

Testen in het Oude Westen

Wijkaanpak hiv-testen met andere gezondheidschecks in een multiculturele Rotterdamse buurt



Onderzoek en Business Intelligence



GGD
Rotterdam-
Rijnmond

Wie zijn wij?

Onderzoek en Business Intelligence
is een afdeling binnen de gemeente Rotterdam.

De afdeling verzamelt informatie en doet onderzoek voor het maken en uitvoeren van beleid door de gemeente Rotterdam. Het onderzoek gaat over onderwerpen als gezondheid, zorg, onderwijs, re-integratie, demografie, ruimtelijke ordening en veiligheid. Soms is de gemeentelijke organisatie het onderwerp, vaker gaat het over de stad en haar bewoners. Het doel is steeds om met deze verzamelde kennis het beleid en de bedrijfsvoering van de gemeente te verbeteren.

Auteurs



Denise Twisk, onderzoeker GGD Rotterdam-Rijnmond/OBI



Anita Watzeels, onderzoeker OBI, gemeente Rotterdam

Projectleider



Hannelore Götz, Arts Maatschappij & Gezondheid GGD Rotterdam-Rijnmond

Colofon

Gemeente Rotterdam, afdeling Onderzoek en Business Intelligence (OBI)

Datum: 21 september 2023

Projectnummer: 5170

Vragen: onderzoek@rotterdam.nl

Meer informatie: onderzoek010.nl

Afbeeldingen: Anita Watzeels (titelpagina) & Hester Blankestijn (pag.5, 43)

Noot: Ontwikkelde materialen zoals vragenlijsten en evaluatieformulieren kunnen opgevraagd worden bij één van de betrokken onderzoekers (de.twisk@rotterdam.nl of jcm.watzeels@rotterdam.nl).



GGD
Rotterdam-
Rijnmond

Samenvatting.

Aanleiding

In recente jaren is het aantal nieuwe hiv-diagnoses in Nederland aanzienlijk verminderd. Er bestaat echter nog steeds een groep mensen - met name heteroseksuelen en migranten - die zich niet bewust is van hun hiv-status. Het blijft dan ook belangrijk om mensen te testen die nog niet eerder of niet recent zijn getest op hiv. Het uitvoeren van hiv-testen buiten de reguliere setting kan hierbij een rol spelen. Dit was voor GGD Rotterdam-Rijnmond (GGD RR) de aanleiding voor de ontwikkeling van een laagdrempelig hiv-test aanbod in een buurt met relatief veel migranten en een hoge hiv-prevalentie.

Randvoorwaarden & opzet hiv-testacties

Via een sneeuwbalmethode en werving op locaties in de wijk zijn verschillende wijkorganisaties, wijkbewoners en sleutelfiguren (in totaal 43) benaderd en geïnterviewd over hiv en (het aanbieden van) hiv-testen. Uit dit vooronderzoek kwamen randvoorwaarden voor het ontwikkelen van de interventie. Zo moesten hiv-testen worden aangeboden binnen een bredere gezondheidscheck. Een andere randvoorwaarde was dat de testactie moest plaatsvinden op een locatie in de wijk, waar buurtbewoners al kwamen voor andere activiteiten, zodat wijkbewoners anoniem en ongezien getest konden worden op hiv. Ook moest de hiv-test gratis zijn en de uitslag direct bekend zijn. Deze methode van laagdrempelig aanbieden van hiv-testen zou in combinatie uitgevoerd moeten worden met voorlichting over hiv omdat de kennis over hiv laag werd ingeschat. Op basis van een pre-test waarin de beoogde interventieopzet is geëvalueerd, zijn een aantal aanpassingen gedaan voor de pilot.

Resultaten testacties pilot

Tussen oktober 2019 en februari 2020 organiseerde GGD Rotterdam-Rijnmond (GGD RR) op basis van de randvoorwaarden zeven hiv-testacties in combinatie met andere gezondheidschecks

(body mass index (BMI), bloeddruk en bloedglucosemeting). Deze testacties duurden gemiddeld vier uur en vonden plaats bij het Huis van de Wijk (3x), een migrantenvrouwenorganisatie (3x) en de boksschool (1x). Het aantal deelnemers varieerde van 10 tot 31 per testactie. In totaal namen 140 personen deel (74% vrouw, 85% niet-westers, gemiddelde leeftijd 48 jaar). Er zijn 134 deelnemers getest op HIV, van wie één positief werd bevonden (positiviteit 0,75%). Bijna 90% van de deelnemers was nooit of langer dan 1 jaar geleden getest en 90% zag voor zichzelf geen risico op hiv. Een derde van de deelnemers had één of meer afwijkende testuitslagen op BMI, bloeddruk of bloedglucose, waarvan zij zelf nog niet op de hoogte waren. Zij kregen hiervoor een verwijfsbrief voor de huisarts.

Evaluatie

De testacties zijn uitgebreid geëvalueerd onder deelnemers (115 evaluatieformulieren), betrokken organisaties (7 interviews) en het testteam (29 evaluatieformulieren, 1 tussenevaluatie en 1 focusgroep). Dit leverde inzichten op diverse terreinen op. Het testteam maakte zich in sommige situaties zorgen over de wachttijd, taalproblemen en privacy, maar deelnemers en betrokken organisaties deelden deze zorgen nauwelijks of niet. De pilot werd door alle partijen goed beoordeeld en men pleitte voor voortzetting van de testacties.

Eindconclusie

Het combineren van hiv-(snel)testen met andere gezondheidstesten in de wijk is een haalbare en geaccepteerde methode om niet (recent) geteste personen met een lage risicoperceptie te bereiken en nieuwe hiv-cases te vinden. Het verlaagde zichtbaar de drempel om op hiv te testen. De testacties droegen bovendien bij aan het vergroten van kennis en communicatie over hiv, het normaliseren van hiv-testen en het verminderen van stigma. Samenwerking met community-organisaties is cruciaal, maar tijds- en kostenaspecten

moeten hierin worden afgewogen. Het aanzienlijke aantal afwijkende overige gezondheidsuitkomsten biedt samenwerkingskansen met andere gezondheidsorganisaties in de wijk. Hoewel testacties in de wijk effectief lijken, zijn andere

methoden, zoals partnernotificatie en het stimuleren van huisartsen om op hiv te testen, mogelijk (kosten-)effectiever en duurzamer voor het opsporen van nieuwe hiv-diagnoses.

Inhoud.

Aanleiding.	6
Deel A: Vooronderzoek.	7
A1. Gebiedskeuze	7
A2. Semigestructureerde interviews met sleutelfiguren van organisaties in de wijk	8
A3. Bijeenkomst met betrokken organisaties uit de wijk	9
A4. Semigestructureerde interviews met wijkbewoners, sleutelfiguren en vrijwilligers in de wijk	9
A5. Pre-test	10
Deel B: De interventie.	12
B1. Doelen	12
B2. Methode	12
B2.1 Interventiebeschrijving	12
B2.2 Evaluatie	14
B2.3 Analyses	15
B3. Resultaten	15
B3.1 Resultaten testacties	15
B3.2 Resultaten procesevaluatie	20
Deel C: Tot slot.	27
C1. Discussie	27
C2. Geleerde lessen	30
C3. Positieve en minder sterke punten aan het onderzoek	32
C4. Eindconclusie	33
C5. Dankwoord	33
Bijlage A Referenties	35



Aanleiding.

De afgelopen jaren zijn aanzienlijke inspanningen ondernomen om wereldwijd de hiv-epidemie aan te pakken, vooral na de introductie van de UNAIDS 90-90-90 doelstellingen. Onlangs zijn deze doelen herzien naar 95-95-95 in 2025. Dit houdt in dat in 2025, 95% van de mensen met hiv weet dat ze hiv hebben, 95% van hen onder behandeling is, en vervolgens 95% van hen een onderdrukte virale load heeft (hiv is niet meetbaar in het bloed), waardoor zij het virus niet meer kunnen overdragen. Dit wordt ook wel de hiv-cascade genoemd. Zowel nationaal als internationaal zijn er verschillende initiatieven opgezet om aan deze doelstellingen te voldoen. In 2017 zijn het Erasmus Medisch Centrum, het Maasstad Ziekenhuis en de GGD Rotterdam-Rijnmond het hiv-bestrijdingsproject 'Aidsvrij 2030' gestart om de UNAIDS-doelstellingen te realiseren in de regio Rotterdam-Rijnmond. Bij de start van dit project heeft Stichting HIV Monitoring de hiv-cascade in kaart gebracht voor de regio Rotterdam-Rijnmond. Uit de gegevens van 2016 bleek dat 86% van de hiv-geïnfecteerde individuen op de hoogte was van hun hiv-status, 89% van hen onder behandeling was en 91% van hen een onderdrukt virus had. Deze cijfers toonden aan dat er met name ruimte was voor verbetering in de eerste twee stappen van de cascade.

De GGD Rotterdam-Rijnmond heeft zich binnen het 'Aidsvrij 2030' project onder andere toegelegd op de eerste stap van de cascade, waarbij actief testen een centrale rol speelt. Hiv testen in de gemeenschap ('community-based testen') is één van de manieren om hiv testen laagdrempelig aan te bieden en hiv-testen te promoten. Uit literatuur blijkt dat community-based testen haalbaar en effectief is voor zowel de algemene bevolking als specifieke doelgroepen (1). Community-based testen kan gedefinieerd worden als een programma of service dat hiv-counseling en testen aanbiedt buiten de reguliere zorgaanbieders en zorglocaties om, aangepast aan en bereikbaar voor

specifieke (hoog-risico) groepen. Het aanbieden van hiv-testen in de gemeenschap biedt de mogelijkheid om personen te testen die veelal niet worden getest via reguliere gezondheidszorglocaties (2, 3), onder andere doordat personen met een lage risicoperceptie bereikt kunnen worden. Het is bekend dat risicoperceptie één van de belangrijkste motivatoren is om te testen op hiv (4). Daarnaast biedt community-based testen kansen om onontdekte hiv-infecties in een minder vergevorderd stadium te diagnosticeren (5), ook bij minder 'standaard' risicogroepen (bijvoorbeeld vrouwen en ouderen). Om het draagvlak in de wijk te vergroten en het stigma te verminderen is het gewenst vertegenwoordigers van de gemeenschap actief te betrekken bij de ontwikkeling en/of het implementeren van deze hiv-interventies (6).

De GGD Rotterdam-Rijnmond heeft eerder enkele keren hiv-testacties gehouden tijdens een gezondheidsmarkt georganiseerd door de Lions Club Rotterdam, deze zijn niet structureel geëvalueerd onder alle betrokken partijen. Op basis van de ervaringen bij deze testacties heeft GGD Rotterdam-Rijnmond een community-based hiv-test interventie ontwikkeld met de multiculturele buurt 'het Oude Westen' in het centrum van Rotterdam. Gedurende een aantal maanden is deze interventie op verschillende locaties in het Oude Westen uitgevoerd. De interventie is uitgebreid geëvalueerd onder deelnemers, betrokken organisaties en testmedewerkers.

Leeswijzer

Dit rapport beschrijft het vooronderzoek op basis waarvan de hiv-testinterventie is ontwikkeld (Deel A), gevolgd door een beschrijving van de interventieopzet, de uitvoering en de resultaten (Deel B). In Deel C komen de discussie, geleerde lessen en eindconclusie aan bod. Ook worden de positieve en minder sterke punten van het onderzoek beschreven. We eindigen het rapport met een dankwoord en de referenties.

Deel A: Vooronderzoek.

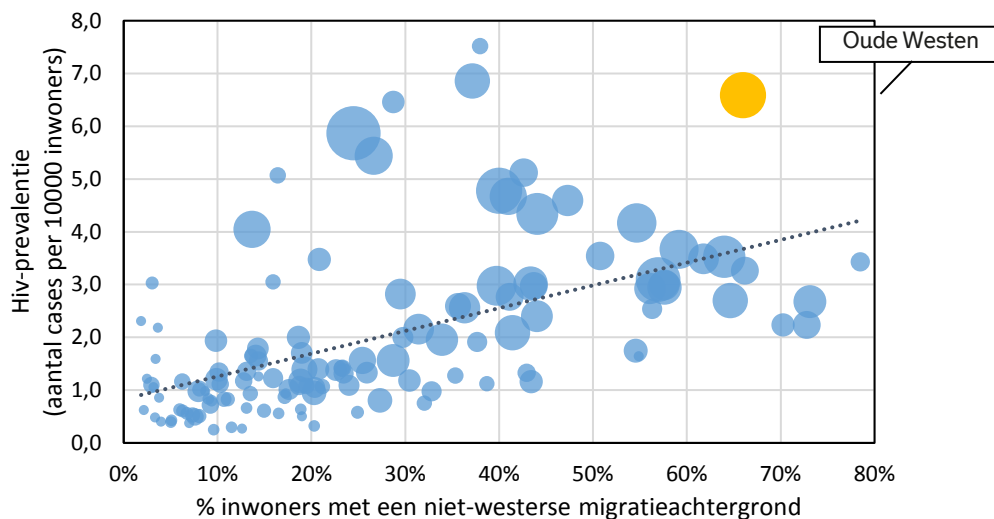
Voor de ontwikkeling van de interventie om hiv-testen te bevorderen is uitgebreid vooronderzoek uitgevoerd. In dit hoofdstuk worden de gebruikte methoden en resultaten van dit vooronderzoek beschreven die hebben geleid tot de opzet van de interventie. Het vooronderzoek bestond in totaal uit vijf stappen, die hierna uitgebreider worden beschreven.

1. Een gebied kiezen voor een gebiedsgerichte aanpak op basis van hiv-prevalentie data en proportie inwoners met een niet-westerse migratieachtergrond (A1)
2. Afnemen van semigestructureerde interviews met organisaties en sleutelfiguren in de wijk om onder andere inzicht te krijgen in activiteiten, bevorderende en belemmerende factoren voor hiv-testen, mogelijkheden en behoefte met betrekking tot voorlichting (A2)
3. Organiseren van een bijeenkomst met betrokken organisaties in de wijk, waarna een eerste concept gebiedsaanpak is gemaakt (A3)
4. Interviewen van wijkbewoners, sleutelfiguren en vrijwilligers in de wijk om onder andere inzicht te krijgen in kennis over hiv, attitude met betrekking tot testen, bevorderende en belemmerende factoren voor hiv-testen, mogelijkheden en behoefte met betrekking tot voorlichting (A4)
5. Concretiseren van de gebiedsaanpak: ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van een pre-test testactie (A5)

A1. Gebiedskeuze

Op basis van de aanname dat in gebieden met een hoge hiv-prevalentie (≥ 2 hiv cases per 1.000 inwoners) ook meer mensen met niet-gediagnosticeerde hiv wonen, zijn in het najaar van 2017 gebieden met hoge hiv-prevalentie in Rotterdam-Rijnmond geselecteerd aan de hand van een onderzoek van *Op de Coul et al.* (7). De hiv-prevalentie per postcodegebied is uitgezet tegen het aandeel inwoners met een niet-westerse achtergrond (**Figuur 1**). De gebieden met een relatief hoge proportie inwoners met een niet-westerse achtergrond hadden ook een hogere hiv-prevalentie. Op basis van de prevalentie (> 5 hiv cases per 1000 inwoners) en de proportie inwoners met een niet-westerse achtergrond (ruim 60%) is de buurt Oude Westen in het centrum van Rotterdam geselecteerd voor de interventie. Het Oude Westen heeft 9.615 inwoners (2020), waarvan 47% tussen de 15 en 45 jaar.





