



Subsidiekader Vernieuwingsprojecten 2009 - 2010

Aids Fonds

Adviescommissie Vernieuwingsprojecten

Aids Fonds
Keizersgracht 392
1016 GB Amsterdam

Contactpersoon Ronald Berends
Titel Subsidiekader Vernieuwingsprojecten 2009 - 2010
Datum Augustus 2009
Pagina 2 van 59

Inhoudsopgave

Inleiding	5
1. Hiv in Nederland, ontwikkelingen en knelpunten	7
2. Analyse knelpunten in de Nederlandse aidsbestrijding	21
3. Overzicht vernieuwings-projecten 2004 – 2008	31
4. Conclusies en aanbevelingen	33
4.1 Conclusies	33
4.2 Aanbevelingen	35
5. Bijlagen: samenvatting interviews stakeholders	37
5.1 Robert Witlox, directeur Hiv Vereniging Nederland	37
5.2 Herman Schaalma, Work & Social Psychology, Universiteit Maastricht	38
5.3 Udi Davidovich, onderzoeker, GGD Amsterdam	40
5.4 Marjo Taal en Jan van Bergen, Programma Intermediairs, Soa Aids Nederland	42
5.5 Iris Shiripinda, Programma Etnische Minderheden, Soa Aids Nederland	44
5.6 Hans Polee, voorzitter Hiv Vereniging Nederland	46
5.7 Josh Maiyo, projectmedewerker diversiteit, Hiv Vereniging Nederland	47
5.8 Felix Agbebo, Voorzitter Positive Africans Mutual Aid	48
5.9 Evert van der Veen, GGD Rotterdam	50
5.10 Arjan Bos, onderzoeker, Universiteit Maastricht	51
5.11 Cor Blom, Elly Hassink en Melissa Diaz, Programma Soa Aids Beleid, Soa Aids Nederland	52
5.12 Anja van den Berg, Voorzitter Verpleegkundig consulenten HIV	54
5.13 Kees Brinkman, Internist OLVG	55
5.14 Minus Altenburg, Hoofd Preventie, Schorer	56
5.15 Frank de Wolf, Stichting Hiv Monitoring	58
6. Literatuur	59

Aids Fonds
Keizersgracht 392
1016 GB Amsterdam

Contactpersoon Ronald Berends
Titel Subsidiekader Vernieuwingsprojecten 2009 - 2010
Datum Augustus 2009
Pagina 4 van 59

Inleiding

Het Aids Fonds beschikt jaarlijks over een budget om de aidsbestrijding in Nederland te versterken. In 2009 bedraagt dit € 460.000. De hoogte van het bedrag voor 2010 is ten tijde van het schrijven van dit stuk nog niet vastgesteld. Deze notitie bevat het advies van de Adviescommissie Vernieuwingsprojecten aan de Raad van Bestuur van het Aids Fonds voor het stellen van de prioriteiten voor het uitzetten van subsidieoproepen voor de jaren 2009 en 2010.

Deze notitie is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 1 staat een beschrijving van de recente ontwikkelingen in de Nederlandse aidsbestrijding. Deze beschrijving is gebaseerd op schriftelijke bronnen.

Achttien experts uit de aidsbestrijding hebben tijd vrijgemaakt voor een interview over de knelpunten die zij in hun werk signaleren. De Adviescommissie Vernieuwingsprojecten bedankt hen hiervoor. De respondenten zijn deskundig op de terreinen onderzoek, beleid, belangenbehartiging en uitvoering. Bij de experts die zich bezig houden met uitvoering van projecten is vooral gekozen voor deskundigheid voor de doelgroepen mannen die seks hebben met mannen, mensen met hiv en mensen afkomstig uit landen waar hiv veel voorkomt. Het Aids Fonds heeft er in zijn strategisch beleid voor gekozen zich vooral op deze groepen te richten.

In hoofdstuk 2 staat een analyse van de knelpunten die volgden uit de beschikbare literatuur (hoofdstuk 1) en uit de informatie die de experts hebben verstrekt in de interviews. Een samenvatting van alle interviews is te vinden in de bijlagen.

In hoofdstuk 3 staan de thema's vermeld waarin het Aids Fonds de afgelopen jaren heeft geïnvesteerd met subsidie uit het vernieuwingsbudget.

Tot slot worden in hoofdstuk 4 de conclusies vermeld. De Adviescommissie Vernieuwingsprojecten doet in dit hoofdstuk aanbevelingen voor het uitzetten van de thema's voor vernieuwing in de aidsbestrijding in 2009 en 2010.

Adviescommissie Vernieuwingsprojecten, 10 juli 2009

Prof. Dr. Gerjo J. Kok, voorzitter

Mw. Drs. Lineke Jonkers, lid

Dr. Cees Smit, lid

Drs. Ronald Berends, secretaris

Aids Fonds

Keizersgracht 392
1016 GB Amsterdam

Contactpersoon Ronald Berends

Titel Subsidiekader Vernieuwingsprojecten 2009 - 2010

Datum Augustus 2009

Pagina 6 van 59

1. Hiv in Nederland, ontwikkelingen en knelpunten

In dit hoofdstuk staat een korte beschrijving van de meest recente ontwikkelingen met betrekking tot de hiv-epidemie in Nederland. Epidemiologie, preventie, zorg en leven met hiv komen hierin aan bod. In Nederland spreken we van een geconcentreerde epidemie. De prevalentie van hiv onder de bevolking in zijn geheel is lager dan 1 procent, maar de prevalentie onder mannen die seks hebben met mannen (MSM) en mensen afkomstig uit hiv-endemische gebieden ligt hoger, namelijk tussen de 1 en 5 procent. Voor mannen die seks hebben met mannen zou dit nog hoger kunnen zijn. Uit de Schorer Monitor 2007 en 2008 blijkt dat 12 procent van de ooit geteste respondenten hiv-positief is ^{a b}.

Epidemiologie

Aantal mensen met hiv onder behandeling

In 2008 zijn bij de Stichting Hiv Monitoring (SHM) 1.329 nieuwe mensen met hiv aangemeld. Eind van dat jaar waren er in Nederland ruim 14.000 personen onder behandeling ^c.

Groep	Populatie	Bekend hiv-positief ¹
Nederlandse bevolking	16.500.000 ²	15.538
Etnische minderheden	3.300.000 ²	7.149 (39 procent MSM, 23 procent heteroseksuele man en 38 procent vrouw)
Mannen die seks hebben met mannen	287.000-392.000 ³	8.276
On-gedocumenteerden	74.000-184.000 ⁴	Onbekend
Intraveneuze drugsgebruikers	3.100 ⁵	665
Bloed(product)	1.600 ontvangers van bloed(producten) ⁶	198 (waarvan ongeveer 150 met hemofilie)

¹ Bron: Stichting Hiv Monitoring 2009

² Bron: CBS

³ Bron: Rutgers Nisso Groep

⁴ Bron: Stichting Pharos

⁵ Nationale Drug Monitor (NDM) 2007. Cijfers over de groep Oost Europeanen zijn moeilijk te geven, experts verwachten een stijging. Mainline doet op dit moment onderzoek naar Oost-Europeanen, middelengebruik en infectieziekten.

⁶ Bron: Nederlandse Vereniging van Hemofilie-Patiënten

Vorig jaar stierven 103 mensen met een hiv-infectie ^c. De doodsoorzaak bij een groot deel van de mensen die met antiretrovirale middelen werden behandeld, blijkt niet aan aids gerelateerd te zijn ^d. Uit een onderzochte groep van 7.655 mensen die met antiretrovirale middelen worden behandeld tussen 1 juli 1996 en december 2006 zijn 463 personen overleden. Bij 212 (45 procent) van deze personen bleek de doodsoorzaak aan hiv gerelateerd te zijn. Bij 190 mensen was deze niet aan hiv gerelateerd en bij 5 aan de therapie ^d. Naarmate mensen langer met hiv leven, krijgen zij te maken met de normale gevolgen van het ouder worden.

Om het verloop van de epidemie goed te kunnen volgen, is het belangrijk om te weten of gevonden infecties recent zijn opgelopen. De SHM zou graag precies weten hoeveel tijd er zit tussen het moment van infectie en het moment van diagnose. Zij willen ook een beter zicht op de tijd tussen diagnose en het starten van zorg. Op deze manier kan beter achterhaald worden wat de cruciale factoren zijn die het overdrachtsrisico van hiv beïnvloeden. Die kennis is volgens de SHM nodig om een geconcentreerd preventiebeleid te ontwikkelen gericht op het afremmen van de epidemie ^d. Het is niet eenvoudig te meten bij een individu of de infectie recent is opgelopen.

Het Centre for Disease Control heeft een methode ontwikkeld om vast te stellen of iemand het laatste jaar geïnfecteerd is geraakt. Deze methode heet STARHS (Serological Testing Algorithm for Recent HIV Seroconversions). STARHS combineert een gevoelige hiv-antistoffentest met een minder gevoelige. Wanneer een persoon een recente infectie heeft reageert de minder sensitieve test niet. De nieuwe STARHS methode is nog niet ingevoerd in Nederland.

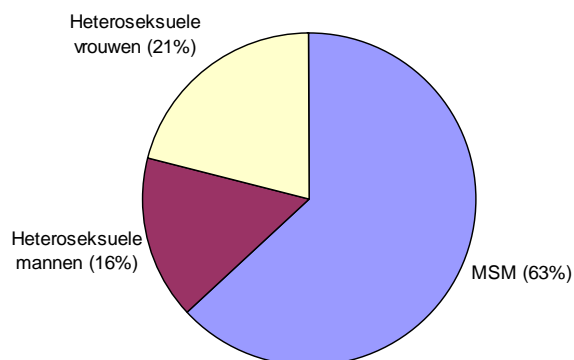
Een andere methode om recente infecties vast te stellen is het meten van het aantal virale deeltjes in het bloed. In individuele gevallen is meting onbetrouwbaar, maar op populatieniveau geeft het wel een indicatie. Een derde methode om recente infecties vast te stellen is het gebruiken van een eerdere negatieve testuitslag, waardoor seroconversie bij benadering bekend is. De SHM heeft ook modellen gebruikt om te voorspellen hoeveel infecties per jaar zouden kunnen leiden tot het huidige aantal hiv- en aidsdiagnoses ^e.

