

Willen bezoekers van soapoli's testuitslagen delen met de huisarts?

Lydia Overtoom, Noëmi Nijsten, Jan van Bergen, Patrick Dielissen, Jeannine Hautvast

Wanneer iemand een bezoek brengt aan de soapoli van de GGD worden diens soatestuitslagen in principe niet met de huisarts gedeeld. Zo kan de cliënt, die vaak tot een kwetsbare doelgroep behoort, anoniem blijven en de GGD laagdrempelig blijven bezoeken. De vraag is of cliënten de soatestuitslag wel geheim willen houden voor hun huisarts. Bovendien zit deze werkwijze de continuïteit van de huisartsenzorg in de weg.



De meeste cliënten (61%) zijn bereid soatestuitslagen met de huisarts te delen, omdat zij dat noodzakelijk vinden voor goede zorg.

Foto: Unsplash

De doelgroepen van de Centra voor Seksuele Gezondheid van de GGD'en (CSG's), ook wel soapoli's genoemd, zijn onder andere mannen die seks hebben met mannen (MSM), jongeren < 25 jaar, personen met klachten, partners en gewaarschuwden, personen uit soa-endemisch gebied en sekswerkers. CSG's zijn bedoeld als aanvulling op de reguliere huisartsenzorg en fungeren als vangnet voor mensen die de weg naar de zorg moeilijk kunnen vinden. De doelgroepen kunnen zich gratis en (desgewenst) anoniem op soa's laten testen.¹ Deze laagdrempelige soazorg is noodzakelijk omdat de doelgroepen barrières kunnen ervaren om soazorg te zoeken – zoals stigma's, angst en gebrek aan geld – en omdat verlate soazorg samenhangt met een verhoogd risico op verspreiding.²⁻⁴ Uit recent Nederlands onderzoek blijkt dat 'de anonimiteit bij de GGD', naast gratis testen, deskundigheid en gemak, een belangrijke motivatie is voor een bezoek aan de CSG's.⁵

Anoniem testen heeft een nadeel: huisartsen worden vaak niet op de hoogte gebracht van testuitslagen en/of de behandeling van hun patiënt. Ze geven aan behoefte te hebben aan informatieuitwisseling met CSG's, omdat soatestuitslagen hun medisch dossier compleet maken en bijdragen aan de continuïteit van de zorg.⁶

Hoewel cliënten anonimiteit belangrijk vinden, is niet duidelijk of ze de huidige werkwijze wel wenselijk achten. In Engeland, Schotland, Canada en Nieuw-Zeeland uitgevoerde onderzoeken laten zien dat er onder cliënten een grote variatie bestaat in het wel (25% tot 90%) of geen toestemming (10% tot 64%) geven om soatestuitslagen met de huisarts te delen.⁷⁻¹¹ Deze variatie kan samenhangen met het type zorgsysteem en de rol van de huisarts daarin. Momenteel beschikken we niet over representatieve cijfers voor Nederland. Daarnaast ontbreekt kennis over het perspectief van CSG-zorgverleners op het delen van soatestuitslagen.

WAT IS BEKEND?

- De mogelijkheid anoniem en gratis te testen bij de Centra voor Seksuele Gezondheid [CSG's] van de GGD verlaagt de drempel voor bepaalde risicogroepen.
- De meeste soatestuitslagen van het CSG worden vanwege de anonimiteit niet met huisartsen gedeeld.

WAT IS NIEUW?

- Van de cliënten is 61% bereid soatestuitslagen met de huisarts te delen, meestal omdat zij dat noodzakelijk vinden voor goede zorg.
- CSG-zorgverleners zien kansen voor verbeterde soazorg en samenwerking met de huisartsen door het delen van de soatestuitslagen, waarbij aandacht voor praktische barrières nodig is. Ook moet soazorg laagdrempelig blijven voor kwetsbare doelgroepen.

We wilden onderzoeken hoe Nederlandse cliënten van CSG's denken over het delen van hun soatestuitslagen met hun huisarts. Daarnaast wilden we nagaan wat het perspectief was van CSG-zorgverleners en welke bevorderende en belemmerende factoren zij ervaren bij het delen van soatestuitslagen.

METHODE

Onderzoeksonderwerp

We voerden het onderzoek uit van maart tot juni 2019 bij de 5 CSG's in regio Oost (de provincies Gelderland en Overijssel). Het onderzoek bestond uit een kwantitatief dwarsdoorsnede-onderzoek onder CSG-clieënten en een kwalitatief onderzoek onder CSG-zorgverleners. CSG-clieënten konden deelnemen als zij ouder waren dan 16 jaar en de Nederlandse taal beheersten.

De vragenlijst voor de cliënten [bijlage A] omvatte 11 vragen over demografische factoren, seksueel gedrag, de toestemmingsbereidheid om testresultaten met de huisarts te delen en het belangrijkste motief om de uitslagen wel of niet te delen (de enige open vraag). De vragenlijst is vooraf in een pilot getoetst.

Gegevensverzameling

Vier CSG's ontvingen elk 150 vragenlijsten. CSG Noord- en Oost-Gelderland ontving er 100 (deze startte later). Voorafgaand aan het onderzoek kregen de medewerkers van de CSG's mondelinge en schriftelijke instructies. De instructie was om alle cliënten voorafgaand aan hun consult uit te nodigen voor deelname aan het onderzoek door hun een informatiebrief, toestemmingsformulier, vragenlijst en envelop te overhandigen. Bij aanvang van het consult vroegen ze de cliënt om de vragenlijst in te leveren, ook als de cliënt deze niet had ingevuld (om de respons te kunnen bepalen).