Figuur 1. Hiv-prevalentie (aantal hiv-cases per 1000 inwoners) uitgezet tegen de proportie inwoners met een niet-westerse migratieachtergrond. De cirkels vertegenwoordigen viercijferige postcodegebieden in de GGD-regio Rotterdam-Rijnmond. De grootte van de cirkel correspondeert met het aantal personen met een hiv-diagnose. Alleen postcodegebieden met ≥ 3 hiv-cases en minimaal 500 inwoners zijn gepresenteerd. Bron: Stichting HIV Monitoring en CBS, bewerkt door de GGD Rotterdam-Rijnmond.

A2. Semigestructureerde interviews met sleutelfiguren van wijkorganisaties

Achtergrond

Omdat elk gebied haar eigen opgaven, kansen en kenmerken heeft, is gekozen voor een gebiedsgerichte aanpak. De inzet, deskundigheid en betrokkenheid van bewoners(organisaties) en wijkorganisaties staan centraal bij de ontwikkeling en uitvoering van een gebiedsgerichte interventie. Ook sleutelfiguren spelen een belangrijke rol bij een gebiedsgerichte aanpak. Sleutelfiguren hebben binding met en zijn bekend met de lokale context. Daarnaast hebben sleutelfiguren het vertrouwen van de lokale gemeenschappen. Zij kunnen daarom een belangrijke rol spelen in het bereiken van groepen die de GGD zelf niet (voldoende) bereikt, en ook bij het vinden van (nieuwe) sleutelfiguren die mogelijk anders buiten beeld blijven.

Methode

In november/december 2017 zijn semigestructureerde interviews gehouden met zes sleutelfiguren van organisaties in het Oude Westen om onder andere inzicht te krijgen in activiteiten, bevorderende en belemmerende factoren voor hiv-testen, en mogelijkheden en behoefte met betrekking tot voorlichting. Bij de selectie van sleutelfiguren

is gebruik gemaakt van de 'sneeuwbalmethode', waarbij aan de geïnterviewden is gevraagd welke andere personen of organisaties in de wijk ook benaderd moesten worden. Als eerste is de organisatie die verantwoordelijk is voor het uitvoeren van de Wmo in de wijk (onder andere beheer van Huis van de Wijk) benaderd voor een interview, gevolgd door nog vijf sleutelfiguren: een wijkverpleegkundige en contactpersonen van een migrantenvrouwenorganisatie, buurthuis, jeugdorganisatie en wijkpastoraat. Alle organisaties moesten voldoen aan vooraf opgestelde inclusiecriteria, zoals werkzaam zijn in het Oude Westen, zich inzetten voor deze buurt of buurtbewoners, rechtstreeks contact hebben met de buurtbewoners én betrokken (willen) zijn bij mensen met onontdekte hiv.

Resultaten

De geïnterviewde sleutelfiguren van de organisaties gaven aan bereid te zijn om mee te denken en mee te werken aan het organiseren en uitvoeren van een gebiedsgerichte aanpak in het Oude Westen. De interviews leverden informatie op over welke interventies ontwikkeld konden worden om hiv testen aan te bieden. Ook gaven de interviews inzicht in de factoren die de slagingskansen van een

interventie beïnvloeden. De belangrijkste factoren genoemd in deze interviews waren:

- Testen op hiv moet anoniem/ongezien gebeuren in de wijk vanwege een groot taboe op hiv bij veel wijkbewoners.
- Een activiteit specifiek gericht op hiv zal mensen afschrikken. Het testen op hiv moet daarom worden opgenomen als onderdeel in een laagdrempelige algemene gezondheidscheck waarin meerdere gezondheidstesten worden aangeboden. De gezondheidscheck moet gratis en anoniem aangeboden worden op locaties waar mensen al komen en aansluiten bij bestaande activiteiten. Het is belangrijk activiteiten te herhalen over een langere periode, omdat er vanuit de wijk wordt verwacht dat het stimuleren van wijkbewoners tot testen op hiv een langdurig proces zal zijn.
- Omdat de kennis over hiv laag wordt ingeschat, is het belangrijk om testen op hiv te combineren met voorlichting, onder andere via rolmodellen en sleutelfiguren in de wijk, bericht in de wijkkrant en sociale mediakanalen van de betrokken organisaties.

Conclusie en discussie

Het interviewen van organisaties in de wijk leverde duidelijke bevorderende en belemmerende factoren op voor het ontwikkelen van een interventie gericht op het stimuleren van hiv-testen. Daarnaast werd de basis gelegd voor het creëren van een netwerk voor de implementatie van de toekomstige interventie. Een kanttekening is wel dat de organisaties niet alle groepen wijkbewoners in beeld hebben. Ook werd duidelijk dat een dergelijk voorbereidingstraject tijdsintensief en kostbaar is.

A3. Bijeenkomst met betrokken organisaties uit de wijk

In maart 2018 zijn met betrokken organisaties uit de wijk de resultaten van de interviews onder sleutelfiguren van organisaties teruggekoppeld en vervolgstappen besproken. Tijdens deze bijeenkomst werd het belang van inbedding van hiv

testen in een bredere gezondheidscheck met bijvoorbeeld BMI en bloedsuikercontrole benadrukt, naast voorlichting over hiv, bijvoorbeeld door middel van een quiz met stellingen. Ook zijn praktische zaken besproken zoals mogelijke locaties voor de testacties (onder andere Huis van de Wijk en migrantenvrouwenorganisatie) en mogelijke kanalen voor de werving (zoals de kanalen van de betrokken organisaties, de buurtkrant en posters bij de huisarts). Dit leverde input op voor het eerste concept voor de gebiedsgerichte aanpak: testacties in de wijk waarbij op hiv, BMI en bloedsuiker wordt getest.

A4. Semigestructureerde interviews met wijkbewoners, sleutelfiguren en vrijwilligers in de wijk

Methode

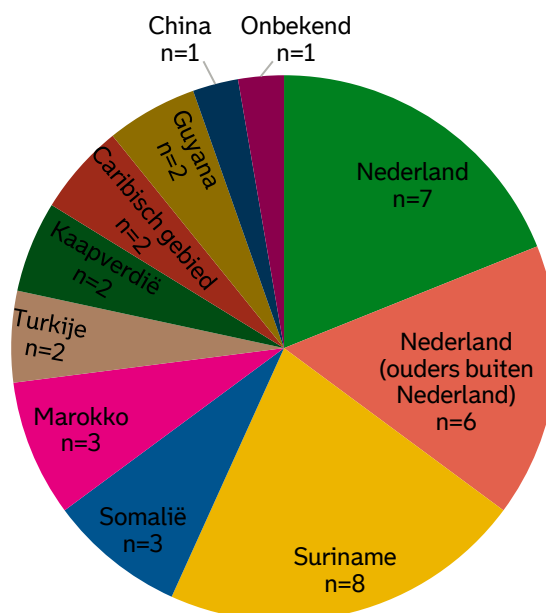
In het najaar van 2018 is op basis van de input uit voorgaande stappen een topiclijst ontwikkeld voor semigestructureerde interviews met wijkbewoners en vrijwilligers/professionals van organisaties in de wijk om onder andere inzicht te krijgen in kennis over hiv, attitude en bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot hiv-testen, en mogelijkheden en behoefte met betrekking tot voorlichting. Deelnemers werden door de onderzoekers van de gemeente Rotterdam gewonnen op straat en bij de organisaties in de wijk. De interviews werden afgenomen door de onderzoekers bij verschillende organisaties in de wijk. Vrijwilligers en professionals - die vaak ook in de wijk woonden - kregen gedeeltelijk andersoortige vragen, meer op wijkniveau, vergelijkbaar met de vragen uit de interviews met sleutelfiguren. De interviews zijn opgenomen (audio), getranscribeerd en thematisch geanalyseerd.

Resultaten

In totaal zijn er 37 mensen geïnterviewd, waarvan de meesten alleen wijkbewoners waren (n=25). De andere geïnterviewden waren vrijwilligers of professionals bij een van de organisaties in de wijk (n=12), die soms ook zelf in de wijk woonden. Twee derde van de respondenten was vrouw (n=24), en de leeftijd liep van 21 jaar tot 'ergens

tussen de 70 en 80 jaar' (aldus de respondent). Het opleidingsniveau varieerde van geen opleiding tot universitair niveau, met merendeel MBO-niveau. Wijkbewoners waren in vergelijking met

de vrijwilligers/professionals lager opgeleid. Het geboorteland van de geïnterviewden was divers, en is gepresenteerd in **Figuur 2**.



Figuur 2. Geboorteland van geïnterviewde wijkbewoners, sleutelfiguren en vrijwilligers in de wijk (N=37).

Tijdens de interviews werden vijf stellingen voorgelegd over hiv. De stellingen *"hetero's lopen geen risico op hiv in Nederland"* en *"je moet zo snel mogelijk starten met behandeling"*, werden door de meeste mensen goed beantwoord. Bijna iedereen had de stelling *"Als je medicijnen tegen hiv gebruikt, dan kun je het virus niet meer overdragen aan anderen"* onjuist. Ook dachten veel respondenten dat medicijnen tegen hiv veel bijwerkingen hebben. Op de stelling over hiv als chronische ziekte wisten veel respondenten niet goed antwoord te geven, onder andere omdat de term chronisch niet altijd bekend was of verschillend geïnterpreteerd werd.

Van de 25 wijkbewoners sprak één respondent te slecht Nederlands om de hele vragenlijst af te nemen. Aan 24/25 personen is gevraagd of zij eerder op hiv zijn getest, en bij wie ze op hiv zijn getest. De meesten (n=13) gaven aan nooit op hiv te zijn getest. Van de 11 respondenten die wel op hiv zijn getest, was dit voor de meerderheid (n=9) langer dan 1 jaar geleden (van wie 4 via huisarts, 2 via

GGD, 2 via verloskundige, 1 via ziekenhuis), en voor 2 personen korter dan 1 jaar geleden (waarvan 1 via verloskundige en 1 via diagnostisch centrum tijdens baarmoederhalskanker-screening). Als de huisarts de hiv-test actief zou aanbieden, geven 17 van de 24 mensen (71%) aan zich te laten testen. Het overgrote deel wil anoniem en gratis op hiv kunnen testen en direct de uitslag krijgen. Meerdere respondenten geven aan voor de test te willen betalen als er echt aanleiding is om te testen (bijvoorbeeld bij klachten of voor ze gaan trouwen), maar niet om zomaar te controleren zonder aanleiding.

A5. Pre-test

Op basis van de resultaten van de interviews is er een pre-test uitgevoerd om de haalbaarheid van de beoogde interventie ('hiv-testacties') te onderzoeken. Tijdens deze testactie is niet alleen op hiv getest (sneltest), maar ook op glucose, en zijn bloeddruk, gewicht en lengte gemeten en is de BMI berekend. In de methodesectie van *Deel B* in dit rapport wordt de interventieopzet uitgebreid

beschreven. Voor de pre-test ontwikkelden we: (1) een draaiboek, (2) een vragenlijst met vragen over sociodemografische kenmerken (zoals leeftijd, geslacht, geboorteland, geboorteland ouders), hiv-testgeschiedenis, risico inschatting voor hiv, en perceptie en openheid over hiv; en (3) evaluatieformulieren. De pre-test is in de week voor Wereld Aids Dag (1 december) 2018 uitgevoerd bij een migrantenvrouwenorganisatie in de wijk, die ook deelnam aan het vooronderzoek. Voor deze testactie is alleen gebruik gemaakt van werving door de migrantenvrouwenorganisatie zelf en de 'tam-tam', waardoor veel mensen direct of indirect over de testactie hadden gehoord.

Tijdens de drie uur durende pre-testactie zijn 25 mensen getest, waarvan 88% niet in Nederland was geboren en 80% niet eerder op hiv was getest. Er is geen hiv-infectie gevonden. In totaal zijn 13 deelnemers (52%) verwezen naar de huisarts in

verband met een verhoogde bloeddruk, verhoogde glucose of overgewicht. Uit de evaluatie blijkt dat zowel deelnemers, als de migrantenvrouwenorganisatie en medewerkers van het testteam enthousiast waren.

Aanpassingen naar aanleiding van pre-test

Het draaiboek, de vragenlijst en de evaluatieformulieren zijn op kleine punten aangepast op basis van de pre-test evaluatie. Uit de evaluatie bleek onder andere dat er behoefte was aan meer privacy bij het uitvoeren van de hiv-test. De glucose & hiv-test werd tijdens de pre-test uitgevoerd in een afgebakend gedeelte in dezelfde ruimte als de vragenlijstafname en de andere gezondheidsmetingen. Bij de vervolg testacties is altijd een aparte ruimte voor het testen gereserveerd. Zo nodig werd de testbus van de GGD ingezet (**Foto 1 & 2**). Verder is een standaardverwijsbrief ontwikkeld voor de huisarts.

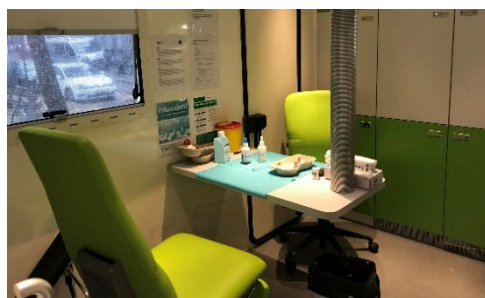


Foto 1 & 2 Buitenkant en binnenkant van de GGD-testbus voor outreach activiteiten.

Conclusie vooronderzoek en interventie pre-test

Via een sneeuwbalmethode zijn verschillende wijkorganisaties, wijkbewoners en sleutelfiguren benaderd en geïnterviewd over hiv en (het aanbieden van) hiv-testen. Uit de interviews uit het vooronderzoek kwamen randvoorwaarden voor het ontwikkelen van een interventie waarbij hiv-testen worden aangeboden binnen een bredere gezondheidscheck (met vaststellen BMI en bloeddruk, en bloedglucosemeting). De testactie zal moeten plaatsvinden op locaties in de wijk, waar buurtbewoners al komen voor andere activiteiten. Verdere randvoorwaarden waren dat het gratis moet zijn, dat wijkbewoners anoniem en ongezien

getest moeten kunnen worden op hiv, en dat de uitslag direct bekend is. Deze methode van laagdrempelig aanbieden van hiv-testen zal in combinatie uitgevoerd moeten worden met voorlichting over hiv omdat de kennis over hiv laag wordt ingeschat. Op basis van een pre-test waarin de beoogde interventieopzet is geëvalueerd, zijn een aantal aanpassingen gemaakt voor de pilot waarin meerdere testacties over een langere periode worden uitgevoerd.

Deel B: De interventie.

B1. Doelen

Zoals beschreven in *Deel A* zijn in het vooronderzoek de kaders van de hiv-test interventie gecreëerd. Dit heeft geresulteerd in vier doelstellingen. Deze zijn verder uitgewerkt in vijf kwantitatieve doelen om te beoordelen of de interventie succesvol was.

Doelstellingen interventie

- Laagdrempelig aanbieden van hiv-testen door gratis en anoniem op hiv te testen in combinatie met andere gezondheidstesten op locaties waar mensen al komen;
- Vergroten van kennis over hiv en testen op hiv;
- Verminderen van taboe en stigma rondom hiv door normaliseren van testen en vergroten bespreekbaarheid van hiv en het testen daarop;
- Onderzoeken of het aanbieden van hiv-testen op deze manier werkt om mensen te bereiken die niet eerder zijn bereikt (nooit/niet recent getest).

Kwantitatieve doelen

- De demografische verdeling (geslacht, leeftijd en migratieachtergrond) van de interventie deelnemers benadert de verdeling van het gebied waarin de interventie plaatsvindt.
- $\geq 80\%$ van de geteste bewoners is niet in de afgelopen 12 maanden getest.