Diagnoses in de soa-poli

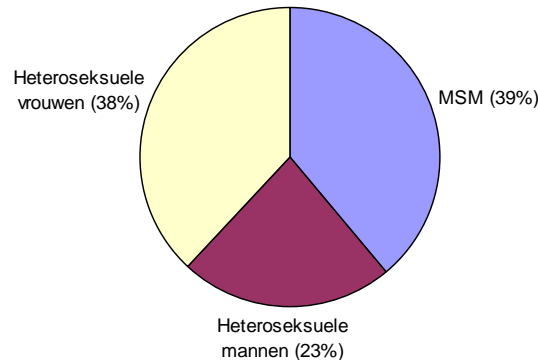
Naar schatting 70 procent van de hiv-testen vindt plaats bij de huisarts ^f. De soa-poliklinieken in Nederland richten zich op hoogrisicogroepen als MSM en mensen afkomstig uit hiv-endemische gebieden. De poli werd vorig jaar door 88.000 mensen bezocht. Dit aantal steeg met 13 procent ten opzichte van het jaar ervoor. Bij de bezoekers van de soa-poli werden 393 hiv-diagnoses vastgesteld. Bij 320 personen vond de overdracht plaats via homoseksueel contact (81 procent). 11 procent van de infecties in de soa-poli werd vastgesteld bij heteroseksuele mannen en 8 procent bij vrouwen. Het percentage geïnfecteerde MSM was het hoogst in de leeftijdsgroep van 35 tot 39 jaar (4,8 procent). In de groep mensen die hiv bleek te hebben en daarvoor in 2008 in zorg kwamen steeg het percentage MSM naar 68 procent. Het aantal vijftigplussers onder de nieuwe diagnoses stijgt al meerdere jaren, vooral door nieuwe diagnoses bij MSM in deze leeftijdscategorie ^c.

Cumulatief aantal hiv-diagnoses per risicogroep en herkomst			
Herkomstregio	MSM Aantal (%)	Heteroseksuele mannen Aantal (%)	Heteroseksuele vrouwen Aantal (%)
Nederland	6.031 (73 %)	785 (38 %)	677 (24 %)
West Europa	646 (8 %)	81 (4 %)	75 (3 %)
Centraal Europa	99 (1 %)	52 (2 %)	30 (1 %)
Oost Europa	42 (0,5%)	8 (0,4 %)	13 (0,5 %)
Zuidelijk Afrika	108 (1 %)	744 (36 %)	1.404 (50 %)
Cariben	241 (3 %)	111 (5 %)	157 (6 %)
Zuid Amerika	535 (6 %)	207 (10 %)	255 (9 %)
Noord Amerika	192 (2 %)	4 (0,2 %)	3 (0,1%)
Noord Afrika & Midden Oosten	58 (0,7%)	46 (2 %)	33 (1 %)
Australië & Pacific	56 (0,7%)	9 (0,4 %)	3 (0,1%)
Zuid (Oost) Azië	227 (3 %)	40 (2 %)	160 (7 %)
Onbekend	41 (0,5%)	5 (0,2 %)	2 (0,1%)
Totaal	8.276	2.092	2.812

Sekse en seksuele voorkeur van mensen met hiv



Etnische minderheden met hiv



Van het totaal aantal mensen met hiv in Nederland is 57 procent van niet-Nederlandse afkomst 7.493 van de 13.180. Hiervan is 39 procent MSM, 23 procent heteroseksueel/man en 38 procent vrouw (tabel 6.8, STI including HIV in the Netherlands, RIVM 2009).

Van de in 2008 positief op hiv geteste personen op de soa-poli zijn 255 mensen afkomstig uit Nederland. 81 procent is homoseksueel, 320 mensen. Van de mensen met een niet-Nederlandse etniciteit waren 28 personen heteroseksueel en man, 23 vrouw en 89 MSM. MSM met hiv komen voornamelijk uit West Europa, Noord-Amerika, Latijns-Amerika en de Cariben ^c.

Hiv in Curaçao

De Stichting Hiv Monitoring houdt ook de gegevens bij van mensen met hiv die op Curaçao leven. Op 1 juli 2008 waren daar in totaal 379 mensen met hiv in leven volgens de rapportage van de Stichting Hiv Monitoring ^(d). Bij ongeveer tweederde vond de overdracht plaats via heteroseksueel contact. Bij ongeveer een vijfde via homoseksueel contact. Ter vergelijking: in Nederland is 45 procent van de Antillianen met hiv MSM. Driekwart van de onderzochte populatie was op de Antillen geboren, vijftien procent op Haïti en vier procent in de Dominicaanse republiek. ^(d). Exacte surveillance gegevens over het voorkomen van hiv in bepaalde subgroepen bij personen die nog niet getest zijn, zijn niet voorhanden.

Preventie

De landelijk georganiseerde hiv-preventie in Nederland wordt voornamelijk gefinancierd door de overheid. Het ministerie van VWS hevelt budget over naar het RIVM die verantwoordelijk is voor het verstrekken van de subsidies. De subsidies zijn hoofdzakelijk ingedeeld aan de hand van verschillende doelgroepen: MSM, etnische minderheden, jongeren, prostitutie, mensen met hiv en drugsgebruikers. Daarnaast wordt ook subsidie verstrekt voor een aantal speciale activiteiten als publieksvoorlichting, communicatie, ondersteuning van professionals en beleidsontwikkeling Hieronder staan de thema's waarop landelijke preventieprogramma's zijn uitgerold. Naast de landelijke preventie wordt een groot deel van de preventie lokaal uitgevoerd door de GGD's. Via de Wet Publieke Gezondheid ontvangen gemeenten een bijdrage voor preventieactiviteiten (De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid verviel op 1 december 2008). Gemeenten zijn

verplicht een preventiebeleid te ontwikkelen en kunnen zelf bepalen waaraan zij op lokaal niveau de bijdrage besteden.

Veilig vrijen en condoomgebruik bij MSM

Ruim de helft van de mannen met een vaste partner en eenderde van de mannen MSM met losse partners heeft wel eens onveilige seks. Opmerkelijk is de stijging van onveilig gedrag bij jonge mannen onder de 25 jaar. Het aantal jongeren dat het half jaar voorafgaand aan de meting over 2008 wel eens onveilige seks had steeg naar van 32 procent naar 37 procent. Onveilige seks komt vaker voor bij MSM die hiv-positief zijn, darkrooms bezoeken, drugs gebruiken, een lager opleidingsniveau hebben of partners zoeken op internet.⁷

De intentie om een condoom te gebruiken bij losse partners blijft hoog. Driekwart van de respondenten zegt zeker een condoom te gebruiken. 12 procent zegt dit zeer waarschijnlijk wel te doen. En 1 procent zegt dit zeker niet te doen.

Anale seks blijft in populariteit stijgen^b. Van 72 naar 76 procent. Als het percentage onveilige contacten gelijk blijft, stijgt toch de kans voor overdracht door de toename van anale seks.

In de Schorer Monitor blijft het percentage deelnemers dat hiv-geïnfecteerd is de laatste jaren 11-12 procent^b.

Bij de mannen die consequent onveilig vrijen speelt (angst voor) erectiestoornis ten gevolge van condoomgebruik een rol. Het condoom wordt niet gebruikt uit angst voor een erectieprobleem⁹. Er zijn ook aanwijzingen dat drugsgebruik een rol speelt.

Wijze van transmissie bij MSM

Er is een kleine groep MSM die consequent onveilig vrijt. In de Schorer Monitor staat dat 1 procent van de respondenten zeker niet van plan is een condoom te gebruiken. 2 procent is 'zeer waarschijnlijk niet' van plan een condoom te gebruiken bij anale seks met losse partners^b. Uit buitenlands onderzoek blijkt dat 50 procent van de infecties wordt overgedragen in vaste relaties^h. De mannen moeten volgens de Schorer Monitor al worden bereikt tijdens het zoeken van een partner omdat ze in die fase makkelijker te bereiken zijn. Volgens recente berekeningen van de Stichting Hiv Monitoring wordt 90 procent van de infecties overgedragen door mensen die nog niet op de hoogte zijn van hun status. Er is nog niet vastgesteld hoe laag de kans precies is dat iemand met een ondetecteerbare virale load nog iemand anders infecteert.

Testen op hiv en soa's bij MSM

Van de MSM die op de soa-poli een positieve hiv-testuitslag krijgen heeft 24 procent ook chlamydia en 19 procent gonorrhoe^{c hierboven}. In de Schorer Monitor van 2008 was 29 procent van de respondenten nooit getest op hiv. Er zijn aanwijzingen dat dit percentage alweer is afgenomen (expertmeeting soa en hiv, RIVM 2009). Schorer pleit in zijn Monitor voor het aanscherpen van de oproep voor een jaarlijkse hiv-test. En voor het waarborgen van capaciteit en de toegankelijkheid van de soa-centra. Om pragmatische redenen pleit Schorer voor het verschuiven van de nadruk van posttestcounseling naar positieve uitslag^a. Door het actievere testbeleid worden steeds meer 'oude' infecties opgespoord. De aanname is dat de toename van het aantal infecties wordt veroorzaakt door een stijging van het aantal nieuwe infecties.

Personen met recente infecties zijn infectieuzer. Het is niet precies bekend in hoeverre het aandeel nieuwe infecties ten opzichte van het aantal oude infecties toeneemt. De Stichting Hiv Monitoring heeft wel onderzoek gedaan naar deelpopulaties. Hieruit bleek dat in 1996

⁷ Factsheet seksuele gezondheid van MSM (uitgave 2009)

het percentage recente infecties onder MSM 10 procent bedroeg (n=367). In 2007 was dat percentage nog 31,7 procent (n = 665)^d.

Vernieuwing in de preventie

Een preventief vaccin zou een van de belangrijkste stappen zijn om de hiv-epidemie in te dammen. Helaas zijn er nog geen studies die veelbelovende resultaten laten zien. Onderzoek naar virusdodende middelen die men vaginaal en/of anaal kan aanbrengen (microbiciden) is nog niet zover dat er op redelijke termijn microbiciden ingezet gaan worden. Het effect van het gebruik van hiv-remmers na blootstelling aan hiv is nog niet goed onderzocht (PEP). Het is onethisch om goed te onderzoeken te doen naar het effect van PEP omdat onderzoekers bij een dubbelblind onderzoek een controlegroep een placebo zouden moeten geven. Daarom is ervoor gekozen om PEP in bepaalde situaties toch voor te schrijven. PEP is verwerkt in richtlijnen, maar nog niet alle betrokkenen (professionals en patiënten) zijn bekend met het protocol en aanwezigheid van PEP. Uit onderzoek is bekend dat ook weinig mensen uit de homogemeenschap op de hoogte van deze mogelijkheid. Bij MSM is hiervan slechts de helft op de hoogte^b.

Ook over de effectiviteit van het gebruik van hiv-remmers vóór blootstelling aan hiv (PrEP) is nog weinig bekend. Momenteel worden er studies gedaan, maar resultaten daarvan zijn voorlopig nog niet te verwachten. De afname van de virale load door een succesvolle behandeling met anti-retrovirale middelen blijkt nog niet te kunnen worden vertaald naar een individueel preventieadvies. Ook is nog niet bekend of eerder behandelen effectief kan worden ingezet als preventiemiddel. Onderzoek naar het gebruik en de effectiviteit van risicoreductiestrategieën is nog gaande. Bij wisselende partners is er nog te weinig bekend over risicoreductiestrategieën om individuen te adviseren dat onder bepaalde omstandigheden kan worden afgezien van condoomgebruik. Onder risicoreductie bij MSM verstaan we: serosorteren, negotiated safety, viraal sorteren en strategische positionering

Preventie gericht op etnische minderheden

Het programma Etnische Minderheden van Soa Aids Nederland verzorgt in Nederland de landelijke soa- en hiv-preventie gericht op migranten. Zij stellen zich ten doel om de informatie en voorlichting aan deze groep uit te breiden en te intensiveren. Zij ondersteunen zelforganisaties en verstevigen zij netwerken. Zij richten zich op de doelgroepen gedocumenteerden en on-gedocumenteerden uit Zuidelijk Afrika, Midden-Oosten, Noord-Afrika en het Caribische gebied. Zij richten zich ook op gezondheidswerkers. Het merendeel van de preventieactiviteiten in Nederland wordt uitgevoerd door GGD's in de regio.