We voerden de vragenlijsten in SPSS versie 24 in. Twee onderzoekers categoriseerden de open vraag handmatig (LO en

JC, zie de dankbetuiging). Voor het bepalen van proporties gebruikten we beschrijvende statistiek. Chikwadraattoetsen en oddsratio's gebruikten we voor subgroepanalyses. Die betroffen de vooraf gedefinieerde groepen: jongeren < 25 jaar versus ≥ 25 jaar, MSM versus niet-MSM, individuen met een migratieachtergrond versus individuen zonder migratieachtergrond, en sekswerkers versus niet-sekswerkers. We hanteerden een significantieniveau van $p < 0,05$.

Aan iedere CSG vroegen we 1 arts en 1 verpleegkundige te werven voor de interviews. Doordat 1 CSG later bij het onderzoek aansloot, is daar slechts 1 persoon geïnterviewd. Drie andere CSG's gaven 3 personen door als opties voor een interview. Na het tiende (van de totaal 12) interview werd saturatie in bevorderende en belemmerende factoren behaald.

Eén onderzoeker nam de semigestructureerde interviews face-to-face of telefonisch af (LO). Voorafgaand aan het interview vroeg ze toestemming aan de deelnemers. De interviewer maakte gebruik van een interviewleidraad [bijlage B]. Deze was gebaseerd op het implementatiemodel van Fleuren en collega's, dat 4 determinantgroepen beschrijft: kenmerken van de organisatie, de sociaal-politieke context, de gebruiker en de innovatie. Deze kunnen van invloed zijn op het uiteindelijk implementeren van een innovatie en op een beschrijving van een systeem waarmee de uitslagen gedeeld kunnen worden.¹² We namen alle interviews op.

Gegevensanalyse

De interviewer transcribeerde alle 12 interviews woordelijk met behulp van AmberScript, waarbij ze persoonlijke gegevens anonimiseerde. Alle geïnterviewden kregen een cijferlettercode, bijvoorbeeld 'D1', voor anonieme codering. Hierna codeerde ze de interviews thematisch in Atlas.ti.8. De interviews werden voor 20% onafhankelijk dubbel gecodeerd (door JM, zie de dankbetuiging). Bij discrepanties discussieerden beide onderzoekers net zolang tot ze consensus bereikten. De gevonden determinanten groepeerden ze vervolgens op basis van de 4 determinantgroepen van het implementatiemodel van Fleuren en collega's.¹²

Ethische goedkeuring en gegevensopslag

De ethische commissie van de faculteit BMS van de Universiteit Twente keurde het onderzoeksvoorstel goed (nummer: 190282). De ruwe gegevens zijn beveiligd opgeslagen bij GGD Gelderland-Zuid.

RESULTATEN

Perspectief van de cliënten

Omdat niet ieder CSG de instructies juist heeft opgevolgd, is niet duidelijk hoeveel cliënten er voor deelname aan het onderzoek zijn benaderd. Van de 700 beschikbare vragenlijsten werden er 627 ingeleverd. Hiervan bleken 48 vragenlijsten onbruikbaar door het ontbreken van toestemming om de gegevens te mogen gebruiken ($n = 36$), onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal ($n = 2$) of omdat de hoofdvraag niet was ingevuld (toestemmingsbereidheid voor het delen

Tabel 1

Kenmerken van de 579 cliënten en de 12 geïnterviewden

	Kenmerken	n	%
Cliënten	GGD		
	Gelderland-Zuid ¹	134	23,1
	Twente	95	16,4
	IJsselland ²	128	22,2
	Gelderland-Midden	136	23,5
	Noord- en Oost-Gelderland	86	14,8
	Geslacht		
	Man	338	58,4
	Vrouw	236	40,8
	Transgender	5	0,9
	Leeftijd		
	< 20	73	12,6
	20-24	230	39,7
25-29	70	12,1	
30-39	70	12,1	
40-49	57	9,8	
> 50	72	12,4	
Ontbrekende waarden	7	1,2	
Opleiding			
Laag	36	6,2	
Midden	278	48,0	
Hoog	258	44,6	
Dat wil ik niet zeggen	3	0,5	
Ontbrekende waarden	4	0,7	
Migratieachtergrond			
Nederlands	475	82,0	
Eerste generatie anders westers	15	2,6	
Eerste generatie niet-westers	19	3,3	
Tweede generatie anders westers	25	4,3	
Tweede generatie niet-westers	35	6,0	
Ontbrekende waarden	10	1,7	
Jong [< 25 jaar] ³			
Ja	303	52,3	
Nee	276	47,7	
Migratieachtergrond ³			
Ja	94	16,2	
Nee	475	82,0	
Ontbrekende waarden	10	1,7	

van de soatestuitslag) (n = 10). [Tabel 1] bevat de kenmerken van de 579 deelnemers. Uit de resultaten bleek dat 61% van de cliënten bereid is om soatestuitslagen met hun huisarts te delen [tabel 2]. Jongeren < 25 jaar gaven anderhalf keer zo vaak toestemming als cliënten ≥ 25 jaar (95%-BI 1,10 tot 2,15). Voor de andere groepen (MSM, mensen met een migratieachtergrond en sekswerkers) vonden we geen significante verschillen. Van de cliënten die aangaven bereid te zijn een soatestuitslag te delen en een motief opgaven, gaf 81% aan het noodzakelijk voor de continuïteit van zorg te vinden, 6% vanwege de goede relatie met de huisarts en 5% omdat de soatestuitslag geen geheim is. Van de cliënten die niet bereid waren om een soatestuitslag te delen en een motief opgaven gaf 70% er de voorkeur aan om het geheim te houden. Twaalf procent vond de testuitslag niet relevant voor de huisarts en nog eens 12% had een suboptimale relatie met de huisarts [tabel 3].