- $\geq 70\%$ is nooit eerder op hiv getest (voor jongeren < 25 jaar: $\geq 80\%$).
- $\geq 50\%$ van de deelnemers heeft zich laten testen op hiv omdat het aangeboden wordt in combinatie met andere gezondheidstesten.
- 1 à 2 verwachte positieve testen (0,33% - 0,66%). Deze prevalentie komt overeen met het verwachte percentage positieve testen in hoog (gediagnosticeerd) hiv prevalentie gebieden.

B2. Methode

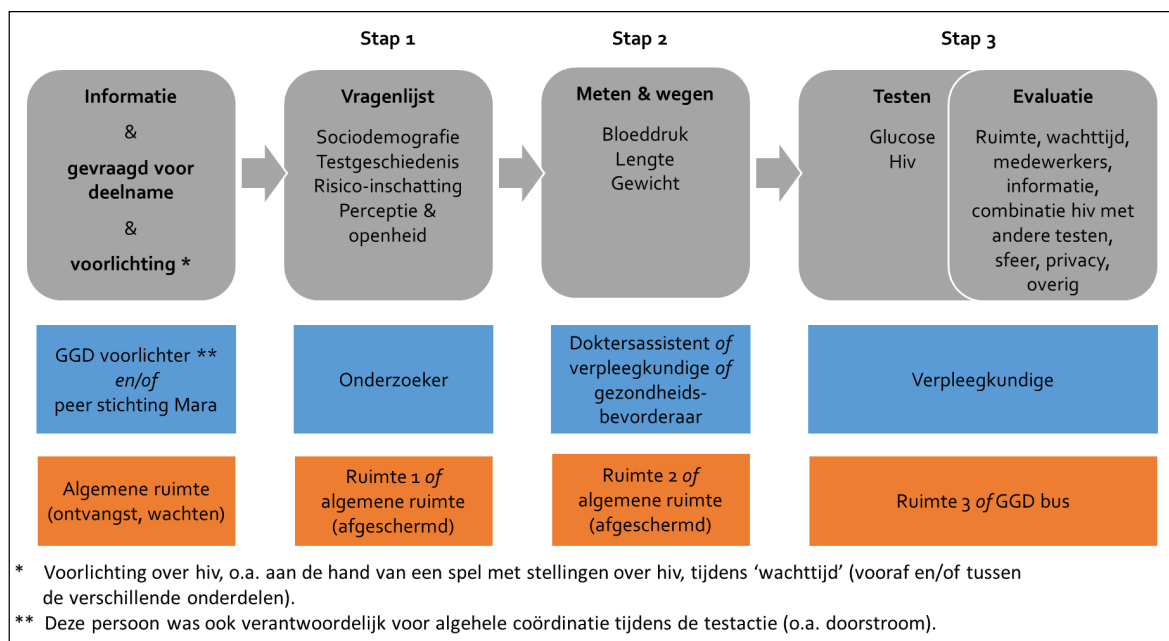
In dit deel komen de interventiebeschrijving en de opzet van de evaluatie en de analyses aan bod.

B2.1 Interventiebeschrijving

Hier beschrijven we de interventieopzet, de interventielocaties, de werving en de non-respons.

Interventieopzet

De interventie omvat het aanbieden van gratis gezondheidstesten in combinatie met het afnemen van een vragenlijst (hierna te noemen: testactie) (**Figuur 3**). Bij binnenkomst op de testlocatie werd men geïnformeerd over de testactie en gevraagd om hieraan deel te nemen als men 18 jaar of ouder was. Ook werd deelnemers gevraagd toestemming te geven om hun ingevulde vragenlijst en testgegevens te gebruiken voor onderzoek. Toestemming was niet verplicht voor deelname aan de testactie.



Figuur 3. Schematische weergave van de testactie in chronologische volgorde (grijs), de professional die het onderdeel heeft uitgevoerd (blauw) en waar dit werd uitgevoerd (oranje).

De interventie bestond uit verschillende stappen. *Stap 1* was een mondelinge vragenlijst met vragen over sociodemografische kenmerken (zoals leeftijd, geslacht, geboorteland, geboorteland ouders), hiv-testgeschiedenis, risico inschatting voor hiv, en perceptie en openheid over hiv. Bij tijdgebrek vanuit de deelnemer of als er sprake was van een taalbarrière werd alleen gevraagd naar sociodemografische kenmerken.

Stap 2 was het meten van bloeddruk, lengte en gewicht. Aan de hand van lengte en gewicht werd de body mass index (BMI) berekend met een tool van het Voedingscentrum. De uitslagen werden direct teruggekoppeld door de doktersassistent of verpleegkundige, eventueel inclusief leefstijladvies over voeding en bewegen en verwijzing naar relevante websites met betrouwbare informatie.

Tot slot werd bij *stap 3* door een verpleegkundige een druppel bloed afgenomen met behulp van een vingerprik voor een bloedglucose meting en voor het testen op hiv met behulp van de INSTI HIV-1/HIV-2 rapid antibody test (hiv-sneltest). De glucose- en hiv-testuitslag werden direct aan de deelnemer teruggekoppeld. Alle uitslagen werden op een uitslagenkaart geschreven die deelnemers mee naar huis konden nemen. De achterkant van

de uitslagenkaart bevatte links naar betrouwbare websites met informatie over bloeddruk, BMI, glucose en hiv.

Bij een te hoge bloedglucosewaarde ($>7,8$ niet nuchter en $\geq 5,5$ nuchter) en/of BMI (>30) en/of te hoge bloeddruk (bovendruk >140 voor personen jonger dan 70 jaar, bovendruk >150 voor personen ouder dan 70 jaar) gaf de verpleegkundige ook een verwijsbrief naar de huisarts mee, tenzij de deelnemer al bekend was hiermee. Bij een positieve hiv-sneltest werd ter plekke opvang verleend, hiervoor kon zo nodig de aanwezige ervaringsdeskundige aansluiten van Stichting Mara (een organisatie die met behulp van geestelijke verzorgers en ervaringsdeskundigen/peers mensen met hiv ondersteunt). Daarnaast werd er zo snel mogelijk een vervolgspraak bij de GGD gemaakt voor hiv-confirmatie via een bloedtest. Hiervoor waren vooraf tijdsloten gereserveerd bij het Centrum Seksuele Gezondheid. Daar werd - zoals gebruikelijk bij een bevestigde hiv-diagnose - partnerwaarschuwing besproken en direct verwezen naar een hiv-behandelcentrum.

Naast de voorlichting bij de verschillende onderdelen, werd bij binnenkomst of tijdens het wachten ook beknopte individuele mondelinge voorlichting gegeven over hiv en hiv-testen door de

voorlichter of ervaringsdeskundige van Stichting Mara. Vanaf de derde testactie werd hierbij ook een zelf ontwikkeld voorlichtingsspel ingezet, waarbij deelnemers individueel of met elkaar verschillende stellingen konden beantwoorden met behulp van magneten. De antwoorden werden nabesproken door de voorlichter of peer. Er waren ook diverse folders over gezondheid en hiv aanwezig die meegenomen konden worden.

Interventielocaties

Tussen oktober 2019 en februari 2020 zijn in totaal zeven testacties georganiseerd op drie verschillende locaties in het Oude Westen: in het Huis van de Wijk (drie keer), bij de migrantenvrouwenorganisatie (drie keer) en in de boksschool (één keer). De locaties zijn van organisaties die maatschappelijk betrokken zijn in de wijk en waar wijkbewoners al komen voor diverse activiteiten. Als er geen aparte ruimte aanwezig was voor het hiv-testen, werd een GGD-bus voor de locatie geplaatst en gebruikt voor het testen op glucose en hiv. De GGD-bus waarborgde privacy en diende daarnaast als blikvanger.

Dag en tijdstip

De testacties zijn zoveel mogelijk gepland op dagen en dagdelen die aansloten op bestaande activiteiten (bijvoorbeeld taalcursussen in hetzelfde gebouw). We varieerden in tijden en dagen om zo verschillende doelgroepen te kunnen bereiken.

Werving voor deelname aan interventie

Sleutelfiguren zijn gevraagd om te helpen bij de werving en het overbruggen van een taalbarrière. Testacties werden ook aangekondigd door organisaties in de wijk: mondeling, op hun website en/of via hun social mediakanalen. Daarnaast zijn flyers en posters verspreid in de buurt, onder andere bij organisaties, winkels en de bioscoop. Voor de buurtkrant is een artikel geschreven over de testacties inclusief data van een aantal testacties.

Informatie over de testactie is ook gedeeld via de website en social mediakanalen van de GGD Rotterdam-Rijnmond. Van de eerste testactie zijn

korte filmpjes (Stories) gemaakt voor het Instagramaccount van de gemeente (@gemeenterotterdam). In deze Stories werd ook een overzicht van de komende testacties gegeven. Daarnaast is informatie over de testacties verspreid via de Facebookpagina en het online buurtplatform van het Oude Westen (WOW) met berichten voor en door Rotterdammers (in het Oude Westen). Via de social mediakanalen van de lokale publieke omroep OPEN Rotterdam is een interview met de projectleider, een arts maatschappij en gezondheid van GGD Rotterdam-Rijnmond, geplaatst waarin uitleg werd gegeven over de testactie.

Daarnaast is er tijdens testacties waarbij weinig deelnemers waren aanvullend geworven in de wijk, onder andere door mensen op straat en bij omliggende organisaties (zoals de sportschool) aan te spreken en uit te nodigen.

Non-respons

Gedurende de testacties is non-respons geregistreerd van personen die aanwezig waren op de locatie van de testactie, maar niet wilden meedoen aan de testactie zelf. Hen is gevraagd naar de reden hiervoor en dit werd genoteerd samen met geslacht en leeftijd. Indien de non-responder hier geen antwoord op wilde geven, werd deze persoon alleen geturfd als non-responder zonder verdere informatie.

B2.2 Evaluatie

Evaluatie testacties

Elke testactie is geëvalueerd. Aan deelnemers van de testactie werd gevraagd om een kort evaluatiebriefje in te vullen, waarin zij met behulp van smileys de ruimte, de wachttijd, de medewerkers, de informatie, de combinatie van hiv-test met andere testen, de sfeer en de privacy beoordeelden. Daarnaast was er de mogelijkheid tot het opschrijven van opmerkingen en tips. Na afloop van de testactie werd de contactpersoon van de interventielocatie geïnterviewd over de uitvoering, de ervaringen, de reacties van deelnemers, het bereik, de rol en de tijdsinvestering van de geïnterviewde en de betrokken organisatie voor en tijdens de testactie

(bijvoorbeeld met betrekking tot de werving). Ook medewerkers van het testteam vulden na elke testactie een evaluatieformulier in. Hierin werd gevraagd naar de verwachtingen, de uitvoering, de reacties van deelnemers, het bereik van de testactie en de tijdsinvestering. Tot slot werd er een gedetailleerde ruimtebeschrijving gemaakt zodat de fysieke opzet van elke testactie ook geëvalueerd kon worden. De verschillende evaluaties leverden direct input voor aanpassingen in de werkwijze bij volgende testacties op dezelfde of andere locatie. Naast evaluaties per testactie, was er na vijf testacties een tussenevaluatie met medewerkers van het testteam.

Focusgroep testteam medewerkers

In mei 2020 is één focusgroep uitgevoerd met vier GGD-medewerkers die betrokken waren bij de ontwikkeling, uitvoering en/of coördinatie van de testacties. Diverse bevorderende en belemmerende factoren die genoemd werden in de evaluatieformulieren dienden als input voor de focusgroep. Het doel van de focusgroep was meer inzicht krijgen in deze factoren, en in de interventie doelstellingen (vergroten kennis, verminderen taboe) waarvoor geen kwantitatieve meting is gedaan. De focusgroep duurde in totaal twee uur en vond digitaal plaats via Microsoft Teams vanwege de COVID-richtlijnen in die periode.

Telefonische terugblik testacties met de organisaties

In het najaar van 2020 is er telefonisch overlegd met organisaties in de wijk over mogelijkheden tot voortzetting van de testacties tijdens de corona periode en is er ook teruggekeken op de al uitgevoerde testacties.

B2.3 Analyses

Vragenlijsten en testresultaten verzameld tijdens de interventie zijn geanalyseerd met behulp van statistische software (IMB SPSS Statistics, versie 26; SPSS Inc., Chicago, Illinois). Genoemde redenen voor niet deelnemen aan de testactie (non-respons) zijn gelabeld en gegroepeerd tot thema's. Evaluatieformulieren zijn geanalyseerd

door middel van documentanalyse. De focusgroep is letterlijk getranscribeerd en geanalyseerd tot een aantal kernthema's aan de hand van de concepten en factoren in het 'Logic Model' (8).

B3. Resultaten

B3.1 Resultaten testacties

Vragenlijst

Alle deelnemers gaven toestemming om hun vragenlijst en testgegevens te gebruiken voor onderzoek. Bij vier personen is alleen gevraagd naar sociodemografische karakteristieken vanwege een taalbarrière tussen medewerker en deelnemer. Daarnaast is bij sommige deelnemers een aantal vragen overgeslagen vanwege taalbarrière of tijdgebrek.

Wie deden er mee?

In totaal namen 140 mensen deel aan zeven verschillende testacties; 69 (49,3%) bij de migrantenvrouwenorganisatie, 61 (43,6%) bij het Huis van de Wijk, en 10 (7,1%) bij de Thai Boksschool. Per testactie waren minimaal 10 en maximaal 31 deelnemers.

Een overzicht van de demografische kenmerken van deelnemers is weergegeven in **Tabel 1**. Deelnemers waren voornamelijk vrouw (74,3%) en hadden een niet-westerse migratieachtergrond (85,0%). In totaal waren er 26 verschillende nationaliteiten onder de deelnemers. De meest voorkomende niet-westerse migratieachtergronden waren Marokkaans (36,1%), Surinaams (18,5%), Turks (16,0%) en Somalisch (10,9%). De gemiddelde leeftijd van deelnemers was 48 jaar (tussen 18 en 81 jaar). Bijna de helft van de deelnemers (46,4%) was niet of laag opgeleid.

Tabel 1 Karakteristieken deelnemers testacties (N=140)

	Aantal (%) ¹
Geslacht	
Mannen	36 (25,7%)
Vrouwen	104 (74,3%)
Anders/onbekend	0
Migratieachtergrond²	
Westers	21 (15,0%)
Niet-westers	119 (85,0%)
Leeftijd³	
18 t/m 24 jaar	13 (9,3%)
25 t/m 44 jaar	46 (31,9%)
45 t/m 64 jaar	58 (41,4%)
65 jaar en ouder	23 (16,4%)
Mediaan (interkwartiel range)	49 (37 – 60)
Gemiddeld (minimum, maximum)	48 (18 – 81)
Opleidingsniveau⁴	
Geen	21 (15,0%)
Laag	44 (31,4%)
Middelbaar	32 (22,9%)
Hoog	14 (10,0%)
Anders/onbekend	29 (20,7%)
Seksueel contact	
Heteroseksueel	100 (98,0%)
Man die seks heeft met mannen	2 (2,0%)
Geen antwoord/missing	38

¹ Aantal en percentage, tenzij anders vermeld.

² Bij personen met een niet-westerse migratieachtergrond is tenminste één van de ouders in een niet-westers land geboren (CBS). Wanneer het geboorteland van vader en moeder verschillend is, is het geboorteland van moeder leidend.

³ Minimale leeftijd voor deelname was 18 jaar.

⁴ Laag = basisonderwijs, vmbo, mbo-1; Middelbaar = havo/vwo, mbo2-4; Hoog = hbo/wo

De deelnemers waren op basis van geslacht, migratieachtergrond en leeftijd geen afspiegeling van de buurt Oude Westen, waar de testacties

plaatsvonden (**Tabel 2**). De deelnemers waren vaker vrouw, hadden vaker een niet-westerse migratieachtergrond en waren ouder.