Research voor Beleid heeft in 2009 onderzoek gedaan naar bevorderen van seksuele gezondheid bij etnische minderheden. Zij concluderen dat er op het gebied van seksuele gezondheid weinig bekend is over de effectiviteit van de interventies en dat deze na afloop onvoldoende worden voortgezet door een gebrek aan financiële middelen. Verder adviseren zij de kennis over soa's te vergroten bij de hulpverleners die contact hebben met etnische minderheden. Zij adviseren de volgende vormen in te zetten: peer education, scholen, groepsvoorlichting, gebedshuizen, outreach-testen en massamediale campagnesⁱ.

Preventie gericht op jongeren

Het programma jongeren van Soa Aids Nederland is verantwoordelijk voor preventie van soa en hiv gericht op jongeren in Nederland. Het programma heeft als doel soa's en hiv onder jongeren te voorkomen, veilig vrijen te stimuleren en hun seksuele gezondheid te verbeteren. Het doet dit in nauwe samenwerking met andere organisaties zoals de Rutgers Nisso Groep, de GGD's en universiteiten. Het programma is betrokken bij onderzoek (zoals

Seks onder je 25ste), ontwikkelt interventies voor het onderwijs, het jeugdwelzijnswerk, maar ook specifieke groepen (bijvoorbeeld jongeren van Marokkaanse of Antilliaanse afkomst). Het landelijke programma werkt samen met Schorer om de aandacht voor homojongeren in het aanbod te garanderen. Het aanbod is afgestemd met de intermediairs bij GGD's en de eindgebruikers: de scholen.

Preventie gericht op ouderen

De gemiddelde leeftijd op het moment van hiv-diagnose stijgt in Nederland. Van gemiddeld 37 jaar in 1996 tot 40,8 jaar in 2007. Er is een toename van het aantal ouderen met een positieve hiv diagnose^d. Het aantal recente infecties bij bijvoorbeeld MSM is hoger onder jongeren. Ouderen zijn vaker langer geleden geïnficeerd. Voor zover bekend wordt er geen speciale aandacht besteed aan preventie gericht op ouderen binnen de preventieprogramma's in Nederland. Mogelijk is dit op termijn wel nodig voor 'herintredende' heterovrouwen en mannen.

Preventie gericht op de prostitutiesector

In de Nederlandse prostitutiesector wordt de landelijke preventie voor soa's en hiv verzorgd door het programma prostitutie van Soa Aids Nederland. Zij zetten in op een positieverbetering van sekswerkers. Zij ontwikkelen preventiematerialen en methodieken die zij aanbieden aan professionals in de regio's in Nederland. In 2009 richtten zij zich specifiek op onveilig gedrag van prostituanten, ondersteuning van GGD's en 'huiskamers' en een ondersteunend preventiebeleid gericht op uittrede sekswerkers. GGD's hebben elk hun eigen preventiebeleid voor soa-bestrijding gericht op prostituees.

Preventie gericht op mensen met hiv

Sinds enkele jaren is er aandacht voor de ondersteuning van mensen met hiv bij seksuele gezondheid en veilige seks. Het Aids Fonds heeft Soa Aids Nederland subsidie verstrekt om samen met de Werkgroep Verpleegkundig Aids-Consulenten een protocol te ontwikkelen voor de ondersteuning door professionals. Meer dan de helft van de consulenten heeft een training ontvangen. Mensen met hiv worden ook van informatie voorzien door de Hiv Vereniging. De Hiv Vereniging ontvangt hiervoor een bijdrage van het RIVM.

Begin vorig jaar publiceerde de Zwitserse nationale commissie voor vragen over aids (Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen) een artikel waarin ze het standpunt innemen dat hiv positieve personen geen hiv overdragen als zij meer dan 6 maanden een ondetecteerbare hoeveelheid virus in het bloed hebben, aidsremmers strikt innemen volgens de voorschriften (therapie trouw zijn) en geen andere seksueel overdraagbare aandoeningen hebben. Volgens Soa Aids Nederland is bijna alle informatie die de Zwitserse commissie gebruikt voor hun uitspraken afkomstig uit studies over transmissie kansen bij heteroseksuele koppels. Er wordt volgens Soa Aids Nederland geen onderscheid gemaakt tussen anale en vaginale seks, terwijl bekend is dat transmissie kansen bij anale seks groter zijn dan bij vaginale seks. Het is niet duidelijk of in deze studies voldoende rekening gehouden is met chronische soa zoals een herpes infectie, die relevant kunnen zijn in wisselende contacten maar ook in een vaste relatie. Soa Aids Nederland en het Aids Fonds blijven condoomgebruik adviseren bij serodiscordante partners.

Preventie gericht op drugsgebruikers

Met een geschat aantal injecterende drugsgebruikers in Nederland van 3.100 personen en een aantal hiv infecties van 665 is dit in Nederland de groep met de hoogste infectiegraad. Het Aids Fonds heeft geïnvesteerd in een actiever testbeleid in deze groep omdat naar schatting 50 procent van de gebruikers zijn/haar status niet kende. Op dit moment is er geen onderzoek voorhanden over de huidige stand van zaken. Intraveneus drugsgebruik is de afgelopen jaren in Nederland minder populair geworden. Volgens Mainline – de organisatie die preventieactiviteiten richt op deze groep – neemt het aantal IVD-gebruikers weer toe, ten gevolge van migratie uit Oost-Europa.

Testen en screenen

Zwangere vrouwen en iedereen die zich op de soa-poli laat onderzoeken krijgen een hiv-test aangeboden. Een klein deel weigert dit. Daarnaast worden hoogerisicogroepen opgeroepen zich te laten testen. Het percentage MSM dat zich wel eens heeft laten testen op hiv stijgt jaarlijks, zo blijkt uit de Schorer Monitor. Hierdoor worden oude infecties gevonden. Oude infecties zullen in de toekomst een steeds kleiner deel gaan uitmaken van het totale aantal infecties. Het absolute aantal gevonden hiv infecties stijgt opnieuw, vooral door een stijging onder MSM ^c. Er wordt weinig onderzocht of het hier gaat om recente infecties of om oude infecties.

Schorer heeft een pilot gedaan om laagdrempelig testen aan te bieden via internet in combinatie met laboratoria in Rotterdam en Amsterdam. Over de eerste periode van 11 maanden is Test Lab 4.818 keer bezocht, hiervan kwamen 3158 bezoekers uit Amsterdam en Rotterdam. 1.406 personen hebben een intake ingevuld. Hiervan zijn er 1.130 verwezen naar een van de huisartsenlaboratoria, 532 hebben zich daadwerkelijk laten testen op soa's. Hiervan hadden 84 personen positieve test op soa, waarvan 3 op hiv. 276 personen zijn rechtstreeks verwezen naar de soa-poli.

De Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding ontwikkelde het Draaiboek Partnerwaarschuwing. Partnerwaarschuwing kan worden gericht op individuen en op netwerken. Het wordt uitgevoerd door de patiënt (patiënt referral), door de hulpverlener (provider referral) of via een contract waarin patiënt en hulpverlener afspraken maken over het informeren van partners (contract referral). Soa Aids Nederland heeft een onderzoek uitgevoerd naar het gebruik van het draaiboek door GGD's. Hieruit bleek dat 13 van de 14 contactpersonen bij de GGD het draaiboek kenden. De meeste respondenten gebruikten het draaiboek als naslagwerk en vrijwel niemand gebruikte het draaiboek volledig. Het draaiboek scoorde volgens Soa Aids Nederland laag op gebruiksvriendelijkheid en 'uitvoerbaarheid van de adviezen'. ^j. Op 30 mei 2008 heeft het RIVM in samenwerking met het Erasmus MC een expertmeeting georganiseerd over partnerwaarschuwing bij hiv. Volgens de experts wijst de internationale literatuur uit dat partnerwaarschuwing het meest effectief is wanneer deze door de instelling wordt verricht ^k. In Nederland is er weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit en implementatie van interventies gericht op partnerwaarschuwing. Over het effect van partnerwaarschuwing in Nederland is bovendien weinig bekend omdat gegevens over de follow-up niet worden geregistreerd ^k. Het RIVM en Erasmus MC hebben een aantal praktijkbezoeken uitgevoerd ter voorbereiding van hun expertmeeting. Hieruit kwam naar voren dat tijd- en geldgebrek een zorgvuldige implementatie in de weg zitten. Momenteel is niet altijd duidelijk wie verantwoordelijk is voor partnerwaarschuwing. De arts, de soa-poli of het hiv-behandelcentrum? Daarnaast is partnerwaarschuwing niet gemakkelijk. In de eerste weken staat de patiënt minder open voor partnerwaarschuwing. Bijvoorbeeld uit angst voor negatieve beeldvorming. De consulent wil de vertrouwensrelatie met de patiënt niet in gevaar brengen. Een digitaal

partnerwaarschuwingssysteem waarin gegevens over bereik en afstemming tussen hulpverleners kan worden vastgelegd werd tijdens het praktijkbezoek als een van de opties genoemd om de partnerwaarschuwing te verbeteren^k.

Behandeling en zorg

Eind 2008 waren er – zoals eerder genoemd - ruim 14.000 mensen met hiv in zorg. De gemiddelde leeftijd van de totale groep mensen met hiv stijgt. Personen met hiv worden ouder, de sterfte aan hiv is de afgelopen jaren sterk afgenomen. Er is een toename van het aantal vijftigplussers met een hiv-diagnose. Mensen krijgen te maken met klachten die te maken hebben met hiv, maar ook met de normale klachten van het ouder worden en met klachten die te maken hebben met een langdurige behandeling met antiretrovirale middelen. De aan kanker gerelateerde mortaliteit was bijvoorbeeld bijna vijfmaal hoger dan die in de algemene Nederlandse bevolking. Overlijden door niet rechtstreeks aan aids gerelateerde kanker was bijna tweemaal zo hoog dan in de algemene bevolking. De sterfte ten gevolge van de medicatie is gering. De Stichting Hiv Monitoring schat dat het aantal mensen met hiv in zorg verdubbelt in de periode van 2005 tot 2015. De geschatte kosten stijgen van € 115 miljoen naar € 230 miljoen^d.

Het aantal soa's bij mensen met hiv die de soa-poli bezoeken is nog steeds hoog. 20 procent heeft chlamydia en 13 procent gonorrhoe.