	Kenmerken	n	%
Geïnterviewden	MSM ³		
	Ja	232	40,0
	Nee	342	59,1
	Ontbrekende waarden	5	0,9
	Sekswerker ³		
	Ja	30	5,2
	Nee	543	93,8
	Dat wil ik niet zeggen	2	0,3
	Ontbrekende waarden	4	0,7
	GGD		
	Gelderland-Zuid	3	25
	Twente	3	25
IJsselland	2	16,7	
Gelderland-Midden	3	25	
Noord- en Oost-Gelderland	1	8,3	
Geslacht			
Man	2	16,7	
Vrouw	10	83,3	
Functie			
Arts	5	41,6	
Verpleegkundige	7	58,4	
Type interview			
Face-to-face	9	75	
Telefonisch	3	25	
Opinie			
Voorstander van delen soatestuitslagen	5	41,7	
Tegenstander van delen soatestuitslagen	5	41,7	
Ambivalent over delen soatestuitslagen	1	8,3	
Neutraal tegenover delen soatestuitslagen	1	8,3	

¹ De vragenlijst is verspreid onder 2 locaties van GGD Gelderland-Zuid: Nijmegen (n = 93) en Tiel (n = 41).

² De vragenlijst is verspreid onder 2 locaties van GGD IJsselland: Zwolle (n = 64) en Deventer (n = 64).

³ Cliënten kunnen tot meerdere subgroepen behoren.

Perspectief van de zorgverleners

[Tabel 1] bevat de kenmerken van de 12 respondenten onder de zorgverleners en hun (initiële) opinie over het delen van uitslagen. De meeste CSG-zorgverleners stonden open voor de innovatie. Uit de interviews kwamen bevorderende en belemmerende factoren naar voren, die zijn onderverdeeld in onderstaande determinantgroepen.¹² [Tabel 4] toont per determinantgroep een uitgebreide selectie citaten. In de tekst hieronder staan slechts enkele van deze citaten.

Innovatie

Een deel van de CSG-zorgverleners vond het belangrijk dat een pilotonderzoek eerst de meerwaarde van het delen van de testuitslagen aantoont. Zij wilden weten op welke wijze de huisarts de informatie gaat gebruiken. Daarnaast stelden enkelen dat het systeem waarmee de informatie wordt uitgewisseld

Tabel 2

Verdeling van cliënten (n = 579) die wel/niet toestemming geven om hun soatestuitslagen met de huisarts te delen en subgroepverschillen

	Toestemming		Nee		OR	p-waarde	95%-BI
	Ja						
	n	%	n	%			
Totaal	352	60,8	227	39,2			
MSM ^{1,2}	140	60,3	92	39,7	0,95	0,794	0,67-1,33
Niet-MSM	211	61,7	131	38,3			
Ontbrekende waarden	1		4				
Jong ^{2,3}	199	65,7	104	34,3	1,54	0,013*	1,10-2,15
Niet jong	153	55,4	123	44,6			
Sekswerker ²	18	60,0	12	40,0	0,95	1,000	0,45-2,02
Geen sekswerker	332	61,1	211	38,9			
Ontbrekende waarden	2		4				
Migratieachtergrond ²	55	58,5	39	41,5	1,12	0,645	0,72-1,76
Geen migratieachtergrond	291	61,3	184	38,7			
Ontbrekende waarden	6		4				

¹ MSM = mannen die seks hebben met mannen

² Cliënten kunnen tot meerdere subgroepen behoren.

³ Onder 'Jong' vallen cliënten die jonger zijn dan 25 jaar, onder 'Niet Jong' vallen cliënten vanaf 25 jaar.

* Significant verschil p < 0,05.

veilig moet zijn. Velen benadrukten dat het gebruik van dat systeem ook niet te tijdsintensief mag zijn. Het delen van grote informatiestromen en/of irrelevante of incomplete gegevens met de huisarts vonden enkelen mogelijk storend voor de huisarts.

'Het zou wel mooi zijn als er toch een pilot is waar heel duidelijk uit blijkt wat de voordelen zijn.' (D9)

'Wat voegt het toe? Wat gaat de huisarts met die informatie doen? ... Is het want to know of need to know?' (D10)

Zorgverleners van de CSG

Enkele CSG-zorgverleners vonden dat ze soatestuitslagen pas konden delen als ze inzicht hadden in de relevante wetgeving. Velen meenden dat kwetsbare mensen die wel anoniem willen blijven, zouden wegblijven. Die zorg was voor hen een belangrijk argument om de soatestuitslagen niet te delen. Daarom moet het altijd mogelijk zijn om anoniem te testen.