Tabel 2. Verdeling karakteristieken deelnemers vergeleken met verdeling karakteristieken inwoners buurt Oude Westen, Rotterdam-Centrum

	Deelnemers Aantal (%) ¹	Inwoners Oude Westen Aantal (%) ^{1,2}	P-waarde ³
Totaal	140 (100,0%)	9445 (100,0%)	
Geslacht			<0.01
Mannen	36 (25,7%)	4745 (50,2%)	
Vrouwen	104 (74,3%)	4700 (48,8%)	
Migratieachtergrond⁴			<0.01
Westers	21 (15,0%)	4040 (42,8%)	
Niet-westers	119 (85,0%)	5405 (57,2%)	
Leeftijd			<0.01
18 t/m 24 jaar⁵	13 (9,3%)	1395 (14,8%)	
25 t/m 44 jaar	46 (31,9%)	3055 (32,3%)	
45 t/m 64 jaar	58 (41,4%)	2354 (24,8%)	
65 jaar en ouder	23 (16,4%)	1400 (14,8%)	

¹ Aantal en percentage, tenzij anders vermeld.

² CBS, 2019. Aantallen voor totaal, geslacht en migratieachtergrond zijn gebaseerd op alle inwoners van de buurt Oude Westen. Openbaar beschikbare gegevens via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/nederland-regionaal/wijk-en-buurtstatistieken>.

³ Een P-waarde <0.05 wordt beschouwd als een statistisch significant verschil.

⁴ Bij personen met een niet-westerse migratieachtergrond is tenminste één van de ouders in een niet-westers land geboren (CBS). Wanneer het geboorteland van vader en moeder verschillend is, is het geboorteland van moeder leidend.

⁵ Het inwonersaantal is gebaseerd op inwoners van 15 t/m 24 jaar.

Wie deden er niet mee?

In totaal zijn 38 personen geregistreerd als non-responders, waarvan 16 mannen en 22 vrouwen. De redenen voor non-respons waren: aanwezig in het gebouw omdat zij daar werkzaam zijn/stage lopen (n=11) of vanwege een afspraak ter plekke (n=4), recent naar de dokter of ziekenhuis geweest maar niet specifiek voor hiv (n=9), geen tijd (n=5), al bij één van onze andere testacties getest (n=3), of een andere reden zoals 'niet geïnteresseerd', ingetapete handen in verband met boksles, taalbarrière en bang voor bloed.

Werving

Voor 133/140 deelnemers was ingevuld of zij vooraf wisten van de testactie; twee derde (n=90) was op de hoogte van de testactie, de rest niet. Van deze groep die op de hoogte was, was een

groot deel (40,0%) geworven door een medewerker of vrijwilliger van de organisatie waar de testactie werd gehouden. De overige personen wisten van de testactie door gedrukte media (30,0%), via een andere deelnemer (12,2%), omdat zij 'zomaar' binnen kwamen lopen (7,8%), omdat zij actief geworven waren door een testactie-medewerker (7,8%) of via een website of een van de gebruikte social mediakanalen (2,2%).

Gezondheid (niet hiv) van deelnemers

Van de 140 deelnemers is bij 138 deelnemers de bloeddruk gemeten, van 135 de BMI berekend en van 137 de glucosewaarde bepaald. Een derde van de deelnemers had één of meerdere afwijkende uitslagen die nog niet bekend waren bij hen, zij kregen hiervoor een verwijsbrief voor de huisarts. Een overzicht van het aantal deelnemers

met een afwijkende uitslag per gezondheidscheck en het deel dat daarvan niet op de hoogte was, is weergegeven in **Tabel 3**.

Tabel 3. Aantal deelnemers per gezondheidscheck met een afwijkende uitslag

	Deelnemers n/N (%)	Afwijkende testuitslag ^a n/N (%)	Vooraf niet bekend met afwijkende testuitslag ^a n/N (%)
BMI	135/140 (96,4%)	55/135 (40,7%)	19/55 (34,6%)
Bloeddruk	138 /140 (98,6%)	45/138 (32,6%)	24/45 (53,3%)
Bloedglucose	137/140 (97,9%)	17/133 ^b (12,8%)	7/17 (41,2%)
Hiv	134/140 (95,7%)	1/134 (0,75%)	1/1 (100%)

Afkortingen: BMI, Body Mass Index.

^a Definitie afwijkende uitslag; bloeddruk: bovendruk >140 voor personen jonger dan 70 jaar, bovendruk >150 voor personen ouder dan 70 jaar. Bloedglucosewaarde: >7,8 niet nuchter en ≥5,5 nuchter. BMI: >30. Hiv: positief.

^b Niet geregistreerd voor 4 geteste deelnemers.

Hiv-testgeschiedenis

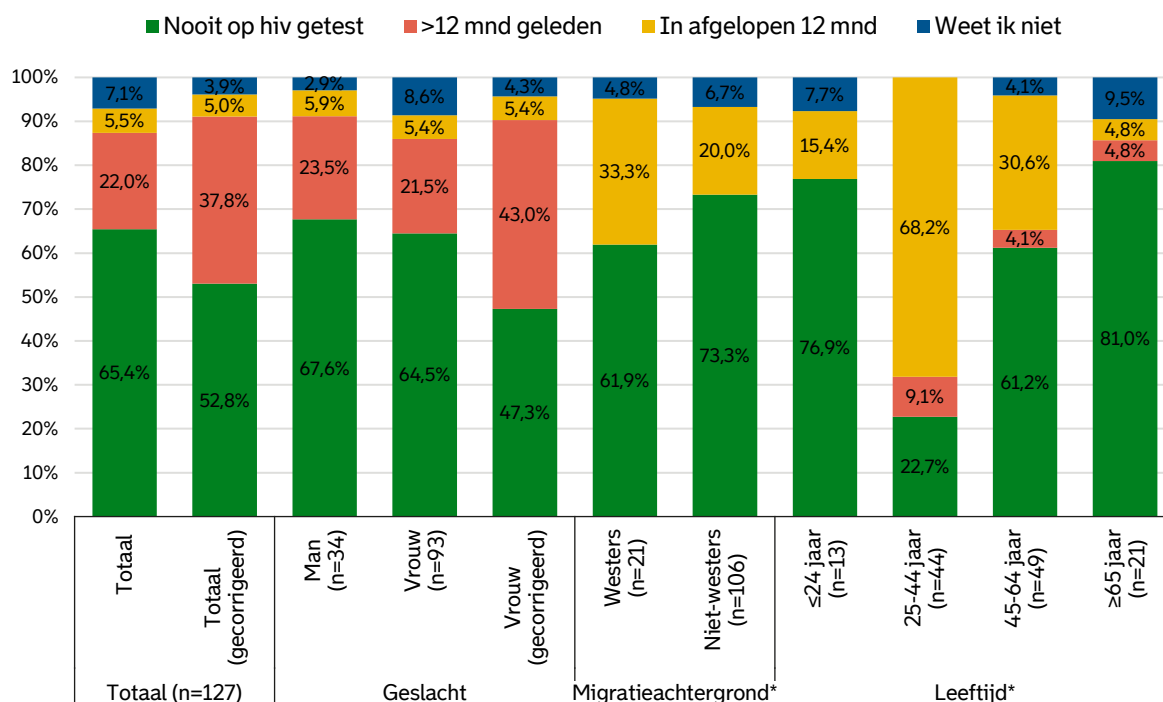
Nooit getest

Voor 127/140 deelnemers zijn vragen over hiv-testgeschiedenis ingevuld. Ruim 80% van hen heeft zich nooit eerder op hiv laten testen, of meer dan 12 maanden geleden (**Figuur 4**). Een deel van de vrouwen die heeft aangegeven nooit eerder op hiv te zijn getest, is - gezien de periode waarin ze kinderen hebben gekregen in Nederland - waarschijnlijk wel getest in het kader van zwangerschapsscreening. Als verondersteld wordt dat deze vrouwen wel zijn getest op hiv, dan is 52,8% van de deelnemers nooit eerder op hiv getest. Wanneer er wordt uitgesplitst naar migratieachtergrond, heeft 73,3% van de deelnemers met een niet-westerse migratieachtergrond zich nog nooit getest (**Figuur 4**). Dit is 61,9% onder deelnemers

met een westerse migratieachtergrond. Jongeren van 24 jaar en jonger en 65-plussers hebben zich het vaakst nog nooit op hiv laten testen, 76,9% en 81,0% respectievelijk (**Figuur 4**).

Ooit getest

Voor 80,0% van de 35/127 personen die ooit op hiv zijn getest, was dit meer dan een jaar geleden. Als er wordt gecorrigeerd voor zwangerschapsscreening, dan zijn 55/127 personen ooit op hiv getest, van wie 87,3% meer dan een jaar geleden. De meest recente hiv test was het vaakst uitgevoerd bij de huisarts (29,4%), vanwege gezondheidsklachten, of bij de verloskundige (23,5%) in verband met zwangerschap.



Figuur 4. Hiv-testgeschiedenis naar geslacht, migratieachtergrond en leeftijd (N=127). De aantallen voor migratieachtergrond en leeftijd zijn gecorrigeerd voor zwangerschapsscreening. Vrouwen die één of meerdere kinderen na 2003 in Nederland hebben gekregen, zijn op basis van het geboortjaar van hun jongste kind ingedeeld in de categorie '>12 maanden geleden' of 'In afgelopen 12 maanden'.

Risicoschatting deelnemers

Over het algemeen dachten deelnemers dat zij geen risico op hiv hadden. Meer dan de helft (57,4%, N=66/115) gaf aan helemaal geen kans te hebben op hiv, en een derde (33,0%, N=38/115) dacht dat de kans klein was. De rest gaf aan het niet te weten. Ook het risico op hiv in de toekomst werd door de meeste deelnemers als zeer klein beschouwd: 53,4% (N=62/116) gaf aan geen kans te hebben op hiv, 31,9% (N=37/116) dacht dat de kans klein zal zijn. Ruim 13% (N=16/116) gaf aan niet te weten of zij in de toekomst hiv zouden krijgen. Hierbij gaven deelnemers voornamelijk aan dat "je nooit kunt weten wat er in de toekomst gebeurt". Eén persoon beoordeelde de kans op hiv in de toekomst als heel groot.

Randvoorwaarden hiv test

Er zijn verschillende vragen gesteld over de randvoorwaarden om een hiv-test te doen tijdens de testactie en in het algemeen. In totaal hebben 124/140 deelnemers (88,6%) minimaal één reden gegeven waarom zij een hiv-test wilde doen tijdens de testactie. De belangrijkste genoemde redenen om zich op hiv te laten testen tijdens de

testactie waren: controle (N=59/124, 47,6%), geen speciale reden (N=30/124, 24,2%), gratis (N=21/124, 16,9%) en de aanwezigheid van meerdere gezondheidschecks (N=19/124, 15,3%). Er zijn ook een aantal vragen gesteld over de financiering van hiv-testen. Ruim de helft (54,7%) van de deelnemers gaf aan dat een hiv-test altijd gratis moet zijn, bijvoorbeeld door het testen op hiv op te nemen in de (basis) zorgverzekering. Deelnemers die wel bereid waren om voor een hiv-test te betalen vonden <10 euro (27,3%) of 10 tot 20 euro (30,3%) een redelijke prijs (minimum: €1; maximum: €100). Over het algemeen gaven deelnemers aan dat zij zich sneller zouden laten testen op hiv als hun huisarts hen zou vragen om een hiv-test te doen (N=84/118, 71,2%), dan dat zij zelf de huisarts zouden vragen om een hiv-test (N=45/118, 38,1%). Het merendeel (73,8%) gaf wel aan dat een huisarts een reden dient te geven voor het hiv-test advies, maar dat zij het advies van de huisarts in principe zouden volgen ("Hij vraagt het niet zomaar", "Hij heeft vast een reden").

Omgeving en hiv

De meerderheid van de deelnemers (63,7%, N=72/113) gaf aan dat mensen die belangrijk voor hen zijn, zoals familie en vrienden, het geen probleem zouden vinden dat zij zich tijdens de testactie op hiv laten testen. Wel werd frequent aangehaald dat als de test positief blijkt te zijn, familie en vrienden in eerste instantie negatief zouden reageren, maar hen wel zouden accepteren en steunen. Het delen van de hiv-status met collega's vonden deelnemers over het algemeen niet gepast. Hierbij werd in de meeste gevallen aangegeven dat privé en werk gescheiden moeten blijven. Enkele deelnemers gaven ook als reden dat zij bang waren om bijvoorbeeld ontslagen te worden. Over het algemeen hadden deelnemers nooit eerder met mensen uit hun omgeving over hiv gesproken omdat zij hierover een taboe voelen in hun omgeving, of omdat zij niemand kenden met hiv ("Waarom zou je het dan met iemand er over hebben?").

Hiv-positieve case

In totaal zijn er 134 personen getest op hiv en was één deelnemer positief getest (prevalentie: 0,7%). Deze heteroseksuele vrouw met een niet-westerse migratieachtergrond had net als de ruime meerderheid van de deelnemers (90%) vrijwel geen risicoperceptie: ze schatte haar kans op hiv als klein in, ook voor de toekomst.

B3.2 Resultaten procesevaluatie

Hier beschrijven we eerst de evaluatie onder deelnemers en betrokken organisaties en we besluiten met de evaluatie onder de medewerkers van het testteam.

Evaluatie deelnemers

In totaal hebben 115 van de 140 deelnemers een evaluatieformulier ingeleverd. Alle onderdelen (ruimte, wachttijd, medewerkers, informatie, combinatie hiv test met andere test, sfeer en privacy) werden door ruim 80% van de deelnemers als (zeer) goed beoordeeld. De wachttijd scoorde het "minst goed"; omdat (15/115) 13% 'gaat wel' antwoordde en 4/115 (3,5%) 'niet goed'. Door de

overige deelnemers werd de wachttijd beoordeeld als goed (46%) tot heel goed (38%). De lagere beoordelingen met betrekking tot de wachttijd hadden te maken met piekmomenten tijdens de inloop bij sommige testacties, waardoor de wachttijd opliep.

Een aantal deelnemers (n=31) heeft gebruik gemaakt van het open tekstveld in het evaluatieformulier voor aanvullende opmerkingen of tips. In de meeste gevallen werd er bedankt voor de testactie, werden er bemoedigende woorden opgeschreven (zoals "*Ga door met dit initiatief!*"), en benadrukten deelnemers blij te zijn met de mogelijkheid om zich te kunnen laten testen (onder andere "*Blij, zo uit het niets! En happy met de uitslagen!*"). Eén deelnemer vulde in: "*Zonder geld is goed*" en enkele deelnemers opperden dat er meer bekendheid gegeven kon worden aan de testacties. Meerdere deelnemers schreven op dat er vaker testacties gehouden moesten worden, waarbij één deelnemer als toelichting gaf: "*Mensen gaan te laat naar de dokter*". Enkele deelnemers merkten op dat hun kennis was vergroot: "*Hiv wist er niks van. Blij weer wat geleerd*", "*Ik wist niet wat hiv was, maar door vandaag wel*" en "*Het [hiv] is eigenlijk heel normaal*". Twee deelnemers gaven aan dat de privacy tijdens het invullen van de vragenlijst verbeterd kon worden, één gaf daarbij aan dat de vragenlijst het beste ook in een aparte ruimte kan worden afgenomen.

Evaluatie organisaties

De evaluatie met de contactpersonen van de organisaties waar de testacties plaatsvonden bestond uit een face-to-face interview aan het eind van elke testactie en een telefonische terugblik ruim een half jaar later.