Therapietrouw

Sinds 1996 wordt een hiv-infectie vanaf een bepaald stadium onderdrukt met een combinatie van antiretrovirale middelen (combination Anti-Retroviral Therapy, cART). De effectiviteit van deze middelen wordt voor een belangrijk deel bepaald door het goed volgen van de innamevoorschriften door de patiënt. Op basis van de huidige richtlijn van 90-95 procent therapietrouw, blijkt dat het 25-50 procent van de patiënten niet lukt om altijd op tijd de medicijnen op de juiste manier in te nemen^{8,9}. De Bruin (et al.) hebben een meta-analyse uitgevoerd naar de inhoud en effectiviteit van reguliere therapietrouwzorg geleverd in hiv-klinieken (EU & VS). Hieruit bleek dat deze zorg 30 tot 45 procentpunten van de virale onderdrukking verklaarde en dus van grote waarde is voor de effectiviteit van de behandeling¹⁰. Tevens bleek uit dit onderzoek, net als uit onderzoek van Nellen en collega's (2004), dat het percentage succesvol behandelde patiënten bij niet-westerse patiënten aanzienlijk lager ligt¹¹. Het is nog niet geheel duidelijk of dit komt door lagere therapietrouw, verlaat constateren van de infectie, of een andere oorzaak heeft. De Bruin heeft tevens een cART-therapietrouwinterventie ontwikkeld en geëvalueerd (AIMS)¹². Uit een pilotstudie en een gerandomiseerde trial bleek dat AIMS de therapietrouw en de virale onderdrukking verbeterde in een setting waar al relatief goede therapietrouwzorg werd geleverd. De interventie werd bovendien positief gewaardeerd door patiënten en zorgverleners.

Er is geen overzicht bekend van de wijze waarop therapietrouwondersteuning in de hiv-behandelcentra in Nederland wordt geboden.

⁸ De Bruin et al. Electronic Monitoring-based Counseling to Enhance Adherence among HIV-infected Patients using HAART: A Randomized Controlled Trial (Submitted & hoofdstuk 4 van dissertatie in druk).

⁹ Nieuwkerk et al. Limited Patient Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy for HIV-1 Infection in an Observational Cohort Study Archives of Internal Medicine. 2001;161:1962-1968.

¹⁰ De Bruin et al. Variability in standard care quality of HAART-adherence studies: Implications for the interpretation and comparisons of intervention effects. Health Psychology (in press).

¹¹ Nellen et al. (2004). Virological and immunological response to HAART in indigenous and non-indigenous HIV-1 infected patients in the Netherlands: a cohort study. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 36, 943-950

¹² De Bruin, M., Hospers, H. J., van den Borne, H. W., Kok, G., & Prins, J. M. (2005). Theory- and evidence-based intervention to improve adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected patients in the Netherlands: A pilot study. AIDS Patient Care and STDs, 19(6), 384-394.

Soa's en hepatitis C bij mensen met hiv

Het percentage positieve soa-testen in de poliklinieken in 2008 is aanzienlijk hoger onder MSM met hiv dan onder de totale groep MSM (36 procent versus 22 procent). In 2008 daalde het aantal gevallen van hepatitis C met 35 procent tot 30 gevallen. In 70 procent was de transmissieroute via seksueel contact tussen mannen.^c. Hepatitis C komt vaker voor bij mannen met hiv¹.

Ondersteuning van mensen met hiv

De morbiditeit en mortaliteit onder mensen met hiv is de laatste jaren sterk afgenomen. De comorbiditeit is toegenomen. Waar vroeger de buddyzorg een belangrijke plaats innam is nu tijdelijke praktische ondersteuning belangrijk. De buddyzorg is verbreed naar andere aandoeningen en patiëntengroepen. Dit brede zorgaanbod heeft gezorgd voor eenvoudiger toegang tot reguliere financiering.

De Hiv Vereniging biedt praktische informatie aan mensen met hiv. En de vereniging heeft projecten gericht op werk, verzekeringen en juridische zaken.

Nadat migrantengroepen, waaronder een vrouwengroep, zich hadden losgemaakt van de Hiv Vereniging is de Hiv Vereniging een project gestart om een aanbod voor mensen afkomstig uit andere culturen te ontwikkelen. De zelforganisaties voor mensen met hiv zijn klein en hebben weinig geld. Daarnaast wordt er niet geïnvesteerd in capaciteitsopbouw voor vrijwilligers van zelforganisaties voor mensen met hiv. Uit de praktijk bereiken ons signalen dat vrijwilligerswerk in veel culturen buiten familie en vrienden niet bestaat en geassocieerd wordt met uitbuiting. De zelfhulpgroepen zijn actief in Amsterdam. Er is ook een beperkt aanbod in Groningen en Rotterdam. Iets minder dan de helft van het aantal mensen met hiv heeft geen contactgroep in de plaats waar zij onder behandeling zijn. Het Aids Fonds steunt de Nederlandse Vereniging van Hemofilie-Patiënten voor de ondersteuning van mensen die zijn geïnfecteerd via bloed of bloedproducten. Zij verzorgen hiermee de informatievoorziening over hiv aan hun achterban en aan professionals in de zorg. De NVHP maakt ook onderling contact en ondersteuning mogelijk met de bijdrage van het Aids Fonds.

Aantal mensen met hiv per stad waar zij behandeld worden ¹³			
Randstad		Buiten Randstad	
Amsterdam	5.769	Tilburg	638
Rotterdam	1.795	Groningen	557
Den Haag	1.082	Maastricht	491
Utrecht	1.024	Nijmegen	417
Leiden	422	Arnhem	410
Haarlem	262	Eindhoven	346
		Enschede	298
		Zwolle	240
		Alkmaar	192
		Leeuwarden	173
		Vlissingen	82
	10354		3844

¹³ Jaarverslag Stichting Hiv Monitoring 2008, tabel 4

Stigma en discriminatie

Uit onderzoek dat het Aids Fonds in 2008 heeft gepubliceerd in samenwerking met de Universiteit Maastricht en Erasmus Universiteit blijkt dat bijna alle mensen met hiv ervaringen hebben met discriminatie en uitsluiting^m. De determinanten van stigmatisering bij ziekte in het algemeen zijn al eerder onderzocht¹⁴). Stigmatisering neemt toe naarmate een ziekte ernstiger is, als deze snel wordt overgedragen, als mensen vinden dat de ziekte het gevolg is van verkeerd gedrag en als ze voorkomt bij groepen die al gediscrimineerd worden. Door het onderzoek weten we in welke situaties mensen met hiv het meest stigma ervaren. Discriminatie door de eigen groep scoort hoog. Dit is te zien bij homomannen, etnische minderheden en bij drugsgebruikers. Verder ervaren mensen met hiv stigmatiserende berichten in de media en discriminerende reacties van hulpverleners in de gezondheidszorg. Onderzoek naar wat er binnen deze specifieke omgevingen gebeurt en kan worden verbeterd is daarom nu de volgende stap.

Financiering infectieziekte- en soa-aidsbestrijding

Hieronder vindt u een overzicht van de structurele activiteiten en financiering in de infectieziekte-, soa- en aidsbestrijding in Nederland. Voor een deel is hierin seksuele gezondheid opgenomen. Eenmalige projecten, vaak via sponsors gefinancierd, zijn buiten beschouwing gelaten. De financiering die specifiek gericht is op seksuele gezondheid is evenmin in dit schema opgenomen.

Doel(groep)	Organisatie	Subsidie 2008
Coördinatie en onderzoek infectieziektebestrijding		
Coördinatie infectieziektebestrijding	RIVM/Centrum voor Infectieziektebestrijding	€ 27,5 miljoen (VWS)
versterking van de infrastructuur voor de infectieziektebestrijding en onderzoek	ZonMw	€ 1,4 miljoen (VWS)
kennis over (kosten)effectieve preventie en de toepassing ervan vergroten en vernieuwende en kansrijke (kosten)effectieve preventiemogelijkheden ontwikkelen	ZonMw	€ 14,9 miljoen (VWS)
Monitoring en onderzoek hiv en aids		
Epidemiologische trends en het effect van behandeling.	Stichting Hiv Monitoring	€ 2,5 miljoen (NZa)
Amsterdamse Cohortstudies	Stichting Hiv Monitoring i.s.m. UVA, AMC, UMC, Sanquin	€ 0,5 miljoen (RIVM)
Subsidiemogelijkheden Wetenschappelijk onderzoek	Aids Fonds	Het Aids Fonds heeft jaarlijks een onderzoeksbudget van ongeveer € 1.250.000,-

¹⁴ Arjan E. Bos, Stigma and social interaction. Maastricht 2001

Landelijke soa/hiv-preventie		
MSM	Schorer	€ 2.060.000 (RIVM)
Etnische minderheden	Soa Aids Nederland	€ 432.000 (RIVM)
Jongeren	Soa Aids Nederland	€ 372.000 (RIVM)
Prostitutie	Soa Aids Nederland	€ 337.000 (RIVM)
Mensen met hiv	Hiv Vereniging Nederland	€ 180.000 (RIVM)
Drugsgebruikers (infectieziekte breed)	Mainline	€ 133.000 (VWS)
Publieksvoorlichting, documentatiecentrum en infolijn	Soa Aids Nederland	€ 824.000 (RIVM)
Corporate en communicatie	Soa Aids Nederland	€ 535.000 (RIVM)
Ondersteuning intermediairs	Soa Aids Nederland	€ 465.000 (RIVM)
Soa Aids Beleid	Soa Aids Nederland	€ 414.000 (RIVM)
Regionale aidsbestrijding		
Regionale preventie	Gemeentelijke gezondheidsdiensten, regionale gezondheidsnota's	Gemeentesubsidie via Wet Publieke Gezondheid, beschreven in regionale gezondheidsnota's
Behandeling		
soa poli	Regionale soa-poli	€ 14,9 miljoen (VWS)
Huisartsenzorg	huisartsen	onbekend
Hiv-behandeling	Hiv Behandelcentra	€ 115 miljoen in 2005 en € 230 miljoen in 2015 (schatting SHM, 2008)

Politieke ontwikkelingen die gevolgen kunnen hebben voor de aidsbestrijding

Het VWS-beleid

Op 26 mei 2009 hield staatssecretaris Bussemaker van Volksgezondheid een lezing over het overheidsbeleid rond seksualiteit en relaties. Zij kondigde aan dat zij eind van het jaar samen met de minister van VWS een brief zal schrijven over seksuele gezondheid. In haar lezing kondigde de staatssecretaris de volgende uitgangspunten aan:

- De overheid zal zich met de seksuele gezondheid blijven bemoeien;
- Het is een plicht van de overheid om scherpe grenzen te trekken, bijvoorbeeld ten aanzien van de gelijke behandeling tussen jongens en meisjes, het betwisten van homoseksualiteit als volwaardige seksualiteit en het gebruik van geweld.
- De overheid zal sturen om de vrijheid en autonomie van het individu mogelijk te maken
- soa problematiek is een uitdaging waarop de overheid een antwoord moet vinden.

Ontwikkelingen hiv/soa-preventie gericht op prostituees.