'Dus dat moet altijd mogelijk zijn vind ik, als GGD, dat je er ook bent voor mensen die dat (delen van soatestuitslagen) niet willen.' (D4)

Organisatie

De CSG-zorgverleners zagen het huidige EPD van de CSG's vaak als belemmerende factor voor het delen van uitslagen. Ze hadden er geen vertrouwen in dat het systeem een efficiënte verwerking garandeert. Enkele zorgverleners gaven aan dat

het bevorderend zal werken als de nieuwe taak in het huidige werkproces wordt ingebed. Velen vonden dat zorgvuldigheid betracht moet worden bij het vragen van toestemming aan de cliënt. Sommigen waren van mening dat dit ook op een motiverende wijze moet gebeuren. Enkele gaven aan dat als het delen van de soatestuitslagen de relatie tussen CSG en huisarts en/of de soazorg verbetert, dit de acceptatie om soatestuitslagen te delen versterkt. Het gebrek aan vertrouwen dat huisartsen de informatie daadwerkelijk gaan gebruiken belemmert dit echter. Een aantal CSG-zorgverleners vond bovendien dat de huisarts zelf over seksualiteit en risicodrag zou moeten beginnen.

'Dat de cliënt ook echt duidelijk weet van wat er dan precies met die gegevens gebeurt.'(D5)

'Dus ik denk dat het de samenwerking ook kan bevorderen dat je ook veel meer in gesprek komt met de huisartsen om samen naar een cliënt te kijken.' (D7)

Sociaal-politieke context

Het feit dat huisartsen een beroepsgeheim hebben was voor sommige CSG-medewerkers een reden om de soatestuitslagen te delen. Velen ervoeren de wens van cliënten om anoniem te blijven als een belemmerende factor. Het registreren van toestemming leek het merendeel van de zorgverleners ingewikkeld, omdat cliënten verschillende wensen kunnen hebben. Volgens sommige CSG-zorgverleners weet een aantal cliënten daarnaast niet waar ze 'ja' tegen zeggen, of kunnen ze geen 'nee' zeggen.

Tabel 3

Beschrijving en frequenties van de gegeven motieven om wel of niet soatestuitslagen met de huisarts te delen

Motieven	Samenvatting beschrijving motieven	Wel toestemming om soatestuitslagen te delen	
		n	% ¹
Noodzakelijk voor zorg	Antwoorden beschreven dat het delen van gegevens belangrijk is of waarom het belangrijk is (bijvoorbeeld voor een goed advies, gezondheid, veiligheid, efficiëntie, gerichte zorg, transparantie, een compleet dossier en een geïnformeerde huisarts).	213	81,0
Goede band met de huisarts	Antwoorden waaruit bleek dat cliënten een goede band met hun huisarts hadden of wilden hebben (bijvoorbeeld vertrouwen in hun dokter, graag goed contact hebben huisarts, dat de dokter er voor hen is, dat ze geen geheimen hebben voor hun huisarts, dat de dokter weet van hun privéomstandigheden).	15	5,7
Geen geheim	Antwoorden waarin werd omschreven dat het hebben van een soa geen geheim is, dat het normaal is en dat ze zich er niet voor schamen.	13	4,9
Overig	Antwoorden die aangaven dat gegevens delen anoniem, makkelijk, praktisch/handig/snel is, dat hun gegevens al gedeeld worden, dat de huisarts een dokter is, dat het publieke gezondheid ten goede komt of omdat de cliënt door de huisarts verwezen was.	22	8,4
Ontbrekende waarden		89	-
Motieven	Samenvatting beschrijving motieven	Geen toestemming om soatestuitslagen te delen	
		n	% ¹
Voorkeur geheim te houden	Antwoorden die een voorkeur voor privacy, anonimiteit of geheimhouding aangaven (bijvoorbeeld dat zo min mogelijk mensen het mogen weten, dat ze het voor zichzelf willen houden, dat het te persoonlijk is. Redenen hiervoor waren schaamte, sekswerk, privéomstandigheden, angst voor datalekken, [geheim] seksleven, seksuele oriëntatie, angst dat anderen erachter zouden komen en angst dat de gegevens misbruikt worden).	133	69,6
Niet relevant voor de huisarts	Antwoorden die aangaven dat het delen van soatestuitslagen niet [altijd] relevant of nodig is, dat soa's geen langetermijngevolgen hebben, dat de informatie niet nodig/relevant is voor andere gezondheidsklachten, dat de informatie niet belangrijk is voor de huisarts (of het huisartsdossier).	23	12,0
Suboptimale band met de huisarts	Antwoorden waaruit blijkt dat de relatie met de huisarts onplezierig/onprettig of 'slecht' is (bijvoorbeeld dat de huisarts niet toegankelijk is, dat het delen met de huisarts ongemakkelijk is, dat de huisarts hen dan anders ziet of dat de huisarts een bekende is of goed contact heeft met kennissen van de patiënt).	22	11,5
Overig	Antwoorden die aangaven dat de bereidheid om het te delen afhangt van het resultaat van de soatest, dat cliënten graag zelf bepalen of en wat er wordt gedeeld, dat cliënten het graag persoonlijk vertellen, de angst dat anonimiteit niet gegarandeerd is bij de huisarts, dat ze het niet in hun dossier willen hebben en angst dat hun leefstijl altijd in verband zal worden gebracht met ziekte.	13	6,8
Ontbrekende waarden		36	-

¹ De percentages zijn berekend voor de groep die deze vraag wel beantwoord heeft. N = 492 cliënten hebben antwoord gegeven op de vraag naar de belangrijkste reden om de soatestuitslagen wel of niet te delen. N = 454 van deze antwoorden waren bruikbaar. De resterende antwoorden (n = 39) waren onduidelijk, of er was geen reden gegeven.