Interview contactpersoon organisatie na testactie

Na afloop van elke testactie werd de contactpersoon van de betreffende interventielocatie geïnterviewd om de testactie te evalueren. De contactpersonen waren gedurende de gehele testactie aanwezig, en waren over het algemeen zeer tevreden met de organisatie en het verloop van de

testacties, waarbij een goede samenwerking met de GGD werd ervaren. Er werd tijdens de testacties een goede, gezellige en open sfeer tussen de deelnemers onderling en met het GGD-team geobserveerd. Deelnemers maakten een positieve indruk en dit werd bevestigd in gesprekken tussen de deelnemers en de contactpersonen. Het GGD-team werd beschreven als proactief, geduldig, begripvol, empathisch, lief, fijn, stimulerend en gezellig. De GGD-bus en de GGD-vlag/banner buiten voor de testlocatie vond men van toegevoegde waarde, omdat hierdoor de aanwezigheid van de GGD zichtbaarder was. De informatiematerialen voldeden volgens de contactpersonen voor de wijkbewoners: ze waren simpel en duidelijk. Het werd als zeer waardevol gezien dat de GGD naar de mensen in de wijk toekwam. De contactpersonen ervaarden dit als fijn en laagdrempelig voor wijkbewoners om te komen testen (*"Bij de huisarts ga je alleen [testen] als je ziek bent, hier kom je gewoon binnen en kun je testen. Dat is fijn en makkelijker"*).

Ook bewustwording, kennisvergroting, normalisering en taboe vermindering werden geobserveerd: deelnemers praatten onderling over onder andere bloeddruk, hiv en gezondheid in het algemeen. Een contactpersoon merkte op: *"Als er meer over [hiv] gepraat wordt, neemt het taboe af. Dit helpt daar ook bij"*. Onderdelen van de testactie waren niet altijd in aparte ruimten. De privacy voor de testactie-deelnemers werd door de contactpersonen desondanks als goed beschouwd, onder andere omdat wachtende deelnemers vaak met hun eigen dingen bezig waren of met elkaar in gesprek, en hierdoor geen aandacht hadden voor andere deelnemers bij de testonderdelen. Eén contactpersoon gaf daarnaast aan dat deelname juist laagdrempelig(er) wordt door meerdere testonderdelen in de algemene ruimte uit te voeren (*"Je ziet wat je kunt verwachten"*). Geen van de contactpersonen ervaarden de testacties als extra werk of als belastend, de aandacht die uitging naar 'hun' wijkbewoners stond centraal en zij waardeerden juist de gezelligheid die het met zich meebracht op de locatie.

Het liefst wilden de contactpersonen deze testacties vaker en uitgebreider, door bijvoorbeeld ook tandartscontroles en uitgebreidere seksuele voorlichting erin op te nemen. Het aanbieden van meer testacties wordt gezien als een kans om meer bekendheid in de wijk te genereren, waardoor uiteindelijk ook nieuwe en andere groepen zullen deelnemen (zoals mannen). Het werven van mannen werd genoemd als een verbeterpunt, omdat zij in veel minder grote getale deelnamen. Eén van de contactpersonen gaf aan dat de werving van mannen actiever moet, en zij had zelf ook actief mannen willen werven, maar dat was vanwege persoonlijke omstandigheden niet gelukt. Twee testacties vielen in een vakantieperiode en de testacties waren vaak overdag, wat ook invloed heeft gehad op de deelname van mannen volgens de contactpersonen. De wachttijd werd soms als ietwat lang beoordeeld, maar niet als erg of storend omdat de meeste deelnemers gezellig bij elkaar zaten met de aangeboden gezonde snacks (tomatjes en mandarijntjes). Er werd geopperd dat een groter testteam kan helpen om de wachttijd te verkleinen, en om meer mensen te kunnen testen.

Telefonische terugblik testacties met de organisaties

In het najaar van 2020 zijn verschillende betrokken wijkorganisaties gebeld om de mogelijkheden voor testacties in COVID-19 tijd te bespreken en kort terug te kijken op de gehouden testacties. De coördinator van de migrantenvrouwenorganisatie was blij met de testacties en hoorde dat ook van de vrouwen terug. Omdat iedereen zo binnen kan lopen, is er geen taboe om te testen. Ook de coördinator van het Huis van de Wijk was enthousiast over de testacties, ze vond dat de testacties prima en zorgvuldig uitgevoerd zijn. Daarnaast gaf ze aan dat ze het gebruik van het wijknetwerk belangrijk vond en een 'leuke bus' voor de deur ook. Ze raadde aan in het vervolg een klein cadeautje te geven aan de deelnemers. Voor nieuwe testacties in de toekomst, werd er geopperd om een lokkertje in te zetten voor met name mannen. Ook één van de jongerenwerkers in de wijk vond dat de testacties een enorme meerwaarde hebben

in deze wijk. Zijn team stond helemaal achter de testacties, omdat op deze manier drempels en schaamte weggenomen worden. De organisaties betreurden het dat de geplande testacties vanwege COVID-19 zijn komen te vervallen, maar onderschreven dat het in deze situatie niet gewenst was om zelf groepen mensen bij elkaar te laten komen. Wat hen betreft konden de testacties later weer opgepakt worden, zodra de situatie rondom COVID-19 dat toe zou laten.

Evaluatie medewerkers

Evaluatieformulieren en tussenevaluatie

Medewerkers gaven aan dat de combinatie van een hiv-test met andere gezondheidstesten als grote voordeel heeft dat mensen zich nu ook laten testen op hiv, die dat anders niet zouden doen. Hierbij werd wel opgemerkt dat het aanbieden van meerdere gezondheidstesten veel tijd en mankracht kost, onder andere vanwege het uitvoeren van testen die voor het team seksuele gezondheid van de GGD niet relevant zijn. Daarnaast zorgden de 'niet hiv-testen' voor het aantrekken van een doelgroep die in eerste instantie minder relevant is in het kader van hiv-bestrijding, zoals vrouwen uit Noord-Afrika. Tijdens de tussenevaluatie werd daarom besloten om de volgende testacties meer te richten op mannen, op wijkbewoners met een Surinaamse, Caribische of Sub-Sahara Afrika migratieachtergrond, en op jongeren, door naar locaties te gaan waar deze groepen al komen. Hierbij werd gedacht aan testacties met jongerenwerk en bij een barbershop in de wijk. Om de jongere doelgroep te werven werd voorgesteld om het testaanbod aan te passen door soa-testen (chlamydia en gonorrroe) aan te bieden in plaats van testen op bloeddruk en BMI. Hiervoor zou een apart protocol en draaibroek ontwikkeld worden, maar vanwege de coronapandemie konden deze testacties helaas niet doorgaan.

Er zijn diverse praktische en logistieke knelpunten genoemd, waarvoor oplossingen zijn besproken tijdens de tussenevaluatie zoals: (1) een reservechauffeur voor de GGD-bus, zodat bij het

onverwacht uitvallen van de chauffeur toch de GGD-bus ingezet kan worden; (2) het vooraf checken van de toegang tot de locatie met de GGD-bus, zodat geanticipeerd kan worden op knelpunten; (3) het reserveren van een auto bij een testactie zonder GGD-bus, zodat de materialen vervoerd kunnen worden; (4) voor het (last-minute) uitvallen van een medewerker (zoals een peer) was geen directe oplossing voorhanden, maar de medewerkers probeerden zo mogelijk meerdere taken tegelijk uit te voeren. Er werd daarnaast besloten geen nieuw posters meer op te hangen bij winkels in de buurt, omdat die al snel verwijderd bleken te worden.

Eén van de punten die als zeer belangrijk werd beschouwd was privacy. Dit werd voornamelijk beoordeeld als kwetsbaar bij het invullen van de vragenlijst. In de praktijk bleek dat tijdens het invullen van de vragenlijst andere deelnemers bijvoorbeeld kwamen 'buurten' of dat deelnemers elkaar wilden ondersteunen bij het beantwoorden van de vragen (door bijvoorbeeld voor elkaar te vertalen). Ook zaten wachtende deelnemers op sommige locaties bij drukte dicht bij de plaats waar de vragenlijst werd afgenomen. Tijdens de tussentijdse evaluatie is afgesproken dat alle testmedewerkers alerter zijn op deze situaties en de eerder gemaakte afspraken, zoals wachtende deelnemers verzoeken iets verder weg te gaan zitten, en deelnemers die samen komen te wijzen op het feit dat er persoonlijke vragen gesteld worden. Medewerkers beoordeelden dat de privacy tijdens het afnemen van de vragenlijst niet voldoende gegarandeerd kon worden bij de Thaiboksschool, dit was de belangrijkste reden om de Thaiboksschool niet meer als testlocatie te gebruiken.

Een ander veel genoemd knelpunt was de taalbarrière tussen medewerkers en deelnemers. Dit werd als meest bezwaarlijk ervaren tijdens het ondertekenen van de toestemmingsverklaring en het doorlopen van de vragenlijst. Sommige deelnemers leken te weinig Nederlands te begrijpen om de vragenlijst volledig te kunnen afnemen en om goed te kunnen uitleggen wat de testen inhouden en informatie over hiv te geven. Vaak vertaalden

familie, vriendinnen of andere aanwezigen voor elkaar. Medewerkers gaven aan zich hier niet altijd comfortabel bij te voelen omdat privacygevoelige onderwerpen werden besproken, en bovendien kon niet gecontroleerd worden wat en hoe er werd vertaald. Tijdens de tussentijdse evaluatie is besloten geen officiële vertaler in te zetten, omdat het de testactie minder laagdrempelig maakt en het testproces vertraagt, en vanwege de kosten. Voor de testacties na het evaluatiemoment werd afgesproken om de vragenlijst zo nodig in te korten (alleen demografische kenmerken) en de hiv-test over te slaan als een deelnemer het echt niet lijkt te begrijpen. Daarnaast werd besloten om een lijst met hiv in diverse talen mee te nemen, en dit te tonen bij de vragenlijstafname en op te hangen bij de prikpost.

Ook tijd was een van de gemelde knelpunten. Ten eerste vonden medewerkers de wachttijd voor deelnemers bij sommige testacties te lang, als er ineens een grote toeloop van deelnemers was. Om de wachttijd te verkorten is afgesproken de volgorde van deelnemers beter te bewaken door per testpost het volgnummer van de deelnemer af te vinken. Daarnaast benadrukten medewerkers dat de ontvangstmedewerker dit ook beter moest bewaken. Er werd wel aangegeven dat het interactieve spel met stellingen over hiv hielp het gevoel van een relatief lange wachttijd te verminderen: deelnemers konden hierdoor namelijk iets doen tijdens het wachten. Een ander aspect gerelateerd aan tijd was het uitlopen van de testactie. Medewerkers gaven aan dat testacties structureel uitliepen, bij drukte en als deelnemers ook weer nieuwe deelnemers ronselden tijdens de testactie. Bij de tussenevaluatie is afgesproken als medewerker rekening te houden met uitloop en een 'buffer' in te bouwen door een eerdere eindtijd voor deelnemers te noemen. Ook hadden medewerkers in de evaluatieformulieren aangegeven

dat er geen ruimte was voor een pauze, waarop is afgesproken om bij drukte en uitloop van de testactie een korte pauze voor de medewerkers in te plannen.

Verder zijn knelpunten besproken met betrekking tot het onderzoek gekoppeld aan de testacties. Het afnemen van de vragenlijst kost bijvoorbeeld veel tijd en mankracht, onder andere vanwege de hierboven genoemde taalbarrière. Desondanks werd tijdens de tussenevaluatie besloten de originele testactie opzet te behouden omdat inzicht in kennis, attitude en testgedrag als belangrijk werd beschouwd. Ook de non-responsemeting bleek lastig omdat op sommige locaties veel inloop was van medewerkers, vrijwilligers en reguliere bezoekers. Er is toch besloten hiermee door te gaan en te proberen dit zo goed mogelijk uit te voeren, omdat het waardevolle extra informatie verschaft over 'gemiste doelgroepen' en hun redenen om niet deel te nemen. Op basis van de tussenevaluatie waren geen aanpassingen nodig in de ontwikkelde formulieren.

Voor de eerste testacties zijn relatief neutrale flyers en wervingsposters ingezet (zie **foto 3**) naar aanleiding van een tip van een van de contactpersonen om geen sleutelfiguren in te zetten op het algemene wervingsmateriaal omdat persoonlijke smaak een sterke rol zou spelen bij sleutelfiguren in de wijk. Tijdens de evaluatiemomenten ontstond het idee om het wervingsmateriaal voor toekomstige testacties aantrekkelijker te maken door er sleutelfiguren passend bij de testlocatie op af te beelden. Verder zijn aandachtspunten voor aanpassing van de posters besproken, waaronder meer beeld en beter leesbare tekst (bijvoorbeeld witte letters). Tot slot is afgesproken om te overleggen met de communicatieadviseurs over werking via social mediakanalen.

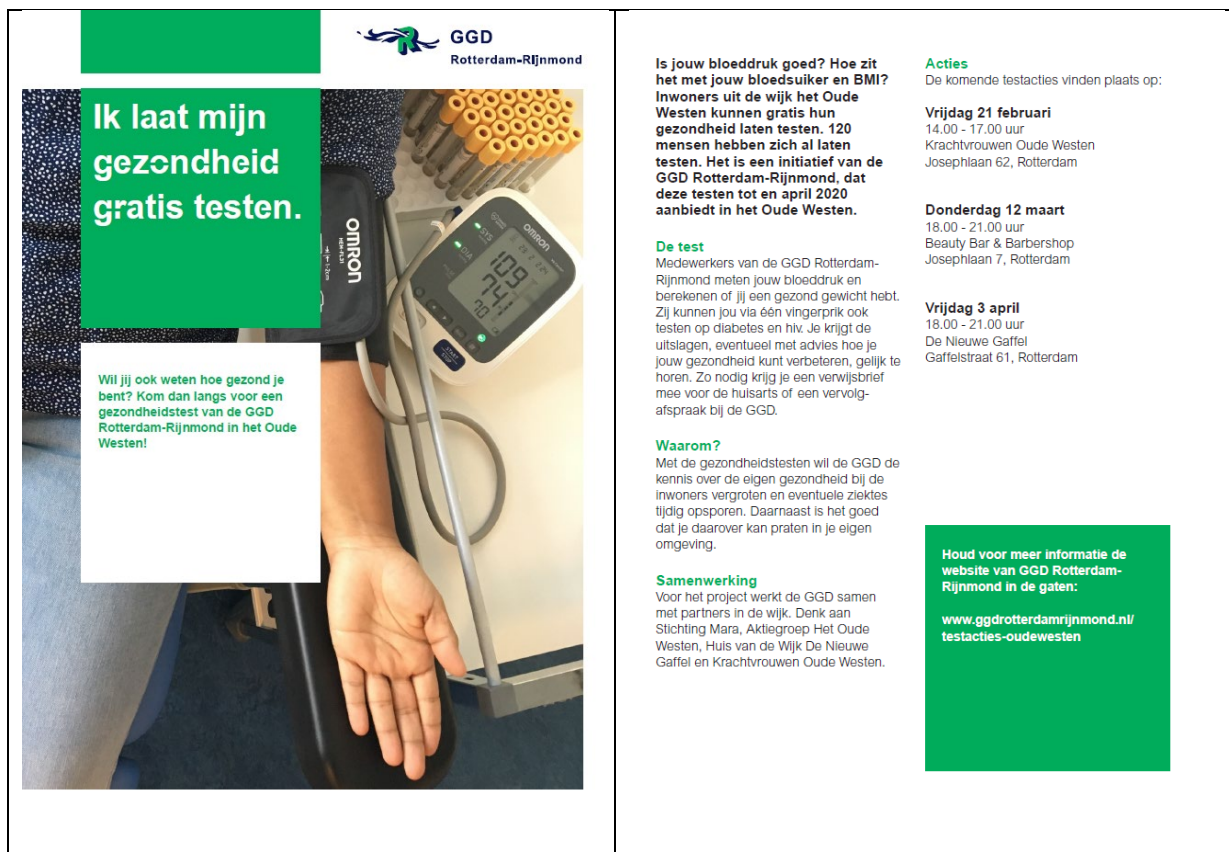


Foto 3. Voor – en achterkant flyer voor werving testacties.