In het najaar van 2009 wordt het wetsvoorstel prostitutie en handhaving misstanden in de seksbranche gepresenteerd in de Tweede Kamer. Afhankelijk van de uitkomst zullen binnen verschillende sectoren drastische wijziging in de aanpak doorgevoerd worden. Zo vereist de nieuwe wet wellicht andere interventiestrategieën, waardoor de huidige gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening belemmerd kan worden. Soa Aids

Nederland schat in dat de wetgeving waar registratie van prostituees centraal staat hoogstwaarschijnlijk negatieve gevolgen zal hebben op de bereikbaarheid van prostituees. Hierdoor dreigen preventie-interventies, toegang tot zorg, informatie en veilige werkomgeving te verslechteren. Door het voorgestelde registratiesysteem wordt de focus geheel gelegd op het tegengaan van mensenhandel. De wijze waarop deze problematiek wordt aangepakt dreigt ten koste te gaan van de gezondheidszorg en het preventieaanbod gericht op dat deel van de sector dat niet met mensenhandel te maken heeft. Het voorstel versterkt de maatschappelijke positie van de prostituee niet, terwijl dit juist noodzakelijk is. Bovendien wordt gevreesd dat de registratie van zelfstandig werkende prostituees ertoe zal leiden dat prostituees uit het formele circuit stappen. Dat is zeker het geval als aan registratie geen voordelen voor de prostituee zijn verbonden.

Staatkundige veranderingen overzeese gebiedsdelen Koninkrijk der Nederlanden

Bonaire, St. Eustatius en Saba (BES-eilanden) worden binnenkort gemeenten van Nederland en zullen geen deel meer uitmaken van het land Antillen. Curaçao, Aruba en St. Maarten (CAS-eilanden) zullen afzonderlijke landen gaan vormen binnen het Koninkrijk. De verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg op de CAS-eilanden ligt primair bij deze landen zelf. De Nederlandse regering staat open voor een aanvullende rol in de aidsbestrijding als daar vanuit de eilanden om gevraagd wordt. Nederland wordt wel verantwoordelijk voor de gezondheidszorg op de BES-eilanden.

Aids Fonds

Keizersgracht 392
1016 GB Amsterdam

Contactpersoon Ronald Berends

Titel Subsidiekader Vernieuwingsprojecten 2009 - 2010

Datum Augustus 2009

Pagina 20 van 59

2. Analyse knelpunten in de Nederlandse aidsbestrijding

In dit hoofdstuk worden knelpunten genoemd die gesignaleerd zijn in de Nederlandse aidsbestrijding. De basis voor dit hoofdstuk vormen interviews met achttien experts uit de Nederlandse aidsbestrijding. De respondenten zijn deskundig op de terreinen onderzoek, beleid, belangenbehartiging en uitvoering. Bij de experts die zich bezig houden met uitvoering van projecten is vooral gekozen voor deskundigheid voor de doelgroepen 'mannen die seks hebben met mannen', 'mensen met hiv' en 'mensen afkomstig uit landen waar hiv veel voorkomt'. Het Aids Fonds heeft er in haar strategisch beleid voor gekozen zich vooral op deze groepen te richten. Een samenvatting van de interviews is te vinden in de bijlage.

De analyse is aangevuld met de informatie afkomstig uit de literatuur, vermeld in hoofdstuk 1 van dit subsidiekader.

Epidemiologie

- Niet alleen de prevalentie, maar ook de incidentie moet worden gemeten

De prevalentie geeft het totale aantal hiv-geïnficeerden aan. De incidentie geeft aan hoeveel nieuwe infecties hebben plaatsgevonden. De incidentie geeft informatie over het verloop van de epidemie. Veel nieuwe infecties duidt niet alleen op een sterke groei van de epidemie. Daarnaast weten we ook dat het infectierisico tien tot twaalf maal groter is wanneer mensen recent geïnficeerd zijn. Het meten van de incidentie vergt dat er aanvullende tests worden gedaan bij een positieve diagnose.

Momenteel wordt alleen de prevalentie gemeten. Een van de obstakels is dat het lastig te meten is. Er is een nieuwe manier om te meten of een infectie recent is overgedragen: de STARHS-methode (zie pagina 3). Deze is nog niet breed ingezet. Ook de STARHS methode verlengt de periode maar kort waarover uitspraken gedaan kunnen worden over het moment van infectie.

Het meten van de incidentie is niet belangrijk voor een adequate zorg. Het aantal CD4-cellen is richtinggevend. Op basis van de virale load kan het overdrachtsrisico worden gemeten. Gedragsveranderingen worden zichtbaar in de gedragsstudies.

- Onvoldoende epidemiologisch onderzoek op de Nederlandse Antillen

Op de Nederlandse Antillen wordt door de Stichting Hiv Monitoring (SHM) bijgehouden hoeveel mensen met hiv zorg krijgen. Er is geen goed onderzoek beschikbaar over de prevalentie op de Antillen. Ook zou het goed zijn om te weten in welke groepen hiv voorkomt op de Antillen. Voor preventiebeleid is het nodig te weten hoe hoog het aantal infecties is bij MSM, in de prostitutiesector, onder migranten en onder de algemene bevolking.

- Meer kennis over de verspreidingsroute van hiv nodig

Voor het maken van de juiste keuze met betrekking tot preventie is het nodig om goed inzicht te hebben over de wijze waarop hiv zich verspreidt. Uit berekeningen van de SHM blijkt dat wellicht 90 procent van de infecties wordt verspreid door mensen die niet op de hoogte zijn van hun serostatus ^(c). Dat zou betekenen dat de focus veel meer moet op het vinden van infecties. Doelgroepen moeten goed geïnformeerd worden over het gevaar van primaire infecties en het feit dat deze vooral te vinden zijn bij mensen die nog niet op de hoogte zijn van hun serostatus. Ook de zorg en preventie en partnerwaarschuwing gericht op de groep 'recent geïnfectederden' kan daarin een doorslaggevende rol spelen.

Uit verschillende studies blijkt dat hiv in de helft van de gevallen wordt overgedragen via vaste relaties. Vaak wordt een verschil onderzocht tussen verspreiding via vaste of losse partners. Op dit moment wordt door de GGD Amsterdam onderzocht wat de rol is in de verspreiding van hiv via een derde groep die te onderscheiden is: de vaste minnaars. Hiv verspreidt zich namelijk snel wanneer individuen in een groep tegelijkertijd vaste relaties onderhouden met elkaar ('concurrent partnerships'). Het bestaan van gelijktijdige relaties is een van de factoren die heeft bijgedragen aan de snelle verspreiding van hiv in Afrika.

Preventie

- Preventie via gedragsbeïnvloeding blijft het belangrijkste middel om aids te bestrijden. De grootste uitdaging is langdurig gedragsbehoud

De hiv-epidemie blijft zich uitbreiden, vooral vanwege de verdere verspreiding onder MSM. Het afremmende effect van een lagere virale load bij mensen met hiv die onder behandeling zijn lijkt tegen te vallen. Ook omdat naar berekeningen van de SHM naar schatting 90 procent van de infecties wordt overgedragen door mensen die niet op de hoogte zijn van hun hiv-status. Nieuwe preventiemethoden zijn nog niet zo ver dat zij gebruikt kunnen worden of zijn niet geschikt voor Nederland ¹⁵. Onder jonge homoseksuelen is een afname te zien van het veilig vrijen. Eenderde van de MSM vrijt niet altijd veilig, gemeten over de laatste zes maanden ^(b). Het is de vraag op welke manier dit aantal teruggebracht kan worden. Het is moeilijk om gedrag te veranderen, in het bijzonder op langere termijn. Respondenten noemden kansen en mogelijkheden om de aidsbestrijding te verbeteren. Zo zouden de aidspreventie en de preventie gericht op andere chronische aandoeningen meer gebruik kunnen maken van elkaars expertise. Interventies gericht op gezond eten en bewegen zijn immers ook gericht op langdurige gedragsverandering. Een andere mogelijkheid om verbetering te realiseren is het stellen van prioriteiten. Experts zouden op landelijk niveau, zoals in het Platform Soa en Seksuele Gezondheid, kunnen vaststellen welke interventies het meest effectief zijn. Vervolgens kunnen zij een plan uitvoeren om effectieve interventies optimaal te implementeren. Het Centrum Gezond Leven is begonnen met het registreren van goed beschreven en bewezen effectieve interventies. De Gezondheids-Bevorderende Instellingen die subsidie van ontvangen van het RIVM hebben zich geëngagementeerd aan het goed aanleveren van alle goed beschreven interventies in de openbare gezondheidszorg.

¹⁵ Van mannenbesnijdenis weten we dat het effect onder homoseksuelen in de westerse wereld waarschijnlijk niet groot is (aanbeveling WHO over mannenbesnijdenis). Momenteel worden nog trials uitgevoerd met PrEP (ook onder groepen homoseksuelen), PEP is geen preventief middel. In het geval van microbiciden en vaccins heeft nog geen proof of concept plaatsgevonden. Serosorteren is een preventiemiddel dat alleen in individuele gevallen kan worden aanbevolen en toegepast. De virale load en het risico op soa's speelt een rol bij dit individuele advies.

- Focus op versterken preventie gericht op MSM

Zoals eerder genoemd lukt het de laatste jaren gemiddeld 70 procent van de groep MSM om bij elk anaal contact condooms te gebruiken. Het is belangrijk om dit vrijgedrag vast te houden. Het versterken van de norm ten aanzien van veilig vrijen, kan bijdragen aan daadwerkelijke gedragsverandering. Succesvolle interventies met een groot bereik, zoals het MANToMAN project, kunnen breder worden ingezet. Zij kunnen worden versterkt met methoden die ook effectief bleken te zijn, zoals de interventie gericht op mannen die zich niet laten testen (Queermasters). Nieuwe interventies zouden zich moeten richten op persoonlijke situaties. De preventie kan beter inspelen op de houding en het gedrag van verschillende groepen in verschillende situaties. De ontwikkeling van gedragsinterventies gericht op migranten, recent gediagnosticeerden en MSM die middelen gebruiken is nodig. De aandacht voor veilige seks gericht op mannen met hiv wordt in een breder kader voor seksuele gezondheid opgenomen door Schorer en de Hiv Vereniging. Schorer heeft oog voor deze ontwikkelpunten en zij zetten hierop activiteiten uit. Dit is nog in de ontwikkelfase. Het is nog niet duidelijk wanneer de ontwikkeling van deze interventies gereed is.