'De helft van onze cliënten heeft of geen benul van waar ze ja tegen zeggen of ze denken van ja, laat ik het maar doen, want dan krijg ik misschien een heel goede zorg hier.' (D8)

BESCHOUWING

Dit onderzoek laat zien dat 61% van de CSG-cliënten toestemming geeft de soatestuitslagen met de huisarts te delen. Het merendeel van hen vindt het delen een noodzakelijke voorwaarde voor het leveren van goede zorg. Binnen de onderzochte risicogroepen in regio Oost blijkt dat jongeren < 25 jaar significant vaker toestemming geven om de

soatestuitslagen te delen dan cliënten ≥ 25 jaar. De meerderheid van de CSG-zorgverleners stond open voor deze innovatie. Voorwaarden zijn volgens hen: een eenvoudig en veilig elektronisch informatiesysteem en de mogelijkheid tot *opt-out* voor de cliënt. Daarnaast waren CSG-zorgverleners bezorgd dat deze verandering ertoe kan leiden dat de toegang tot soazorg als minder laagdrempelig wordt ervaren, waardoor kwetsbare cliënten in de toekomst het CSG niet meer zullen bezoeken.

Het percentage mensen dat toestemming gaf in ons onderzoek onder Nederlandse CSG-cliënten strookt met dat uit het on-

Tabel 4

Voorbeelden van citaten per determinant

Determinantgroep	Determinant	Voorbeeld van een citaat ¹
Innovatie	Pilot	'Het zou wel mooi zijn als er toch een pilot is waar heel duidelijk uit blijkt van wat de voordelen zijn.' [D9]
	Systeem	'Het moet eenvoudig zijn en veilig.' [D10] 'Het kost extra tijd en we zitten vaak al best wel krap in tijd'. [D5]
	Relevantie	'Wat voegt het toe? Wat gaat de huisarts met die informatie doen? ... Is het "want to know" of "need to know"?' [D10]
	Storende factoren voor de huisarts	'Als ik zie hoe vaak sommige cliënten hier komen ... dan krijg je bij de huisarts ook een megadossier.' [D9]
Zorgverleners van CSG's	Kennis over (privacy)wetgeving	'Daar is denk ik een stukje gebrek aan kennis bij ons allen van wat nou eigenlijk wel juridisch gezien mag en wat echt niet kan.' [D9]
	Taak om laagdrempelig soazorg te verlenen	'Want uiteindelijk is het doel wel dat we de soa's naar beneden krijgen en dat de volksgezondheid verbetert. Dat is wel het primaire doel.' [D7] 'Dus dat moet altijd mogelijk zijn vind ik, als GGD, dat je er ook bent voor mensen die dat [delen van soatestuitslagen] niet willen.' [D4] 'Het zou misschien mensen kunnen belemmeren om gebruik te maken van dit spreekuur, omdat ze het niet meer prettig vinden omdat ze het idee hebben dat toch de informatie wel gedeeld zou moeten worden [met de huisarts]. Ook al stel je die vraag of iemand het wel of niet wil.' [D12]
	Huidig EPD	'Dat is voor mij wel een systeem wat ik te omslachtig vind eigenlijk.' [D7]
	Inpassen in werkproces	'De taakverdeling moet helder zijn hè, wat hoort bij wie?' [D4] 'Bij voorkeur, dat het gewoon in je normale werkwijze ingebed wordt, zeg maar.' [D7] '... dus moet er toch worden bekeken of dat daar binnen kan of dat je toch een keuze maakt van we gaan de consulten een paar minuten verlengen.' [D9]
Organisatie [CSG]	Zorgvuldige en motiverende manieren van toestemming vragen	'Dat de cliënt ook echt duidelijk weet van wat er dan precies met die gegevens gebeurt.' [D5] 'Wat ik daar sowieso belangrijk in vind is dat je met de cliënt het gesprek aangaat en ook probeert de cliënt te motiveren om het wel te mogen doen en dat daar wel een bepaalde uniformiteit in zit.' [D9]
	Samenwerking tussen huisarts en GGD	'Dus ik denk dat het de samenwerking ook kan bevorderen dat je ook veel meer in gesprek komt met de huisartsen om samen naar een cliënt te kijken.' [D7] 'Weet je soatesten/sekuele gezondheidszorg is in eerste instantie een taak van de huisarts, wij zijn aanvullend op de huisarts ... Nou, ik wil graag, het allerfijnste zou zijn, het allermooiste zou zijn als een huisarts daar zelf proactief in is. Om daarnaar te vragen.' [D10]
	Sociaal-politieke context	'Een huisarts heeft ook geheimhoudingsplicht.' [D12]
Sociaal-politieke context	Wet- en regelgeving	'Een huisarts heeft ook geheimhoudingsplicht.' [D12]
	Wens voor anonimiteit	'Natuurlijk altijd in overleg met de cliënt en kijk als de cliënt weigert, dan doen we dat uiteraard niet.' [D9]
	Registreren van toestemming is lastig	'Maar ja, dan zijn er zoveel verschillende opties ... Dat kun je haast niet meer op een prettige manier in dat dossier gaan verwerken ... Het moet ook niet te ingewikkeld worden met alle opties hè.' [D4]
	Cliënt moet weten waar deze ja tegen zegt	'De helft van onze cliënten heeft of geen benul van waar ze ja tegen zeggen of ze denken van ja, laat ik het maar doen, want dan krijg ik misschien een heel goeie zorg hier.' [D8]