Eindevaluatie

In de eindevaluatie - door middel van het focusgroep gesprek met medewerkers van het testteam - is onder andere gesproken over de samenwerking, de geïnvesteerde tijd, de testlocaties en de taalbarrière.

Samenwerking

De onderlinge samenwerking binnen het testteam is als erg goed ervaren, onder andere vanwege de flexibiliteit van de medewerkers om verschillende rollen op zich te nemen tijdens de testacties en zich aan te passen aan onverwachte situaties. Uitbreiding van het testteam werd als wenselijk gezien om zo de duur van de testacties te bekorten en de uitvoering van de testactiviteiten te verbeteren doordat medewerkers maar één rol op zich hoeven te nemen. Met name een extra medewerker voor het afnemen van de vragenlijst werd als wenselijk beschouwd, omdat dit onderdeel de meeste tijd kostte voor deelnemers. De actieve betrokkenheid van de organisaties maakte de samenwerking tussen het testteam en de organisaties een succes en voor herhaling vatbaar.

Tijdsinvestering

De tijdsinvestering was vooral groot tijdens de voorbereidingen voor de start van de eerste testacties waarbij verschillende documenten ontwikkeld of aangepast moesten worden, zoals een draaiboek, vragenlijst voor de deelnemers, evaluatieformulieren en wervingsmaterialen (folders en posters). Ook kostte het opzetten van een testactie op de locatie in het begin meer tijd dan later, toen we op basis van onze eerdere ervaringen procedures en routines hadden ontwikkeld.

Testlocaties; ruimte en sfeer

De migrantenvrouwenorganisatie en het Huis van de Wijk werden als favoriete locaties gezien, omdat ze belangrijk zijn voor de te bereiken doelgroep en een informele sfeer hebben. Bovendien was er voldoende ruimte voor de verschillende testposten, gedeeltelijk in aparte ruimtes, wat de privacy ten goede kwam. De testacties bij de migrantenvrouwenorganisatie maakten mogelijk de drempel voor mannelijke deelnemers en/of deelnemers met een Nederlandse achtergrond hoger, hoewel we ook hier wel wat mannelijke

deelnemers hadden. De testacties werden zichtbaarder door het plaatsen van de GGD-bus en de GGD-banner buiten het gebouw. Ook het gebruik van informatiematerialen met afbeeldingen (bijvoorbeeld pictogrammen) in plaats van alleen tekst kan helpen om potentiële deelnemers beter te informeren over de testacties, aldus de medewerkers.

Uitvoering

De meeste activiteiten tijdens de testacties zijn grotendeels uitgevoerd zoals gepland. Er zijn echter wel verbeteringen mogelijk in de coördinatie, ontvangst en voorlichting. Dit werd door de GGD-voorlichter en/of een vrijwilliger (een gepensioneerde GGD-voorlichter) en/of een peer gedaan, maar onder andere door herhaalde onverwachte afwezigheid van de peer, moesten rollen soms gecombineerd worden en moesten de onderzoekers af en toe bijspringen. Naast uitbreiding van het testteam kan het proces van de testactie versneld worden door deelnemers zelf de vragenlijsten zoveel mogelijk te laten invullen of de vragenlijst in te korten en te versimpelen.

Taalbarrière

Alle medewerkers gaven aan problemen te hebben ervaren met de taalbarrière tussen het testteam en deelnemers, vooral met deelnemers met een Arabische achtergrond. Ze hadden de indruk dat deelnemers niet altijd wisten wat hiv en hiv testen inhielden en moesten dat herhaaldelijk uitleggen. Ook dan was niet altijd duidelijk of de deelnemer het helemaal begrepen had, en of het daarom wel ethisch verantwoord was om de hiv-test af te nemen. Wel is er op zoveel mogelijk punten tijdens het proces uitleg gegeven en aan de deelnemers gevraagd of zij ook op hiv wilden testen (bij ontvangst, tijdens vragenlijst, door verpleegkundige voor het afnemen van de test). De taalbarrière heeft mogelijk de betrouwbaarheid

van de gegeven antwoorden op de vragenlijst en het evaluatieformulier beïnvloed; onder andere door het anders verwoorden van de vragen, door hulp van omstanders bij het vertalen, waarbij niet gecontroleerd kon worden of dit correct gebeurde, en door sociaal wenselijke antwoorden bij het mondeling uitvragen van het evaluatieformulier. Er zijn verschillende voorstellen gedaan om de taalbarrière te overwinnen, zoals het gebruik van een tolkentelefoon, met als nadeel dat het de processen vertraagt én geld kost. Andere voorstellen zijn het geven van informatie over hiv in verschillende talen en het ontwikkelen van een instructie- of informatievideo waarin hiv en de testprocedure worden uitgelegd door rolmodellen van verschillende achtergronden uit de community.

Uren en kosten testacties

Personeel

Bij elke testactie werden gemiddeld 4 á 5 medewerkers ingezet. Een overzicht van het gemiddelde aantal uur per testactie is weergegeven in **Tabel 4**. Per testactie kostte het gemiddeld 5,5 uur per persoon voor het vervoer naar de testlocatie, op- en afbouw, en het uitvoeren van de testactie. Het aantal uren voorbereiding en afronding per testactie was het hoogst voor de onderzoekers en verpleegkundige, omdat zij ook verantwoordelijk waren voor het verzamelen van de materialen en de nazorg (archiveren, opruimen etc.). Daarnaast was de voorlichter in totaal 3 uur per testactie kwijt aan het halen en terugbrengen van de GGD-bus. De peer was alleen tijdens de uitvoering van de testactie aanwezig. De onderzoekers hebben bovendien - los van de testacties - veel tijd besteed aan de voorbereiding, ontwikkeling (onder andere draaiboek, vragenlijst, evaluatiedocumenten), rapportage en afronding van dit project. Deze uren zijn niet meegenomen in de uren per testactie.

Tabel 4. Gemiddeld aantal uur per medewerker per testactie

	Vorbereiding testactie	Uitvoering testactie	Afronding testactie	Totaal
Verpleegkundige	1,5	5,5	1	8
Doktersassistent		5,5		5,5
Onderzoeker(s) *	6	5,5	5	16,5
Voorlichter	1,5	5,5	1,5	8,5
Peer Mara		4		4
Totaal	9	26	7,5	42,5

* Optelsom van twee onderzoekers bij voorbereiding en afronding.

Materiële kosten

Tabel 5 geeft een overzicht van de gemaakte materiële kosten. De organisaties die hun locatie ter beschikking stelden voor een testactie kregen een vergoeding van €100 euro per testactie (in totaal

700 euro voor 7 testacties). De voorlichtingsmaterialen omvatten onder andere magneetborden en magneten.

Tabel 5. Materiële kosten

	Aantal	Prijs per stuk	Totaal
Gebruik locatie	7	€ 100	€ 700
Glucosemeter, test strips & lancetten			€ 100
Weegschaal	1	€ 30	€ 30
Catering	7	€ 10	€ 70
Voorlichtingsmateriaal			€ 40
Totaal			€ 240

Overige materiële kosten

Er zijn meerdere materialen waarvoor we in dit project geen kosten hoefden maken omdat het eigendom was van GGD Rotterdam-Rijnmond of kosteloos kon worden gebruikt:

- Drukwerk flyers en poster – Wervingsmateriaal is intern afgedrukt door de printservice van de Gemeente Rotterdam.
- Mobiele testbus – Deze is bij zes van de zeven testacties ingezet, en werd gezien als grote meerwaarde.
- Bloeddrukmeters – Naar elke testactie werden twee bloeddrukmeters meegenomen (één reserve).
- Lengtemeter – Tijdens de testacties is een draagbare stadiometer gebruikt om de lengte van deelnemers te meten.
- Hiv-sneltesten – Voor dit project zijn hiv-sneltesten kosteloos aangeboden door AIDS Healthcare Foundation.

Deel C: Tot slot.

In dit laatste hoofdstuk gaan we in op de discussie, geleerde lessen, positieve en minder sterke punten van het onderzoek, en de eindconclusie.

C1. Discussie

Dit rapport beschrijft de ontwikkeling, de uitvoering en de evaluatie van de pilot community-based hiv-testinterventie (CBHT) in een gebied met een relatief hoge hiv-prevalentie en een groot aandeel personen met een niet-westerse migratieachtergrond.

Randvoorwaarden en kwalitatieve doelen

Op basis van interviews met wijkorganisaties, wijkbewoners en sleutelfiguren zijn randvoorwaarden voor de interventie bepaald: het herhaaldelijk aanbieden van gratis anonieme hiv-sneltesten binnen een bredere gezondheidscheck in de wijk. Dit is zo ook uitgevoerd om hiv-testen laagdrempelig mogelijk te maken. Uit eerder onderzoek blijkt dat het aanbieden van hiv-testen in combinatie met minder gestigmatiseerde gezondheidstesten ervoor zorgt dat het testen op hiv meer wordt genormaliseerd (9), dat het hiv-gerelateerd stigma vermindert (10, 11), en dat het de kans vergroot om mensen te testen die nooit of niet recent op hiv zijn getest (1, 12-14). Het laagdrempelig maken van hiv testen wordt nog eens versterkt door testacties te houden in de wijk bij locaties waar mensen al komen en niet via reguliere gezondheidslocaties (2, 3), door testen gratis en anoniem aan te bieden (15), en door direct de uitslag te geven (16). Personen die op de testlocaties aanwezig waren en niet deelnamen aan de testactie, gaven voornamelijk praktische redenen hiervoor (onder andere aanwezig voor een andere afspraak, werk of stage), wat een bevestiging lijkt van de laagdrempeligheid.

Naast het testen op hiv laagdrempelig maken, werd tijdens de interviews aangegeven dat de kennis over hiv en het testen op hiv vergroot

moest worden. Wijkorganisaties en sleutelfiguren schatten namelijk in dat de kennis over hiv en hiv-testen onder bewoners laag was. Dit werd bevestigd tijdens de interviews met wijkbewoners en tijdens de testacties, onder andere bij het voorlichtingsspel. Verschillende studies hebben aangetoond dat minder kennis over hiv gepaard gaat met meer hiv-gerelateerd stigma (17-21) en een lagere bereidheid tot het testen op hiv (22-24). CBHT helpt (indirect) bij het vergroten van kennis over hiv en het testen op hiv (25), en hiermee ook bij het vergroten van de bereidheid tot testen. Tijdens de testacties werd er individueel uitleg gegeven over hiv en hiv-testen, en lagen er diverse folders over gezondheid en hiv in de ontvangsten- en wachtruimte. Na de derde testactie is er ook een interactief voorlichtingsspel over hiv ontwikkeld, en gebruikt tijdens de daaropvolgende testacties. Hoewel het kennisniveau niet objectief gemeten is, en ook niet is gemeten of de kennis blijvend is, observeerden de medewerkers bij de verschillende testonderdelen een kennistoename na het spelen van het voorlichtingsspel. Niet alleen het voorlichtingsspel, maar ook de testacties als geheel leken een positief effect te hebben op de interventiedoelstellingen “verminderen van taboe” en “het vergroten van bespreekbaarheid”. De homogeniteit van de deelnemers – vooral vrouwen met een niet-westerse migratieachtergrond die elkaar veelal kenden – speelde mogelijk een rol hierin (26). Zij voelden zich meer op hun gemak bij elkaar en spraken hierdoor misschien ook opener over (seksuele) gezondheid en hiv met elkaar en het de testmedewerkers.

Kwantitatieve doelen

Om te beoordelen of de interventie succesvol was, zijn de randvoorwaarden uitgewerkt in kwantitatieve doelen. Het eerste doel was dat deelnemers een demografische afspiegeling (geslacht, leeftijd, migratieachtergrond) vormden van de buurt Oude Westen, waar de testacties plaatsvonden. Dit is niet bereikt; deelnemers waren vaker vrouw,

hadden vaker een niet-westerse migratieachtergrond en waren ouder. Het doel dat 70% van de deelnemers nooit eerder op hiv was getest, is net niet bereikt. In totaal was 65,4% van de deelnemers nooit op hiv getest, en 52,8% van de deelnemers wanneer gecorrigeerd wordt voor zwangerschapsscreening. Onder de deelnemers die eerder in hun leven getest zijn op hiv, was dit voor ruim 80% langer dan één jaar geleden. Dit was het geval voor alle doelgroepen, waarmee dit vooraf beoogde doel bereikt is. Het gestelde doel dat $\geq 50\%$ van de deelnemers zich heeft laten testen op hiv omdat het aangeboden wordt in combinatie met andere gezondheidstesten – het innovatieve deel in dit project – is niet bereikt. In totaal heeft slechts 15% van de deelnemers expliciet uit zichzelf aangegeven tijdens vragenlijstafname dat zij zich op hiv laten testen omdat er ook andere gezondheidstesten worden aangeboden. Dat dit niet blijkt uit de antwoorden op de vragenlijst heeft mogelijk te maken met de vraagstelling waardoor mensen bijvoorbeeld eerder het antwoord ‘voor controle’, ‘geen reden’ of ‘gratis’ gaven. Uit de gesprekken tussen medewerkers en deelnemers bleek namelijk dat één vingerprik voor zowel bloedglucose als hiv, vaak wel een reden was om ook op hiv te testen. Bovendien blijkt uit de evaluatieformulieren dat op één deelnemer na alle deelnemers ‘de combinatie van hiv-test met andere testen’ als goed (29%) tot heel goed (70%) beoordeelden.

Hoewel de vooraf opgestelde doelen niet helemaal behaald zijn, lijkt onze interventie effectief in het bereiken van personen die nooit of niet recent zijn getest op hiv. In andere studies in Europa, varieerde de proportie personen die voor de eerste keer op hiv wordt getest tijdens outreach/community-based activiteiten tussen 12% en 95% (1). De niet (recent) geteste personen zijn belangrijk in de eerste stap van de hiv-cascade, waarin er getracht wordt zoveel mogelijk mensen op de hoogte te stellen van hun hiv-status. In onze studie waren vrouwen vaker ooit getest op hiv dan mannen. Heteromannen, en in het bijzonder mannen met een migratieachtergrond, testen over het algemeen minder vaak op hiv (27, 28). Naast man-vrouw

verschillen in onder andere zorggebruik en risicoperceptie (29-31), speelt hierin ook de zwangerschapsscreening op hiv een rol (32). Het merendeel van de deelnemende vrouwen die eerder was getest, was getest door een verloskundige. Jongeren waren ook ondervertegenwoordigd in onze studie. Door andere interventielocaties te kiezen, waar mannen en jongeren al komen, kan het bereik van deze groepen worden vergroot (33, 34). Tijdens het project zijn geplande testacties, onder andere bij een Barbershop, om mannen en jongeren te bereiken niet uitgevoerd doordat het project voortijdig moest stoppen vanwege de COVID-19 pandemie. Tijdens de interventie is één deelnemer positief getest op hiv, dit komt overeen met het verwachte aantal positieve testen en hiv-prevalentie.