- De preventie bereikt jonge MSM onvoldoende

De groep jonge MSM met hiv is relatief klein. Maar preventiewerkers en hulpverleners maken zich zorgen over een stijging van het aantal diagnoses. Jongeren zijn minder veilig gaan vrijen. De campagnes gericht op scholieren blijken effectief, ook voor homojongeren. Al wordt hierin volgens een van de respondenten nog onvoldoende aandacht besteed aan anale seks. MANToMAN spreekt MSM aan die al wat ouder zijn. Er zou een hiaat kunnen bestaan in het preventieaanbod dat jonge homomannen tussen 18 en de 25 bereikt. Schorer onderzoekt dit momenteel. Schorer zegt dit knelpunt op te pakken en onderzoekt mogelijkheden voor een interventie, die eind 2009 gereed moet zijn

- De preventie gericht op MSM met hiv moet verder worden ontwikkeld

Soa Aids Nederland heeft met geld van het Aids Fonds protocollen ontwikkeld om mensen met hiv te ondersteunen bij vragen over seksuele gezondheid en veilige seks. Een groot deel van de aidsconsulenten in de behandelcentra is getraind om hierop goede zorg te verlenen. De zelfhulpgids die MSM moest coachen bij veilig vrijen, ontwikkeld en geëvalueerd door de Universiteit van Maastricht is in de praktijk niet bruikbaar. Het Aids Fonds heeft TNO gevraagd uit te zoeken welke implementatieproblemen er zijn rond dit project en vier andere. Een effectieve interventie die specifiek is gericht op MSM met hiv is nu niet voorhanden. Voor de ontwikkeling van een effectieve interventie is meer informatie nodig over het vrijgedrag van deze mannen, de redenen waarom ze onveilig vrijen en de manier waarop ze risicoreductiestrategieën toepassen. De Hiv Vereniging en de GGD Amsterdam hebben toegezegd dat zij gaan uitzoeken of het zin heeft het ledenpanel van de Hiv Vereniging bij dit onderzoek te betrekken. Het is het Aids Fonds niet bekend wanneer dit gereed is. Schorer en de Hiv Vereniging werken samen aan de opzet voor een plan ter ondersteuning van de seksuele gezondheid voor mensen met hiv.

- Prevalentie van hiv onder MSM met een niet-Nederlandse achtergrond rechtvaardigen sterke preventieactiviteiten gericht op deze groep

Uit de meest recente cijfers van de Stichting Hiv Monitoring blijkt dat 27 procent van de MSM met hiv in Nederland niet uit Nederland afkomstig is. Zij vormen 39 procent van de

totale groep migranten met hiv in Nederland. Wanneer interventies worden ontwikkeld voor preventie gericht op MSM met hiv moet rekening worden gehouden met het feit dat een substantieel deel van de MSM behoort tot de groep etnische minderheden. Ongeveer de helft van deze mannen zijn Westerse migranten. De andere helft is afkomstig uit de hele wereld: Latijns Amerika, de Cariben, Oost Europa, Azië en Afrika. Schorer heeft kleine activiteiten gericht op preventie voor MSM afkomstig uit etnische minderheidsgroepen. Ook GGD's hebben hier een belangrijke taak. Het RIVM maakt extra budget vrij voor regionale aidsbestrijding gericht op etnische minderheden. Voor zover bekend zijn er geen specifieke groepen voor buitenlandse MSM met hiv.

- Meer landelijke coördinatie nodig op preventie gericht op etnische minderheden

De groep etnische minderheden in Nederland is groot en divers. Interventies zijn beschikbaar maar niet voor alle doelgroepen. Het effect is beperkt onderzocht. De interventies zijn niet overal waar nodig geïmplementeerd. De aanbevelingen van Research voor Beleid om interventies in te zetten via peer education, scholen, groepsactiviteiten, gebedshuizen, outreach-testen en massamediale campagnes worden voor een deel al uitgevoerd. Soa Aids Nederland streeft ernaar dat effectieve interventies op het terrein van hiv-preventie gericht op etnische minderheden worden opgenomen in de database van het Centrum voor Gezond Leven. Er lijkt behoefte aan een landelijke stuurgroep waar prioriteiten worden vastgesteld voor de inzet en verdere ontwikkeling van interventies en doelgroepen. Het ligt voor de hand dat Soa Aids Nederland dit organiseert.

- Preventieve interventies gericht op etnische minderheden onderzoeken op effect. Taboe bestrijden op hiv binnen deze groepen. Religieuze leiders betrekken bij de oplossing

De interventies gericht op het voorkomen van hiv onder etnische minderheden zijn maar beperkt geëvalueerd. We weten niet precies welke effectief zijn. Van de aanbevelingen die Research voor Beleid heeft gedaan, worden outreach-testen en het betrekken van religieuze leiders bij het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid als mogelijke effectieve methoden genoemd. Soa Aids Nederland heeft hiermee al ervaring opgedaan door middel van een gospelcompetitie met het thema 'soa's en hiv'.

We weten niet precies waarom bepaalde soa's meer voorkomen onder etnische minderheden dan onder de algemene bevolking. Wel is bekend dat het taboe op praten over seks en seksuele gezondheid groot is. Ook stigmatisering van mensen met hiv komt veel voor. Het werpt barrières op voor zowel hiv-preventie als voor de ondersteuning van mensen met hiv. Het Aids Fonds investeert in het bestrijden van het taboe onder etnische minderheidsgroepen. Interventies gericht op religieuze leiders zijn nog niet beschikbaar, terwijl de leiders een belangrijke rol binnen in de gemeenschappen vervullen en zij relatief eenvoudig bereikbaar zijn. Aan de door het Aids Fonds ingezette interventieontwikkeling gericht op genderspecifieke preventie is behoefte, dit project is nog niet afgerond. Een andere interventie waar stakeholders mogelijkheden zien is het vaker inzetten van outreach-activiteiten. Omdat migranten minder snel naar de soa-poli gaan, is het wellicht effectiever migranten te bereiken op plaatsen waar zij samenkomen.

- Preventie van soa's gericht op jongeren goed geëvalueerd maar laag kennisniveau en veel onveilig gedrag bij deelnemers van ROC instellingen

Op basis van de uitkomsten Seks onder je 25e in 2005 werd door de verschillende betrokken partijen geconstateerd dat er een serieus hiaat is in het seksuele

gezondheidsaanbod gericht op ROC's. Dit werd door een van de experts in de interviews beaamd. Het kennisniveau is laag en er is veel onveilig gedrag onder de deelnemers van de ROC's. De GGD Rotterdam heeft het initiatief genomen om soa-testen te stimuleren onder ROC-jongeren.

In navolging hierop werd een subsidieaanvraag geschreven en ingediend (en gehonoreerd) bij ZonMw (programma Seksuele gezondheid voor de jeugd) door GGD Rotterdam samen met Rutgers Nisso Groep, Soa Aids Nederland en Universiteit Maastricht voor de ontwikkeling van een lesprogramma seksuele gezondheid voor ROC's. Dit ontwikkelingstraject is 1 februari dit jaar gestart. Tegelijkertijd loopt het ontwikkelingstraject herziening Lang leve de Liefde voor jongeren in de onderbouw van het voortgezet onderwijs. Binnen dit programma wordt ruim aandacht besteed aan het verbeteren van de kennis van jongeren in het voortgezet onderwijs (ook bij de ROC's).

Testen en screenen

- Verder aanscherpen actief testen op hiv nodig

Als een hiv-infectie tijdig ontdekt wordt is deze goed te behandelen en kan gezondheidsschade worden voorkomen. Gezondheidsschade komt vaker voor als hiv laat ontdekt wordt. Nadat zij bekend zijn met hun positieve hiv-status gaan de meeste individuen veiliger vrijen. Bovendien kan dan ondersteuning worden geboden bij het veilig houden van de seks. Zoals al eerder aangegeven, wordt het grootste deel van de infecties overgedragen door mensen die niet op de hoogte zijn van hun infectie. Hiv wordt sneller overgedragen kort nadat iemand geïnfecteerd is of wanneer een van beide sekspartners een andere soa heeft. Het tijdig opsporen van hiv- en soa-infecties is daarom van groot belang.

Volgens de Adviescommissie Actief Testen en counselen is aanscherping van het actief hiv-testbeleid onder doelgroepen noodzakelijk. De adviescommissie bedoelt hiermee: MSM, mensen met een seropositieve partner, mensen met veel wisselende seksuele partners, mensen afkomstig uit hiv-endemische gebieden en injecterende drugsgebruikers. Voor deze groepen zou de test actief aangeboden moeten worden. Dit wordt nu al zo gedaan bij bezoekers van de soa-poli. Sinds 2007 wordt ook aanbevolen mensen uit risicogroepen die de huisarts bezoeken een hiv-test aan te bieden.

- Het testbeleid kan in een aantal professionele settings verbeterd worden

Het aantal MSM dat zich ooit op hiv heeft laten testen stijgt gestaag. De zogenaamde 'opting out'-strategie op de soa-poli leidt tot een groot percentage tests onder bezoekers van de soa-poli's,

Nog niet alle soa-poliklieken in Nederland gebruiken de sneltest, terwijl mensen zich eerder laten testen als ze niet lang op de uitslag hoeven te wachten. Daarnaast geldt een aantal soa's als indicator voor een verhoogd risico op hiv. Deze zogenoemde indicatorziekten moeten in protocollen voor actiever hiv-testen worden opgenomen.

Zoals al eerder aangegeven zouden GGD's meer migranten kunnen bereiken wanneer testen op locatie worden aangeboden (outreach-testen).

- Mede vanwege de toename van primaire infecties, het grote aantal onbekend positieven en de co-infecties moet de kwaliteit van de partnerwaarschuwing verbeteren

Verskillende epidemiologische ontwikkelingen bij hiv leiden tot de conclusie dat het belang van partnerwaarschuwing groot is:

- Een toenemend aandeel van de gevonden infecties is recent overgedragen. Personen met een recente hiv-infectie zijn infectieuzer doordat hun afweersysteem het virus nog niet onderdrukt.
- Er zijn modellen die ervan uitgaan dat van 90 procent van de infecties wordt overgedragen door mensen die niet op de hoogte zijn van hun infectie. Voor hun gezondheid is het van belang om deze mensen snel op te sporen.
- De mensen die niet op de hoogte zijn van hun status zijn vaak infectieuzer dan gemiddeld is. Dit komt doordat zij geen medicijnen gebruiken die het virus onderdrukken.

Voor het tegengaan van verdere verspreiding van hiv is het van belang mensen met een hoger risico op overdracht van hiv te vinden en zorg en ondersteuning te bieden.

- Daarnaast is vaak sprake van een co-infectie die de transmissierisico's verhoogt.

Soa Aids Nederland concludeert op basis van een onderzoek onder GGD's dat het draaiboek partnerwaarschuwing goed bekend is bij verantwoordelijke hulpverleners. Zij geven aanbevelingen om het draaiboek praktischer te maken en vaker onder de aandacht te brengen bij GGD-medewerkers.

Uit een expertmeeting georganiseerd door het RIVM en het Erasmus MC blijkt dat het draaiboek voor partnerwaarschuwing breder geïmplementeerd kan worden. Het draaiboek kan beter aansluiten op de behoefte van de hulpverlener. Het aanbod verschilt per instelling en wordt niet consistent opgevolgd. Verder blijkt dat er onvoldoende afstemming en samenwerking is tussen huisartsen, poli-verpleegkundigen en hiv-consulenten. Het is niet bekend wat het resultaat is van partnerwaarschuwing wanneer deze goed wordt uitgevoerd, omdat niet wordt bijgehouden hoeveel infecties zo worden gevonden of voorkomen. De ondersteuning bij dilemma's waar hulpverleners mee te maken krijgen kan misschien ook worden verbeterd. Tot slot onderzoek naar effectieve buitenlandse methoden tot nieuwe inzichten kunnen leiden.