¹ De geïnterviewden kregen allen een cijferlettercode voor anonieme codering.

derzoek naar bezoekredenen, waaruit bleek dat het merendeel (62%) van de cliënten voor een soatest in de toekomst mogelijk naar hun huisarts zou gaan.⁵ In de diverse internationale onderzoeken naar dit onderwerp zien we een brede spreiding (25-90%) onder cliënten wat betreft het akkoord gaan met het delen van soatestuitslagen.⁷⁻¹¹

Implementatie moet aan de volgende voorwaarden voldoen om succesvol te zijn: anoniem testen moet worden behouden, net als het laagdrempelige karakter van de GGD.¹² Verder moeten CSG-zorgverleners de soatestuitslagen eenvoudig en veilig met huisartsen kunnen delen. Daarnaast is het gezien de motieven van de cliënten die niet bereid zijn de soatest-

uitslag te delen, aan te raden om cliënten goed te informeren over de noodzaak en het gebruik van de informatie door de huisarts. Eerder onderzoek liet zien dat CSG-zorgverleners en huisartsen verwachten dat het delen van de soatestuitslagen hun samenwerking zal verbeteren.⁶ Huisartsen ontvangen momenteel van alle medisch specialisten een terugkoppeling die de continuïteit van zorg kan bevorderen, behalve van het CSG. Het is aan te raden de precieze behoefte van huisartsen te onderzoeken en daarop af te stemmen. Hoewel anonimiteit cliënten moet beschermen, zorgt ze er ook voor dat het CSG – hét expertisecentrum voor soa – in het zorglandschap relatief onbekend blijft, wat de samenwerking kan belemmeren.

Duidelijke werkafspraken en laagdrempelige samenwerking zijn zeer gewenst met het oog op de gedeelde soazorgtaak. Dat is momenteel bijvoorbeeld duidelijk te zien bij PrEP-zorg, waarvoor een aantal huisartsen zich samen met de GGD wil inzetten.¹³ Uit het eerdere onderzoek blijkt dat een deel van de huisartsen zich door een gebrek aan ervaring of vaardigheden niet comfortabel voelt bij het leveren van soazorg.⁶ Mogelijk kan het doorgeven van testuitslagen voor huisartsen een opstapje vormen om seksueel (risico)gedrag met de patiënt te gaan bespreken en om de deskundigheid in de soazorg onder huisartsen te vergroten.

Een sterk punt van ons onderzoek is het grote aantal cliënten dat deelnam. Daarnaast passen de gevonden bevorderende en belemmerende factoren goed in het model van Fleuren en collega's, waarbij voor iedere determinantgroep een scala aan factoren werd gevonden.¹²

Een beperking in deel 1 van ons onderzoek was dat we de *response rate* niet konden bepalen omdat niet alle CSG's de wervingsinstructies opvolgden. Hierdoor kon inclusiebias ontstaan, bijvoorbeeld wanneer cliënten met lastigere problematiek niet zijn uitgenodigd. Op het oog lijken de kenmerken van de cliënten [tabel 1] qua geslacht en risicogroep echter representatief voor de totale groep bezoekers van CSG's in regio Oost.¹⁴ Het opleidingsniveau kon niet goed worden vergeleken met de gegevens van regio Oost, omdat deze niet conform de CBS-indeling zijn opgesteld. Mogelijk zijn er minder laag- en middenopgeleiden in de onderzochte populatie dan onder de bezoekers van de CSG's. Een tweede beperking is dat de CSG-cliëntpopulatie van regio Oost waarschijnlijk verschilt van die in andere regio's in Nederland. Dit onderzoek is alleen representatief voor regio's met een gelijksoortige cliëntpopulatie. Een beperking in deel 2 was dat de interviews uitgingen van een hypothetische situatie. Hierdoor zijn de resultaten mogelijk minder goed te generaliseren. Om de generaliseerbaarheid te vergroten gebruikten we een beschrijving van een mogelijk systeem voor het delen van de uitslagen. Een laatste beperking was dat de interviews maar voor 20% dubbel waren gecodeerd.

CONCLUSIE

Dit onderzoek, uitgevoerd in de Provincies Gelderland en Overijssel, laat zien dat het merendeel van de CSG-bezoekers bereid is om soatestuitslagen met hun huisarts te delen, vooral omdat het medische informatie betreft. Als de soatestuitslagen in de toekomst gedeeld zullen worden, is het met het oog op het behoud van de laagdrempeligheid van het CSG belangrijk om rekening te houden met de in dit onderzoek beschreven kanttekeningen van CSG-zorgverleners en cliënten. Daarnaast moet de visie van huisartsen op dit thema nader worden onderzocht en zal met de CSG's afgestemd moeten worden welke informatie er precies zal worden gedeeld. Uiteindelijk zal het delen van deze informatie de soazorg kunnen optimaliseren. ■