De gebiedssamenstelling en de gekozen interventielocaties hebben er mede voor gezorgd dat onze interventiedeelnemers relatief vaak vrouw waren, en een middelbare leeftijd en een niet-westerse achtergrond hadden. Hoewel personen met een migratieachtergrond als een van belangrijkste groepen voor een hiv-infectie in westerse landen worden gezien door de relatief hoge hiv-prevalentie (35, 36), geldt dit niet voor vrouwen en personen van middelbare leeftijd. Desondanks is toch een belangrijke groep voor hiv-preventie bereikt, omdat vrouwen, personen met een hogere leeftijd en personen met een niet-westerse migratieachtergrond vaker in een later stadium van de infectie worden gediagnosticeerd en in zorg komen. Tussen 2017 en 2020 werd 48% van de nieuwe hiv-infecties gediagnostiseerd in een laat stadium van de infectie, met het hoogste aandeel late diagnoses onder heteroseksuele mannen (66%), vrouwen (58%), hogere leeftijd (54% onder 40-49 jarigen, 59% onder 50-59 jarigen en 71% onder ≥ 60 jarigen) en personen met een niet-westerse migratieachtergrond, voornamelijk onder personen afkomstig uit Sub-Sahara Afrika (65%) en of Zuid- en Zuidoost Azië (54%) (36). Ook de persoon die positief testte voor hiv tijdens onze interventie, behoorde niet tot een standaard risicogroep, had geen risicoperceptie, en had niet getest voor hiv als dit niet aangeboden zou zijn. Als deze

deelnemer pas getest was via de reguliere gezondheidszorg, bijvoorbeeld bij de huisarts, was haar infectie in een veel later stadium ontdekt. Het is bekend dat huisartsen de hiv-test richtlijnen onvoldoende opvolgen (37, 38). Uit Nederlands onderzoek blijkt dat er vaak geen hiv-test wordt uitgevoerd bij hoog-risicopatiënten die voor een soa-consult bij de huisarts komen (39, 40). Het opvolgen van de hiv-testrichtlijnen zal nog lastiger zijn als een patiënt niet tot een risicogroep behoort of zelf denkt geen risico gelopen te hebben. De positief geteste deelnemer bleek niet gewaarschuwd te zijn door haar partner. Partnerwaarschuwing is één van de meeste effectieve methoden om nieuwe hiv-infecties te vinden, maar wordt onvoldoende uitgevoerd (39-41).

Interventiedeelnemers lieten zich vooral testen voor hiv omdat zij het zagen als 'controle'. De meerderheid van de deelnemers schatte hun risico op hiv (zeer) laag in. Het is bekend dat risicoperceptie een van de belangrijkste motivatoren is om te testen, en dat mensen met een lage risicoperceptie, minder vaak testen voor hiv (4). Hieruit kan verondersteld worden dat een groot deel van de deelnemers, zich waarschijnlijk nooit uit zichzelf had laten testen op hiv en al helemaal niet als er kosten aan verbonden zijn. Zorgverleners spelen daarom een belangrijke rol in het meer structureel aanbieden van hiv-testen. Uit eerder onderzoek blijkt dat mensen velen malen vaker testen wanneer zij een (dokters)aanbeveling krijgen, dan mensen die zo'n aanbeveling niet krijgen (16). Dit werd ook bevestigd door onze deelnemers: 71,2% zou zich laten testen als hun huisarts hen zou vragen om een hiv-test te doen, terwijl maar 38,1% van de deelnemers het zelf zou vragen. Huisartsen zijn laagdrempelig toegankelijk in Nederland, en ruim driekwart (78%) van de ingeschreven patiënten had in 2019 contact met zijn/haar huisartspraktijk (42). Naast het advies van een arts, kan de directe omgeving van iemand ook een belangrijke rol spelen in het hiv-testen. Een Nederlandse studie heeft aangetoond dat de intentie tot testen onder mensen met een Surinaamse en Antilliaanse achtergrond vooral wordt gedreven door de goedkeuring van de sociale omgeving, waardoor

subjectieve normen een belangrijke voorspeller zijn om te testen (43). De vragenlijst die werd afgenomen tijdens de testactie bevatte vragen over onder andere open communicatie, attitude ten opzichte van hiv(-testen) en de sociale norm met betrekking tot testen. Over het algemeen hadden deelnemers nooit eerder met mensen uit hun omgeving over hiv gepraat omdat zij hierover een taboe voelen in hun omgeving of omdat zij niemand kenden met hiv. Bijna twee derde van de deelnemers gaf aan dat mensen die belangrijk voor hun zijn, zoals familie en vrienden, het geen probleem zouden vinden dat zij zich tijdens de testactie op hiv laten testen. Hieruit kan afgeleid worden dat dit voor ruim een derde wel een barrière kan vormen om zichzelf apart op hiv te laten testen.

Andere gezondheidsproblematiek en mogelijke samenwerking

Er liggen ook aanvullende kansen in de wijk door duurzame samenwerking te zoeken met andere organisaties en/of initiatieven op het gebied van preventie en gezondheid. Met name in gebieden waar veel mensen met een lage sociaaleconomische status wonen - zoals het Oude Westen - heeft de bevolking meerdere problemen op het gebied van preventie en gezondheid (44). Dat is ook terug te zien in onze pilot: een substantieel deel van de deelnemers had één of meerdere gezondheidsuitslagen (BMI, bloeddruk, bloedglucose) die aanleiding waren voor een doorverwijzing naar de huisarts, en was hier zelf ook nog niet van op de hoogte. Deze en andere veel voorkomende gezondheidsproblemen vormen tegelijkertijd een knelpunt; huisartsen en andere zorgverleners/instellingen moeten prioriteren door tijdsgebrek, wat ten koste gaat van de minder vaak voorkomende hiv-problematiek. Dat was onder andere reden voor huisartsen in de buurt (en indirect ook voor de wijkverpleegkundige) om niet actief mee te werken aan de testacties. Ook bij een latere poging in een wijk in Schiedam om huisartsen te betrekken binnen een project voor het structureel aanbieden van hiv-sneltesten bij bijvoorbeeld nieuwe patiënten bleek er onvoldoende draagvlak voor "nog weer een project".

Hoewel testacties een waardevolle aanvulling kunnen zijn, is inbedding van hiv testen in reguliere zorg duurzamer. Het bewustzijn over hiv en hiv testen onder huisartsen kan vergroot worden door bijvoorbeeld gebruik te maken van diagnostische toetsoverleggen waarbij huisartsen spiegelinformatie en feedback ontvangen op basis van hun laboratoriumaanvragen op het gebied van hiv (45). Huisartsen nemen vaak al deel aan dit soort overleggen voor diverse onderwerpen, en ontvangen hier ook accreditatie voor. Naast het bewust maken van zorgverleners, kunnen publieke campagnes helpen om de kennis over hiv(-testen) en de behandelmogelijkheden te vergroten onder de algemene bevolking.

Financiering

Aanvullende financiering is nodig voor de ontwikkeling en/of uitvoering van interventies gericht op hiv-testen en het vinden van de laatste hiv-cases, in een tijd van de krimpemde hiv-epidemie waardoor hiervoor mogelijk minder urgentie wordt gevoeld. Er is veel inzet nodig met een kleine kans om hiv te vinden, waardoor interventies niet snel kosteneffectief zullen zijn. Samenwerking met andere gezondheidsorganisaties en initiatieven biedt de mogelijkheid mensen laagdrempelig te bereiken en inzet van personeel en kosten te delen.

C2. Geleerde lessen

Op basis van de pilot en het bijbehorende onderzoek kunnen we verschillende opgedane inzichten formuleren met betrekking tot de interventieopzet, samenwerking, werving, taalbarrière, privacy, kennis & stigma, en inzet, tijd & voortzetting.

Interventie(opzet)

- De gebiedsgerichte aanpak heeft geleid tot een laagdrempelige methode om wijkbewoners te bereiken die nooit of niet recent getest zijn op hiv. Het helpt om vertegenwoordigers van de gemeenschap actief te betrekken bij de ontwikkeling en/of het implementeren van deze hiv-interventies.
- Variatie in locaties, dagen en tijdstippen zijn

belangrijk om diverse groepen te bereiken; zo nodig kan het testaanbod hierop aangepast worden.

- Het is van belang om locaties vooraf te bezoeken op het geplande tijdstip van de testactie om hiermee de slagingskans te vergroten.
- Testen met inloop is laagdrempeliger dan op afspraak, maar dit kan leiden tot een langere wachttijd en eventueel verlies van deelnemers.
- Door de testacties uit te voeren op locaties waar mensen elkaar vaak al kennen, kun je gebruik maken van de sociale cohesie. Met name bij de deelnemers van testacties bij de migrantenvrouwenorganisatie was de onderlinge band sterk. Dit hielp bij het werven en motiveren van deelnemers. Daarnaast fungeerden zij als tolken voor elkaar en leefden ze mee met elkaars testresultaten. Door het onderling en met het testteam bespreken van hiv nam bovendien de kennis toe en verminderte het taboe en stigma rondom hiv.
- Door combineren van hiv-testen met andere gezondheidstesten werden niet (recent) op hiv geteste wijkbewoners bereikt. De prikdrempel voor hiv werd verder verlaagd doordat met één keer prikken zowel de glucosemeting als hiv test afgenomen werd. Bovendien was zo voor anderen niet zichtbaar of iemand ook een hiv test liet afnemen.
- >80% van de deelnemers beoordeelde alle aspecten (ruimte, wachttijd, medewerkers, informatie, combinatie hiv test met andere test, sfeer en privacy) als (zeer) goed. De contactpersonen waren ook zeer tevreden over de organisatie en het verloop van de testacties.
- De testacties werden als laagdrempelig en prettig ervaren door deelnemers. Veel deelnemers gaven aan dat zij ook een hiv-test zouden overwegen als deze proactief door de huisarts werd aangeboden.
- Tussenevaluaties zijn noodzakelijk om tijdig bij te kunnen sturen om verschillende doelgroepen te bereiken.

Samenwerking

- Wijkorganisaties geven directe toegang tot de wijkbewoners en waren welwillend in het helpen opzetten, uitvoeren, informeren en werven. Dit droeg bij aan een succesvolle interventie.
- Doordat de onderzoekers die bij de testacties waren betrokken ook het vooronderzoek hadden uitgevoerd is een netwerk en vertrouwensband met de wijkorganisaties gecreëerd, wat het makkelijker maakte om de testacties uit te voeren.
- Contactpersonen van de betrokken organisaties waren zeer tevreden met de GGD-samenwerking. Ze waardeerden de komst van de GGD naar de wijkbewoners en de goede en positieve sfeer tijdens de testacties. Ze beschreven het GGD-team als open, proactief, geduldig, begripvol en stimulerend.
- Het werken met een (zo veel mogelijk) vast testteam bevordert de efficiëntie (onder andere snel kunnen aanpassen op basis van ervaringen) en het contact met de wijkorganisaties en de wijkbewoners; het creëert vertrouwen.
- Peers zijn een waardevolle toevoeging aan het team, met name op het gebied van laagdrempelige voorlichting over hiv. Peers zijn niet per se inzetbaar voor andere rollen tijdens de testactie.
- Samenwerking met Aids Healthcare Foundation was een win-win situatie voor beide partijen.
- De samenwerking met de eerste lijn (huisartsen en wijkverpleegkundige) lukte niet door andere prioriteiten en tijdgebrek aan hun zijde.

Werving

- Er is een combinatie van wervingskanalen nodig om diverse doelgroepen te bereiken (bijvoorbeeld jongeren meer digitaal, ouderen via flyers en buurtkrant, sleutelfiguren per doelgroep).
- Uiteindelijk is ervoor gekozen om geen foto's van rolmodellen te gebruiken voor

wervingsposters, maar een neutrale afbeelding. Dit is op advies van een van de sleutelfiguren; bepaalde rolmodellen spreken niet alle buurtbewoners aan. Voor toekomstige testacties kunnen rolmodellen per testlocatie gekozen worden in overleg met de organisatie/wijkbewoners.

- De werving vooraf is afhankelijk van de testlocatie. Zo is bij de Thaiboksschool vanwege de beperkte ruimte niet vooraf geworven om te grote toeloop te voorkomen.
- Naast wijkorganisaties, speelden ook deelnemers een wervende rol; zij belden bijvoorbeeld tijdens de testactie familie of vrienden om ook deel te nemen en riepen kennissen die de testlocatie passeerden naar binnen.
- Actief werven op straat en bij omliggende organisaties tijdens de testactie leverde ook deelnemers op.
- Zichtbaarheid is belangrijk: mensen kwamen nieuwsgierig binnenkijken vanwege de GGD-bus en GGD-banner voor de testlocatie. Ook het zichtbaar uitvoeren van testonderdelen (zoals bloeddruk opnemen, wegen en lengte meten) in de algemene ruimte vonden deelnemers prettig. Het gaf hun de mogelijkheid eerst even de kat uit de boom te kijken, en later alsnog deel te nemen.
- Non-response werd vooral gezien onder werknemers, stagiaires, vrijwilligers en reguliere bezoekers aan de organisaties vanwege praktische redenen (bijvoorbeeld werk, stage of een afspraak).

Taalbarrière, privacy, kennis & stigma

- De taalbarrière tussen medewerker en deelnemer leidde soms tot onvolledige vragenlijsten. Bovendien was niet altijd duidelijk of deelnemers precies begrepen wat alle testen inhielden. De inzet van het voorlichtingsspel zorgde merkbaar voor meer begrip van hiv en hiv-testen. Ook is tijdens de testactie op meerdere plekken een A4-tje opgehangen en gebruikt met het woord hiv in verschillende talen.
- Deelnemers vertaalden voor elkaar. Ook als

medewerkers aangaven dat het om persoonlijke vragen en onderwerpen ging, vond men dat geen bezwaar.

- Zorgen over taalbarrière en privacy werden vooral geuit door het testteam, deelnemers en contactpersonen van de organisaties gaven aan dit niet zo te ervaren (zowel bij aanspreken hierop tijdens de testactie als bij de evaluatie).
- Deelnemers, contactpersonen en testteam merkten een toename in kennis over hiv, normalisering van hiv en afname van hiv-gerelateerd taboe. Het voorlichtingsspel en onderlinge discussies tussen deelnemers hielp hierbij. Ook de sociale cohesie onder deelnemers werkte hierbij bevorderend.

Inzet, tijd en voortzetting

- Hoewel het een uitvoerbaar en door alle betrokken partijen zeer positief gewaardeerde aanpak is, is het niet erg kosteneffectief met betrekking tot het vinden van hiv. Er is veel inzet nodig met een kleine kans om hiv te vinden zelfs in een wijk met een relatief hoog risico. Met name het investeren in contacten in de wijk, en de voorbereidings- en ontwikkelingsfasen kostten erg veel tijd, maar dit is wel van cruciaal belang voor het slagen van de testacties. Meerdere testacties in dezelfde/soortgelijke buurt met hetzelfde format uitvoeren, maakt dat de eenmalige tijdsintensieve voorbereidingstijd verrekend kan worden over meerdere deelnemers.
- Het onderzoek gekoppeld aan de testacties (onder andere afnemen vragenlijst deelnemers en evaluatie onder deelnemers, organisaties en testteam) kostte veel tijd. Bij vervolg van de testacties kan ervoor gekozen worden om een extra medewerker in te zetten voor het afnemen van de vragenlijst om de doorloop te bevorderen of de vragenlijst achterwege te laten om zo de personele inzet te verminderen.
- Samenwerking met een organisatie die testen ter beschikking stelt helpt om de kosten te drukken.

- Geen van de contactpersonen ervoer de testacties als extra werk of als belastend.
- Deelnemers, contactpersonen en testteam spraken de wens uit tot voortzetting van het project.