- Inzicht nodig in mogelijk negatieve bijeffecten van het actievere testbeleid

Door het actievere testbeleid neemt de druk op soa-poli's en andere testaanbieders toe. Dit kan ten koste gaan van de kwaliteit van de counseling voor het veilig houden van de seks. Zowel voor seronegatieven als seropositieven. Op dit moment weten we niet of en zo ja in welke mate de kwaliteit van de counseling is afgenomen. Ook is niet bekend of het inzetten van nieuwe media voor de counseling een manier is om de druk op de poli's op een verantwoorde manier te verlagen.

- Thuis testen voor soa's en hiv biedt niet dezelfde kwaliteit als professionele zorg

De thuis test voor hiv is betrouwbaar als deze voorzien is van een keurmerk en als de instructie goed gevolgd wordt. Het is niet bekend hoe vaak de test gebruikt wordt. De soa-testen zijn minder betrouwbaar. Omdat het testbeleid in Nederland gericht is op het geïntegreerd aanbieden van zowel soa- als hiv-testen biedt het thuis testen volgens Soa Aids Nederland niet de juiste kwaliteit. Soa Aids Nederland geeft de voorkeur aan de test in professionele settings omdat er dan persoonlijke begeleiding mogelijk is.

- Mogelijk nut actiever testbeleid buiten de bestaande risicogroepen

In Nederland is sprake van een geconcentreerde epidemie binnen enkele risicogroepen: MSM, mensen uit hiv-endemische gebieden en injecterende drugsgebruikers. Het actievere testbeleid richt zich volledig op deze groepen, maar ook op mensen met een seropositieve partner en mensen met veel wisselende seksuele contacten. Het aantal mensen met hiv buiten deze groepen is klein maar niet nul. Een van de respondenten pleit voor het nadenken over het actiever aanbieden van hiv-testen aan mensen die niet onder de genoemde risicogroepen vallen. Dit om de aandacht voor mogelijke infecties buiten de risicogroepen niet te verliezen. Dit zou kunnen via bijvoorbeeld een nationale hiv-testdag.

Behandeling en zorg

- Er moet geanticipeerd worden op veranderingen in de zorgvraag en het ziektebeeld

Zoals eerder genoemd krijgen mensen met hiv vaker te maken met klachten die samenhangen met de normale gevolgen van het ouder worden. Daarnaast zijn er ook nog klachten die samenhangen met de hiv-infectie en de gevolgen van het medicijngebruik. Er is meer inzicht nodig in de aard en herkomst van deze klachten zodat hierop in de zorg tijdig geanticipeerd kan worden.

Het aantal mensen met hiv blijft stijgen. We moeten rekening houden met een toename van de druk op de behandelcentra. Er wordt al beperkt onderzoek gedaan naar het onder voorwaarden inzetten van de tweedelijnszorg. Maar er zou ook moeten worden uitgezocht of het aantal behandelcentra kan worden uitgebreid.

Er is een toename gesignaleerd van het aantal vijftigplussers die met hiv in behandeling komen. Er zijn ook signalen dat het aantal MSM met hiv jonger dan 20 jaar stijgt. Voorlopige conclusies van een kwalitatieve studie van Volle Maan wijst uit dat mensen met hiv niet goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden om van therapie te veranderen bij bijwerkingen. Zij zijn ook niet goed op de hoogte van de mogelijkheden hun slikregime beter te laten aanpassen bij hun behoefte. Het lijkt erop dat patiënten zeer blij zijn met de levensverlengende medicijnen maar dat zij minder mondig zijn geworden.

- Onderzoek en informatie nodig over voorkomen overdracht van hepatitis C en anaal carcinoom bij homomannen met hiv

Hepatitis C lijkt seksueel te worden overgedragen bij mensen met hiv. Al eerder waren er vermoedens dat hepatitis C mogelijk zou worden overgedragen via seksuele technieken waarbij bloed vrijkomt. Uit de gezondheidszorg komen nu signalen dat overdracht plaatsvindt bij MSM met hiv via seksueel contact waarbij geen bloed vrijkomt. Op dit moment gaat het nog om een kleine groep. Hepatitis C is echter een ernstige ziekte en er is meer informatie nodig om preventieve interventies uit te kunnen zetten. Daarnaast komt ook anale kanker vaker voor bij MSM met hiv. Een belangrijke vraag is of screening en vaccinatie tegen HPV-virussen een zinvolle bijdrage zouden kunnen leveren aan het voorkomen van anale kanker.

- Discriminatie van mensen met hiv in de zorgsector moet worden bestreden

Een van de plaatsen waar taboe en stigmatisering tot ongewenste situaties leiden is de gezondheidszorg. Dit blijkt uit onderzoek van de Universiteit Maastricht maar ook uit signalen van hulpverleners. Interventies die de kennis over hiv en overdrachtsrisico's bij

hulpverleners die niet dagelijks met hiv werken zijn een manier op het stigma te verkleinen. Deze interventies moeten er ook toe leiden dat hulpverleners zich bewust zijn van opmerkingen en gedrag dat als stigmatiserend wordt ervaren.

Ondersteuning mensen met hiv

- Het aanbod van de Hiv Vereniging in de regio's verschilt enorm. Het is moeilijk om vrijwilligers te vinden

De meeste mensen met hiv leven in de Randstad. Iets meer dan veertig procent leeft in Amsterdam. Het ondersteuningsaanbod voor onderling contact en ondersteuning concentreert zich derhalve ook in Amsterdam. De verenigingsstructuur van de Hiv Vereniging werkt minder goed in de regio. Het is moeilijk om vrijwilligers te vinden en het is lastig om reguliere financiering in de regio te vinden voor dit doel. De directeur van de Hiv Vereniging overweegt te onderzoeken of onderling contact en informatieoverdracht ook georganiseerd kunnen worden via hiv-behandelcentra. Via de centra kunnen thema-avonden worden georganiseerd voor lotgenoten. Bijvoorbeeld specifiek voor vrouwen en/ of etnische minderheden, die in de huidige structuur onvoldoende bereikt worden in regio's met onvoldoende vrijwilligers.

- Het ondersteuningsaanbod voor etnische minderheden met hiv is versnipperd, onvoldoende regionaal verspreid en er wordt niet geïnvesteerd in capaciteitsopbouw van de vrijwilliger

Zelfhulpgroepen van mensen met hiv uit andere culturen voelen zich niet thuis bij de Hiv Vereniging. Het Aids Fonds biedt een klein bedrag om activiteiten mee uit te voeren. De groepen zijn vooral actief in Amsterdam. In Groningen is een actieve groep en er zijn activiteiten in Rotterdam. Voor de mensen die in andere regio's wonen is dit een probleem. Ook al wonen de meeste mensen binnen een uur afstand van een project zijn er andere barrières om deel te nemen. Bijvoorbeeld reiskosten en kinderopvang. Daarnaast zijn de concepten 'zelfhulpgroep' of 'vrijwilligerswerk' in veel culturen niet bekend. Op een enkele uitzondering na wordt echter gewerkt met vrijwilligers. Deze vrijwilligers zijn niet getraind in het leiden van groepen en het organiseren van activiteiten. Conflicten binnen vrijwilligersgroepen zijn vaak moeilijker op te lossen dan conflicten in een professionele setting en structuur. De zelforganisaties beschikken echter niet over de middelen om aan capaciteitsopbouw te doen. Ook bestaat er nu geen landelijke structuur waarin de groepen samen aan een nationale oplossing voor een beter ondersteuningsaanbod werken.

- De problematiek rond on-gedocumenteerden en mensen met een tijdelijke verblijfsvergunning blijft nijpend

On-gedocumenteerden met hiv kunnen onder voorwaarden een bijdrage voor levensonderhoud ontvangen van een gemeentefonds of van het Aids Fonds. Deze bijdrage is volgens zelforganisaties echter te laag om van te leven, waardoor mensen een beroep moeten doen op hun omgeving. Een van de voorwaarden om deze bijdrage te ontvangen is dat er uitzicht is op een tijdelijke verblijfsvergunning op medische gronden. Mensen die eenmaal een tijdelijke verblijfsvergunning hebben ontvangen, hebben recht op een maandelijkse bijdrage van de overheid. De overheid staat niet toe dat mensen met een tijdelijke verblijfsvergunning werken. Deze regel maakt mensen die relatief gezond zijn toch

langdurig afhankelijk van hun omgeving. De zelforganisaties stellen dat dit tot schrijnende situaties leidt die ook negatieve effecten hebben op de overdracht van hiv.

- De betrokkenheid van mensen met hiv bij alle lagen van de aidsbestrijding (GIPA-principe) moet in Nederland meer gelden voor migranten met hiv

Het Aids Fonds vindt het belangrijk dat mensen met hiv op alle niveaus betrokken worden bij de aidsbestrijding. Internationaal wordt dit aangeduid met de term: Greater Involvement of People Living with HIV/AIDS (GIPA-Principe). Betrokkenheid van mensen met hiv vergroot de kwaliteit van de aidsbestrijding en het biedt mensen de kans op te komen voor hun belangen.

Migranten met hiv worden beperkt betrokken bij beleidsontwikkeling. Het is echter van belang om de betrokkenheid van etnische minderheden bij besluitvorming te verhogen. Voor wetenschappelijk onderzoek wordt er wel vaak een beroep gedaan op deze groep. Bij het betrekken van etnische minderheden wordt vaak geen rekening gehouden met het aanbieden van een vergoeding voor de kosten die zij moeten

In Nederland zijn etnische minderheden met hiv als professional ondervetegenwoordigd. De vraag is of en op welke manier het percentage etnische minderheden in de aidsbestrijding te verhogen.

- Er moeten concrete interventies komen gericht op het bestrijden van stigmatisering en discriminatie in de meest voorkomende en meest schrijnende situaties

Discriminatie van mensen met hiv komt heel veel voor. Het kan hinderlijk zijn of in ernstiger mate leiden tot uitsluiting. Het beïnvloedt de kwaliteit van leven van mensen met hiv op een negatieve manier en leidt soms tot psychische klachten. Stigmatisering leidt ook tot gezondheidsklachten omdat mensen uit angst voor het stigma geen hiv-test durven doen. Of omdat zij hun omgeving niet om steun durven vragen, of hun pillen niet durven innemen in het bijzijn van anderen. Stigmatisering komt vooral veel voor in de eigen groep: homomannen onderling, drugsgebruikers onder elkaar en onder etnische minderheden. Discriminatie komt ook veel voor in de hulpverlening, een plek waar dat echt voorkomen moet worden.