DANKBETUIGING

We danken alle zorgverleners, medewerkers en cliënten van de CSG's uit regio Oost die hebben meegewerkt aan het onderzoek, Janoe Musch voor haar bereidheid om onafhankelijk 20% van de interviewgegevens dubbel te coderen, Jesse Claassen voor zijn bereidheid onafhankelijk naar de indeling van de motieven te kijken, Claudia Greijn voor het meedenken over de kwalitatieve benadering, en Ariana Need en Magda Boere-Boonekamp voor begeleiding gedurende het thesisproject waar dit artikel gedeeltelijk op gebaseerd is.¹⁵

LITERATUUR

1. Ministerie Volksgezondheid welzijn en Sport. Regeling aanvullende seksuele gezondheid (ASG). 2015. <https://www.rivm.nl/documenten/wijzigingen-en-toelichting-regeling-aanvullende-seksuele-gezondheid-2015>. Geraadpleegd op 7 maart 2021.
2. Hood JE, Friedman AL. Unveiling the hidden epidemic: a review of stigma associated with sexually transmissible infections. *Sex Health* 2011;8:159-70.
3. Schwarcz S, Richards TA, Frank H, Wenzel C, Hsu L, Chin C-SJ, et al. Identifying barriers to HIV testing: personal and contextual factors associated with late HIV testing. *AIDS Care* 2011;23:892-900.
4. Mercer CH, Sutcliffe L, Johnson AM, White PJ, Brook G, Ross JDC, et al. How much do delayed healthcare seeking, delayed care provision, and diversion from primary care contribute to the transmission of STIs? *Sex Transm Infect* 2007;83:400-5.
5. Pelgrim MTM, Kampman KJG, Rexwinkel H, Tostmann A, Hautvast JLA. Overwegingen om te kiezen voor een soa-test bij de GGD. *Tijdschr Gezondheidswet* 2018;96:90-8.
6. Kladakis SJ, Nijsten NN. Werkafspraken huisartsen en GGD: verkennend onderzoek naar optimaliseren soa-zorg. *Seksoa Magazine* 2020.
7. Steedman NM, Clutterbuck D. Letters from beyond: do patients attending Genitourinary Medicine clinics want their general practitioner to know? *Sex Transm Infect* 2007;83:594.
8. Wincel J, Blount J, Cryer C. Sexually transmitted diseases and communications with general practitioners. *Sex Transm Infect* 1999;75:45-8.
9. Fernando I, Clutterbuck D. Genitourinary medicine clinic and general practitioner contact: what do patients want? *Sex Transm Infect* 2008;84:67-9.
10. Hunter I, Haining Ede G, Whiddett R. Increased electronic information sharing by sexual health services: confidentiality and consent. *Health Informatics J* 2014;20:3-12.
11. Pedersen H, Taylor D, Gilbert M, Achen M, Lester R, Ogilvie G. A cross-sectional survey exploring attitudes towards provincial electronic health record implementation among clients attending the Provincial Sexually Transmitted Infections Clinic in British Columbia. *Sex Transm Infect* 2015;91:44-8.
12. Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. *Int J Qual Heal Care* 2004;16:107-23.
13. Leusink P, Van Bergen J, Dekker J. De cruciale rol van de huisarts bij PrEP. *Med Contact* 2019;39:25-6.
14. Manders J. Thermometer Seksuele Gezondheid Oost – 2018. <https://ggdgelderlandzuid.nl/over-de-ggd/publicaties/jaarverslagen/>. Geraadpleegd op 31 december 2019.
15. Overtoom L. The perspective of healthcare providers and clients of STI clinics on data sharing with the general practitioner: a two part study [proefschrift]. Enschede: University of Twente, 2019.

Overtoom LC, Nijsten NE, Van Bergen JEAM, Dielissen PW, Hautvast JLA. Willen bezoekers van soapoli's testuitslagen delen met de huisarts? *Huisarts Wet* 2021;64 DOI:10.1007/s12445-021-1282-0. GGD Gelderland-Zuid, Nijmegen: L.C. Overtoom Msc., onderzoeker; N.E. Nijsten, arts seksuele gezondheid en GGD-coördinator PrEP-zorg; dr. J.L.A. Hautvast, arts Maatschappij en Gezondheid, jhautvast@ggdgelderlandzuid.nl. Amsterdam UMC locatie AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: prof. dr. J.E.A.M van Bergen, hoogleraar soa en hiv in de eerste lijn, huisarts, programmaleider Professionals Soa Aids Nederland. Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: dr. P.W. Dielissen, huisarts en adjunct-hoofd vervolgopleiding tot huisarts, lid NHG-expertgroep Seksuele Gezondheid. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

ABSTRACT

Overtoom LC, Nijsten NE, Van Bergen JEAM, Dielissen PW, Hautvast JLA. Sharing the results of STI-tests with GP's. *Huisarts Wet* 2021;64 DOI:10.1007/s12445-021-1282-0.

Aim In the Netherlands, sexually transmitted infection (STI) clinics are freely accessible to, and intend to have a low threshold for certain high-risk groups, who otherwise might not seek care in time. These targetgroups [e.g. men who have sex with men (MSM), youngsters (< 25 years), individuals originating from STI-endemical countries and sexworkers] could test anonymously and for free on STIs. Currently, general practitioners (GP's) are not informed about these tests, test results and treatment. This study aimed to investigate whether clients accept sharing the results of their STI-test with the GP and furthermore, to investigate what is necessary to share the test results with GP's according to healthcareproviders (HCP's) of STI-clinics.

Method The study was executed in the eastern region of the Netherlands. The two-part study consisted of a cross-sectional study with questionnaires among clients, and an explorative interview study among HCPs from STI-clinics.