C3. Positieve en minder sterke punten aan het onderzoek

Dit onderzoek kende verschillende positieve en minder sterke punten.

Positieve punten:

- Er is uitgebreid vooronderzoek gedaan om de testacties op maat te kunnen aanbieden.
- Uitvoeren en evalueren van de pre-test testactie maakte aanpassing van de opzet mogelijk vóór de start van de reeks testacties.
- Het afnemen/uitvoeren van alle evaluaties tijdens of direct na de testactie verhoogde de betrouwbaarheid. Het maakte bovendien snelle aanpassingen in de werkwijze en onderzoeksmaterialen mogelijk.
- Door het werken met een vast team werden vragenlijsten op dezelfde manier afgenomen, metingen op dezelfde manier verricht en evaluatieformulieren op dezelfde manier ingevuld wat de vergelijkbaarheid ten goede komt.
- Er is gebruik gemaakt van triangulatie tijdens de ontwikkelings- en onderzoeksfasen, waardoor bevindingen uit de evaluatie met de ene groep gecheckt konden worden met die van de andere groepen. Het testteam uitte bijvoorbeeld zorgen over privacy, maar de betrokken organisaties en de meeste deelnemers zagen dit niet als probleem.

Minder sterke punten:

- Vanwege de taalbarrière is voor een deel van de deelnemers de vragenlijst niet volledig ingevuld. Daarnaast zijn mogelijk niet altijd correcte antwoorden genoteerd, omdat deelnemers onderling voor elkaar vertaalden, waarbij niet gecontroleerd kon worden of de vertaling correct was. Hypothetische

stellingen en vragen bleken soms lastig te zijn, vooral voor mensen met een taalbarrière. Dit hadden we met pre-testen onder de doelgroep mogelijk kunnen ondervangen.

- Niet voor iedereen zijn alle gezondheidstesten uitgevoerd of genoteerd. Dit kwam deels door externe factoren (bijvoorbeeld het starten van een reguliere activiteit kruiste met de testactie of een deelnemer moest weg om kinderen van school te halen) of door drukte op bepaalde momenten tijdens de testactie.
- Het structureel uitvoeren van de non-response meting was lastig uitvoerbaar omdat op de locaties voortdurend in- en uit werd gelopen door mensen die kwamen voor andere redenen dan de testactie, en de medewerker die de non-response bijhield ook andere taken uitvoerde.
- Het verminderen van taboe en stigma, en het vergroten van kennis is lastig meetbaar bij testacties waar mensen eenmalig aan deelnemen. Daar waren geen 'maten' voor. Dat is nu enkel 'gemeten' door middel van (niet-gestructureerde) observaties door het testteam en contactpersonen van de organisaties.
- Het aantal interventiedeelnemers is klein, wat gepaard gaat met onzekerheid over de betrouwbaarheid; bevindingen kunnen namelijk ook een "toevalstreffer" zijn.

C4. Eindconclusie

Het aanbieden van hiv-(snel)testen in combinatie met andere gezondheidstesten in de wijk lijkt een veelbelovende aanpak. Het is een haalbare, acceptabele en passende methode om nooit of niet recent geteste personen te testen en nieuwe hiv-cases te vinden, vooral in hoog-prevalente gebieden met groepen die over het algemeen moeilijker te bereiken zijn voor hiv testen, zoals personen met een niet-westerse achtergrond. Bovendien lijken deze testacties een indicatie te geven dat ze bijdragen aan het bevorderen van kennis en open communicatie over hiv, het normaliseren van hiv(-testen) en het verminderen van hiv-gerelateerd stigma. Het is van belang de testacties uit te voeren in de wijk zelf en in nauwe samenwerking met

de community organisaties. Het is echter de vraag of tijd, inzet en kosten opwegen tegen de opbrengst. Het hoge aantal afwijkende uitslagen op bloeddruk, BMI en glucose biedt echter een kans voor samenwerking met andere gezondheidsorganisaties en/of programma's in de wijk. Zo kunnen meerdere gezondheidstesten tegelijk aangeboden worden wat de drempel voor een hiv-test verlaagt, waardoor een grotere groep bereikt wordt en de kosten en tijdsinvestering kunnen worden gedeeld. Ondanks de haalbaarheid en potentie van het aanbieden van hiv-(snel)testen in combinatie met andere gezondheidstesten in de wijk, zijn andere aanpakken om de laatste hiv-infecties te vinden waarschijnlijk (kosten-)effectiever en duurzamer. Zoals het verbeteren van (ondersteuning bij) partnerwaarschuwing en het inzetten van diagnostische toetsoverleggen om artsen bij te scholen en te motiveren om op hiv te testen.

C5. Dankwoord

De studenten Geneeskunde van de Erasmus Universiteit Rotterdam en de stagiaires van de Hogeschool Rotterdam bedanken we voor hun onmisbare bijdragen aan het vooronderzoek. We willen ook alle respondenten die aan het onderzoek hebben meegewerkt en alle deelnemers aan de testacties hartelijk bedanken voor hun openheid en waardevolle input. Ook willen we de wijkorganisaties die actief betrokken waren bij de ontwikkeling en uitvoering van de testacties hiervoor van harte bedanken, ook voor de fijne samenwerking. De vaste leden van het testteam (Liesbeth Vasen, Germaine Akkermans, Rubelto Baker en Dave Bruggeling) bedanken we voor hun constructieve bijdrage tijdens de ontwikkeling, uitvoering en afronding van dit project. Stichting Mara en de peers bedanken we voor hun waardevolle samenwerking. Tot slot gaat onze dank uit naar het Aidsfonds voor de subsidie (small grant P-45101) waardoor dit project mede mogelijk is gemaakt.

Bijlagen



GGD
Rotterdam-
Rijnmond

Bijlage A Referenties

1. Croxford S, Tivoschi L, Sullivan AK, Combs L, Raben D, Delpech V, et al. HIV testing strategies outside of health care settings in the European Union (EU)/European Economic Area (EEA): a systematic review to inform European Centre for Disease Prevention and Control guidance. *HIV Med.* 2019.
2. Suthar AB, Ford N, Bachanas PJ, Wong VJ, Rajan JS, Saltzman AK, et al. Towards universal voluntary HIV testing and counselling: a systematic review and meta-analysis of community-based approaches. *PLoS Med.* 2013;10(8):e1001496.
3. Mutch AJ, Lui CW, Dean J, Mao L, Lemoire J, Debattista J, et al. Increasing HIV testing among hard-to-reach groups: examination of RAPID, a community-based testing service in Queensland, Australia. *BMC health services research.* 2017;17(1):310.
4. Deblonde J, De Koker P, Hamers FF, Fontaine J, Luchters S, Temmerman M. Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. *Eur J Public Health.* 2010;20(4):422-32.
5. Freeman-Romilly N, Sheppard P, Desai S, Cooper N, Brady M. Does community-based point of care HIV testing reduce late HIV diagnosis? A retrospective study in England and Wales. *Int J STD AIDS.* 2017;28(11):1098-105.
6. Mathews A, Farley S, Conserve DF, Knight K, Le'Marus A, Blumberg M, et al. "Meet people where they are": a qualitative study of community barriers and facilitators to HIV testing and HIV self-testing among African Americans in urban and rural areas in North Carolina. *BMC Public Health.* 2020;20(1):494.
7. Op de Coul ELM, Joore IK, van Sighem A, Bom BCJ, Hillebregt M, Prins JM, et al. Hiv-bestrijding begint met GIS-werk. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2017;161.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Program Evaluation Framework - Logic Models [Website]. CDC; 2018 [updated 18 December 2018. Available from: <https://www.cdc.gov/eval/logicmodels/index.htm>.
9. Chamie G, Kwarisiima D, Clark TD, Kabami J, Jain V, Geng E, et al. Leveraging rapid community-based HIV testing campaigns for non-communicable diseases in rural Uganda. *PloS one.* 2012;7(8):e43400.
10. Duffy M, Ojikutu B, Andrian S, Sohng E, Minior T, Hirschhorn LR. Non-communicable diseases and HIV care and treatment: models of integrated service delivery. *Trop Med Int Health.* 2017;22(8):926-37.
11. Sharma M, Barnabas RV, Celum C. Community-based strategies to strengthen men's engagement in the HIV care cascade in sub-Saharan Africa. *PLoS Med.* 2017;14(4):e1002262.
12. Smith PJ, Davey DJ, Green H, Cornell M, Bekker LG. Reaching underserved South Africans with integrated chronic disease screening and mobile HIV counselling and testing: A retrospective, longitudinal study conducted in Cape Town. *PloS one.* 2021;16(5):e0249600.
13. Lugada E, Millar D, Haskew J, Grabowsky M, Garg N, Vestergaard M, et al. Rapid implementation of an integrated large-scale HIV counseling and testing, malaria, and diarrhea prevention campaign in rural Kenya. *PloS one.* 2010;5(8):e12435.
14. Thornton AC, Delpech V, Kall MM, Nardone A. HIV testing in community settings in resource-rich countries: a systematic review of the evidence. *HIV Med.* 2012;13(7):416-26.
15. Lee R, Cui RR, Muessig KE, Thirumurthy H, Tucker JD. Incentivizing HIV/STI testing: a systematic review of the literature. *AIDS Behav.* 2014;18(5):905-12.
16. Bolsewicz K, Vallely A, Debattista J, Whittaker A, Fitzgerald L. Factors impacting HIV testing: a review--perspectives from Australia, Canada, and the UK. *AIDS care.* 2015;27(5):570-80.
17. Balfour L, Corace K, Tasca GA, Best-Plummer W, Macpherson PA, Cameron DW. High HIV knowledge relates to low stigma in pharmacists and university health science students in Guyana, South America. *Int J Infect Dis.* 2010;14(10):e881-7.
18. Basta TB, Stambaugh T, Fisher CB. Efficacy of an Educational Intervention to Increase Consent for HIV Testing in Rural Appalachia. *Ethics Behav.* 2015;25(2):125-49.
19. Kingori C, Nkansah MA, Haile Z, Darlington KA, Basta T. Factors Associated with HIV Related Stigma among College Students in the Midwest. *AIMS Public Health.* 2017;4(4):347-63.
20. Inungu J, Mumford V, Younis M, Langford S. HIV knowledge, attitudes and practices among college students in the United States. *J Health Hum Serv Adm.* 2009;32(3):259-77.

21. Li X, Yuan L, Li X, Shi J, Jiang L, Zhang C, et al. Factors associated with stigma attitude towards people living with HIV among general individuals in Heilongjiang, Northeast China. *BMC infectious diseases*. 2017;17(1):154.
22. Kuehne A, Koschollek C, Santos-Hovener C, Thorlie A, Mullerschön J, Mputu Tshibadi C, et al. Impact of HIV knowledge and stigma on the uptake of HIV testing - Results from a community-based participatory research survey among migrants from sub-Saharan Africa in Germany. *PloS one*. 2018;13(4):e0194244.
23. Ryan S, Hahn E, Rao A, Mwinnyaa G, Black J, Maharaj R, et al. The impact of HIV knowledge and attitudes on HIV testing acceptance among patients in an emergency department in the Eastern Cape, South Africa. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1066.
24. Thapa S, Hannes K, Cargo M, Buve A, Peters S, Dauphin S, et al. Stigma reduction in relation to HIV test uptake in low- and middle-income countries: a realist review. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1277.
25. Sulat J, Prabandari Y, Sunusi R, Hapsari E, Santoso B. The impacts of community-based HIV testing and counselling on testing uptake: A systematic review. *Journal of Health Research*. 2017;32:152-63.
26. Greenwood N, Ellmers T, Holley J. The influence of ethnic group composition on focus group discussions. *BMC Med Res Methodol*. 2014;14:107.
27. Staritsky LE, Van Aar F, Visser M, Op de Coul ELM, Heijne JCM, Götz HM, et al. Sexually transmitted infections in the Netherlands in 2019. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment (RIVM); 2020.
28. Ross J, Cunningham CO, Hanna DB. HIV outcomes among migrants from low-income and middle-income countries living in high-income countries: a review of recent evidence. *Curr Opin Infect Dis*. 2018;31(1):25-32.
29. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract*. 2000;49(2):147-52.
30. Gerritsen AA, Deville WL. Gender differences in health and health care utilisation in various ethnic groups in the Netherlands: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2009;9:109.
31. Clifton S, Nardone A, Field N, Mercer CH, Tanton C, Macdowall W, et al. HIV testing, risk perception, and behaviour in the British population. *AIDS*. 2016;30(6):943-52.
32. Op de Coul EL, Hahne S, van Weert YW, Oomen P, Smit C, van der Ploeg KP, et al. Antenatal screening for HIV, hepatitis B and syphilis in the Netherlands is effective. *BMC infectious diseases*. 2011;11:185.
33. World Health Organization. Improving men's uptake of HIV testing and linkage to services: policy brief. World Health Organization; 2021.
34. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV testing services 2015.
35. Blondell SJ, Kitter B, Griffin MP, Durham J. Barriers and Facilitators to HIV Testing in Migrants in High-Income Countries: A Systematic Review. *AIDS Behav*. 2015;19(11):2012-24.
36. van Sighem AI, Wit FWNM, Boyd A, Smit C, Matser A, Reiss P. Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in the Netherlands. Amsterdam: Stichting HIV Monitoring; 2020.
37. Agusti C, Montoliu A, Mascort J, Carrillo R, Almeda J, Elorza JM, et al. Missed opportunities for HIV testing of patients diagnosed with an indicator condition in primary care in Catalonia, Spain. *Sex Transm Infect*. 2016;92(5):387-92.
38. Joore IK, Arts DL, Kruijer MJ, Moll van Charante EP, Geerlings SE, Prins JM, et al. HIV indicator condition-guided testing to reduce the number of undiagnosed patients and prevent late presentation in a high-prevalence area: a case-control study in primary care. *Sex Transm Infect*. 2015;91(7):467-72.
39. Joore IK, Reukers DF, Donker GA, van Sighem AI, Op de Coul EL, Prins JM, et al. Missed opportunities to offer HIV tests to high-risk groups during general practitioners' STI-related consultations: an observational study. *BMJ open*. 2016;6(1):e009194.
40. Trienekens SCM, van den Broek IVF, Donker GA, van Bergen JEAM, van der Sande MAB. Consultations for sexually transmitted infections in the general practice in the Netherlands: an opportunity to improve STI/HIV testing. *BMJ open*. 2013;3(12).
41. van Aar F, Schreuder I, van Weert Y, Spijker R, Gotz H, Op de Coul E, et al. Current practices of partner notification among MSM with HIV, gonorrhoea and syphilis in the Netherlands: an urgent need for improvement. *BMC infectious diseases*. 2012;12:114.
42. Nielen M, Hek K, Korevaar J, Van Dijk L, Weesie Y. Cijfers huisartsen - Omvang zorggebruik. 2021 [updated 30 Juli 2021; cited 2021 2 September]. Available from: <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/omvang-zorggebruik>.

43. Westmaas AH, Kok G, Vriens P, Gotz H, Richardus JH, Voeten H. Determinants of intention to get tested for STI/HIV among the Surinamese and Antilleans in the Netherlands: results of an online survey. *BMC Public Health*. 2012;12:961.
44. Robinette JW, Charles ST, Gruenewald TL. Neighborhood Socioeconomic Status and Health: A Longitudinal Analysis. *J Community Health*. 2017;42(5):865-71.
45. Bogers SJ, Schim van der Loeff MF, van Dijk N, Groen K, Groot Bruinderink ML, de Bree GJ, et al. Rationale, design and initial results of an educational intervention to improve provider-initiated HIV testing in primary care. *Fam Pract*. 2020.



GGD
Rotterdam-
Rijnmond