HIV-besmetting	positieve uitslag van de HIV-antistoffentest
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	het leveren van seksuele diensten tegen betaling of drugs
Recent spuiten	in de laatste zes maanden drugs gespoten
Recent risicogedrag	in de laatste zes maanden risicogedrag (onbeschermde seks of spuiten lenen)
Softdrugs	hasj, weed, alcohol

Vaste partner een persoon met wie de deelnemer minimaal drie maanden een relatie heeft, die hij/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)