Results The results showed that 61% of the clients agreed to sharing their STI-results with the GP, with most of them thinking sharing the results is necessary for good health-care. HCPs think the innovation could contribute to better STI-care if practical barriers [e.g. lack of time and complexity of administrative tasks] and substantive barriers [e.g. the risk that STI-care would become less accessible] could be overcome. Required is that the sharing of test results must remain safe and easy, and that the opportunity to test anonymously remains. HCPs indicated that sharing STI-test results could improve the cooperation with GPs.

Conclusion Given the results, the innovation could improve regional STI-care.

Bijlagen

Bijlage A Vragenlijst

Respondentnummer:

GGD:

Wilt u de vragenlijst zo eerlijk mogelijk invullen? Er is geen goed of fout. Na afloop kunt u de vragenlijst (ook als u deze niet heeft ingevuld) inleveren in een envelop in de spreekkamer. Alvast bedankt!!

Vink aan wat van toepassing is.

1. Zou u toestemming geven een soatestuitslag digitaal met uw huisarts te delen?
- Ja
 - Nee
 - Dat wil ik niet zeggen

2. Indien uw antwoord op vraag 1 ja of nee is, wilt u dan de belangrijkste reden aangeven?

Het burgerservicenummer wordt in de zorg gebruikt om gegevensuitwisseling (bijvoorbeeld soatestuitslagen) tussen verschillende zorgverleners (zoals de huisarts en GGD) te vergemakkelijken.

3. Zou u bereid zijn uw burgerservicenummer te delen met de GGD voor dit doel?
- Ja
 - Nee
 - Dat wil ik niet zeggen

4. Wat is uw geslacht?
- Man
 - Vrouw
 - Transgender
 - Dat wil ik niet zeggen

5. Wat is uw leeftijd?
- Jonger dan 20 jaar
 - 20-24 jaar
 - 25-29 jaar
 - 30-39 jaar
 - 40-49 jaar
 - Ouder dan 50 jaar
 - Dat wil ik niet zeggen

6. Wat is uw hoogst behaalde opleidingsniveau?
- basisonderwijs, vmbo of mbo-niveau 1
 - havo, vwo of mbo-niveau 2, 3 of 4
 - hbo- of wo-bachelor en/of master
 - Dat weet ik niet
 - Dat wil ik niet zeggen

7. Waar bent u geboren?
- Nederland
 - Een ander westers land*
 - Een niet-westers land**
 - Dat wil ik niet zeggen

8. Waar is uw moeder geboren?
- Nederland
 - Een ander westers land*
 - Een niet-westers land**
 - Dat wil ik niet zeggen

9. Waar is uw vader geboren?
- Nederland
 - Een ander westers land*
 - Een niet-westers land**
 - Dat wil ik niet zeggen

* Tot westerse landen behoren: Indonesië, Japan en landen in Noord-Amerika, Oceanië en Europa (behalve Turkije).

** Tot niet-westerse landen behoren: Turkije en landen in Afrika, Latijns-Amerika en Azië (behalve Indonesië en Japan).

10. Heeft u seksueel contact met mannen, vrouwen of allebei?
- Mannen
 - Vrouwen
 - Allebei
 - Dat wil ik niet zeggen

11. Krijgt u wel eens betaald voor seks in goederen of geld?
- Ja
 - Nee
 - Dat wil ik niet zeggen

**Wilt u de vragenlijst inleveren in een gesloten envelop?
Bedankt voor uw moeite!!**

Bijlage B Interviewleidraad

1. Als eerste zou ik het graag willen hebben over het delen van soatestuitslagen met de huisarts.
 - Wat is of zou uw rol zijn in het delen van soa testuitslagen?
 - Hoe staat u tegenover het delen van soa testuitslagen?
 - Kunt u dit toelichten?
2. Nu zou ik graag ingaan op het idee hier een systeem voor te gaan inzetten. Wilt u de informatie hierover doorlezen?

INFORMATIE OVER SYSTEEM

Het idee waarover u nu wordt geïnterviewd bestaat uit het automatisch genereren van een uitslagdocument uit ons patiëntdossier (SH direct) dat vervolgens direct als beveiligde pdf naar het huisartsinformatiesysteem (HIS) verstuurd wordt. Op deze manier is het voor de huisarts laagdrempelig om ons bericht te koppelen aan het patiëntdossier.

(ruimte geven om de informatie door te lezen)

- Is de informatie helder voor u?
 - Hoe staat u tegenover een dergelijk systeem waarmee u testuitslagen aan de huisarts kunt doorgeven?
 - Kunt u dit toelichten?
3. Wanneer het systeem in gebruik genomen wordt:
 - Wat zou u dan tegenhouden om het te gebruiken?
 - Doorvragen of er barrières zijn in:
 - Eigenschappen van de persoon
 - Eigenschappen van de organisatie
 - Sociaal-politieke context
 - Eigenschappen van de innovatie
 - Wat zou u juist helpen dit te gebruiken?
 - Doorvragen of er hulpfactoren zijn in:
 - Eigenschappen van de persoon
 - Eigenschappen van de organisatie
 - Sociaal-politieke context
 - Eigenschappen van de innovatie
 - Zijn er nog andere dingen die u kwijt wilt met betrekking tot het delen van data of het ICT-systeem? Of andere bevorderende en belemmerende factoren?
 - Heeft u nog vragen of opmerkingen over het onderzoek?