We weten dat mensen met hiv zich vaak gediscrimineerd voelen; hier heeft het Aids Fonds in 2008 onderzoek naar laten doen. Ook zijn, uit eerder onderzoek, de algemene determinanten van stigma bekend. Om discriminatie aan te pakken moet je niet alleen weten wat mensen met hiv ervaren maar ook wat anderen ertoe brengt om zich op een bepaalde manier te gedragen. Alleen dan kunnen effectieve interventies worden ontwikkeld om stigma aan te pakken. Een interventie zou kunnen inhouden dat homomannen door voorlichting bewust worden gemaakt van de discriminerende gedragingen. Een andere interventie zou kunnen zijn dat hulpverleners worden getraind in het bespreekbaar maken van stigma. Door te laten zien wat het inhoudt om te leven met hiv kunnen mensen er meer mee vertrouwd raken. Discriminatie neemt af wanneer meer mensen weten dat hiv in het dagelijkse leven niet overdraagbaar is en dat de levensperspectieven goed zijn.

Politieke en beleidsontwikkelingen

- Anticiperen op veranderingen in wet- en regelgeving

Eind 2009 worden drie veranderingen verwacht die gevolgen kunnen hebben voor de nationale aidsbestrijding; het VWS-beleid Seksuele Gezondheid (eind 2009), de Kaderwet

Prostitutie (najaar 2009) en de staatkundige veranderingen van de overzeese gebieden van het Koninkrijk de Nederlanden (voorbereiding gestart in 2009). (Zie pagina 11.)
Soa Aids Nederland houdt de ontwikkelingen rond het VWS beleid seksuele gezondheid nauwlettend in het oog. Het Aids Fonds organiseert een politiek debat om aandacht te vragen voor het thema seksuele gezondheid van prostituees nu de Kaderwet Prostitutie wordt ontwikkeld. Het Aids Fonds en Soa Aids Nederland werken gezamenlijk aan een strategisch beleid om vanuit Nederland een bijdrage te leveren aan een effectieve aidsbestrijding op de Antillen en Aruba.

Aids Fonds

Keizersgracht 392
1016 GB Amsterdam

Contactpersoon Ronald Berends

Titel Subsidiekader Vernieuwingsprojecten 2009 - 2010

Datum Augustus 2009

Pagina 30 van 59

3. Overzicht vernieuwingsprojecten 2004 – 2008

Het Aids Fonds heeft in de jaren 2004-2008 jaarlijks subsidie uitgezet om de aidsbestrijding in Nederland te verbeteren. Daarbij is gebruik gemaakt van verschillende bronnen. Soa Aids Nederland schreef in 2004 een totaaloverzicht over de stand van zaken in de soa en aidsbestrijding in Nederland. Dit bood het Aids Fonds inzicht in de hiaten in de aidsbestrijding en het gaf mogelijkheden voor uitwerking van het subsidiebeleid. Hieronder worden kort de thema's genoemd waarop het Aids Fonds projecten heeft uitgezet.

Onderwerp	Oplossing	Wie werkt aan oplossing?	Afgerond?
Taboe op hiv	Taboe op hiv in migrantengemeenschap aanpakken	GGD Rotterdam/ Groningen/Amsterdam en Soa Aids Nederland	december 2009
	Bewustzijn hiv in homo-gemeenschap versterken	Schorer, i.s.m. GGD Rotterdam/ Amsterdam	maart 2011
Preventie	intensivering homo-hiv-preventie	Schorer i.s.m. GGD Rotterdam/ Amsterdam	2009
	Intensiveren samenwerking zelforganisaties	NAMIO	december 2009
	Preventie genderspecifiek maken	RNG	januari 2010
	Intensivering aidspreventie in Curaçao	Dokters van de Wereld	maart 2009
	Implementatieproblemen onderzoeken bij effectieve interventies	TNO	december 2009
Testen	Drugsgebruikers actiever test aanbieden	Mainline	2008
	Preventie en testen gericht op asielzoekers versterken	Soa Aids Nederland	2008
Betere zorg	Ondersteuning seksuele gezondheid mensen met hiv verbeteren	Soa Aids Nederland	2008
	ondersteuning mensen met hiv uit Sub-Sahara Afrika bij veilig vrijen ontwikkelen	TNO	december 2009
	beeldmateriaal ontwikkelen voor aidsconsulenten	Soa Aids Nederland	2007
	Publicatie over 'Oud worden en hiv'	Redactie o.l.v. Cees Smit	december 2009
Ondersteunen mensen met hiv	Vergroten diversiteit achterban Hiv Vereniging	HVN	april 2011
	Onderzoek naar ervaren stigmatisering van mensen met hiv	Universiteit Maastricht	2008

Aids Fonds
Keizersgracht 392
1016 GB Amsterdam

Contactpersoon Ronald Berends
Titel Subsidiekader Vernieuwingsprojecten 2009 - 2010
Datum Augustus 2009
Pagina 32 van 59

4. Conclusie en aanbevelingen

4.1 Conclusie

Het Aids Fonds is betrokken bij mensen die getroffen worden door de hiv epidemie. Een van de vijf doelstellingen van het Aids Fonds is dan ook het versterken van de positie van mensen met hiv.

Het Aids Fonds reageert snel op ontwikkelingen en investeert in projecten die niet of onvoldoende door anderen worden opgepakt. Het Aids Fonds bereikt een zo groot mogelijke impact door te investeren in projecten die daarna door anderen worden overgenomen. Projecten worden geselecteerd op grond van kwaliteit. De Adviescommissie Vernieuwingsprojecten signaleert vijf thema's binnen de Nederlandse aidsbestrijding die nu en volgend jaar dringend aandacht behoeven:

- Het snel opsporen van primaire infecties
- Het tegengaan van discriminatie van mensen met hiv
- Specifieke groepen binnen de groep MSM
- Preventie gericht op etnische minderheden
- Oud worden en hiv

Stijging primaire infecties

Door het actief testbeleid stijgt het aantal gevonden infecties. Het aantal positieve testuitslagen blijft stijgen. Ondanks dat de virale load afneemt bij mensen met hiv die behandeld worden daalt het aantal infecties niet. Aangenomen wordt dat het aantal recente infecties stijgt. Mensen die recent met hiv geïnfecteerd zijn hebben meer hiv in hun bloed. Het lichaam of de medicijnen onderdrukken de infectie nog niet. In de beginfase van de infectie zijn mensen daarom infectieuzer. Een groot deel van de infecties wordt overgedragen door mensen hun status niet kennen.

Het is voor de individuele gezondheid en voor de volksgezondheid van belang dat infecties snel gevonden worden. Bijvoorbeeld door de doelgroepen te wijzen op de symptomen waar zij op kunnen letten. Een andere mogelijkheid is infecties sneller opsporen door middel van intensivering van partnerwaarschuwing voor hiv.

De Adviescommissie Vernieuwingsprojecten adviseert om extra te investeren in het versterken in het opsporen van recente infecties. Bijvoorbeeld door het vergroten van het kennisniveau van de doelgroep, het versterken van de curatieve zorg of via het verbeteren van bron- en contactopsporing.

Verdere stijging epidemie onder MSM

De stijgende epidemie onder MSM blijft de grootste uitdaging in het Nederlandse aidsbeleid. Voorlopig blijft inzetten op gedragsverandering de meest effectieve manier om de epidemie in te dammen. Er zijn mogelijk hiaten in de preventie gericht op jonge homomannen, MSM uit andere culturen en MSM met hiv. De komende jaren is daarom mogelijk een extra investering nodig voor drie groepen: jonge homomannen, MSM uit andere culturen en MSM met hiv. Schorer en de GGD's werken aan deze problematiek.

Gezien de ernst en de omvang heeft het Aids Fonds de afgelopen jaren extra geïnvesteerd in de aanpak van stigma en in de intensivering van de preventie.

Het Aids Fonds zal de ontwikkelingen nauwlettend volgen. In 2010 wordt beoordeeld of deze problematiek nog extra investering vergt.

Versterken preventie etnische minderheden

Preventie gericht op etnische minderheden in Nederland vormt om meerdere redenen een uitdaging. De groep migranten is groot en divers. Etniciteit, religie en cultuur verschillen per groep. Daarnaast is de problematiek beperkt tot een aantal subgroepen. Landelijke afstemming kan binnen de beperkte budgetten wellicht tot een verbetering kunnen leiden in het aanbod.

Hieraan lijkt behoefte te bestaan. Soa Aids Nederland kan dit uitvoeren. Het effect van interventies wordt nog niet goed gemeten. De interventies die bewezen effectief zijn worden nog onvoldoende ingezet. Ideeën voor interventies die nog kunnen worden ontwikkeld zijn: outreach-testen en het inzetten van religieuze leiders bij het versterken van de seksuele gezondheid voor migranten met hiv.

Er zijn verschillende interventies ontwikkeld waarvan er maar enkele onderzocht zijn op effect. Evaluatie zou altijd een onderdeel moeten zijn van het ontwikkelen en implementeren van een nieuwe interventie. Daarnaast zijn er nieuwe interventies die veelbelovend kunnen zijn, bijvoorbeeld preventie via religieuze leiders of outreach-testen.

De Adviescommissie Vernieuwingsprojecten adviseert het Aids Fonds een concrete interventie uit te zetten gebaseerd op veelbelovende pilotprojecten.

Discriminatie mensen met hiv

Over het bestaan van stigma is veel bekend. Ook de oorzaken van discriminatie bij hiv zijn bekend. Er bestaan echter nog geen interventies om discriminatie tegen te gaan. In Nederland is niet een specifieke organisatie verantwoordelijk voor het bestrijden van discriminatie van mensen met hiv. Het Aids Fonds heeft dit probleem laten onderzoeken. De onderzoekers concluderen dat mensen met hiv zich vaak gestigmatiseerd voelen door mensen uit hun eigen groep, in de zorg en door de media. In deze specifieke settings zijn planmatige interventies nodig die stigmatisering en discriminatie tegengaan.

De Adviescommissie Vernieuwingsprojecten het Aids Fonds om concrete activiteiten te financieren gericht op het tegengaan van discriminatie op grond van hiv.

Oud worden en hiv

De groep mensen met hiv wordt groter en de gemiddelde leeftijd in de groep stijgt. De morbiditeit en mortaliteit nemen af, de co-morbiditeit neemt echter toe. De co-morbiditeit is het gevolg van de hiv-infectie, het medicijngebruik en de normale gevolgen van ouder worden. De gezondheidszorg en het ondersteuningsaanbod gericht op mensen met hiv moet anticiperen op een toenemende en veranderende zorgvraag.

Het Aids Fonds organiseert in 2009 twee expertmeetings over dit thema. Op 1 december 2009 komt er een boek uit over oud worden en hiv. 24 expert uit de Nederlandse aidsbestrijding werken hieraan mee.

De Adviescommissie Vernieuwingsprojecten adviseert het Aids Fonds in 2010 te onderzoeken of een extra investering nodig is om de aidsbestrijding tijdig te laten anticiperen op een veranderende zorgvraag van mensen met hiv.

4.2 Aanbevelingen

Thema's voor vernieuwingsprojecten 2009

De adviescommissie Vernieuwingsprojecten adviseert de Raad van Bestuur om in 2009 de volgende thema's voor subsidiëring in aanmerking te laten komen:

- 1. Bestrijden van discriminatie op grond van hiv**
Discriminatie van mensen met hiv te bestrijden in de situaties waarin zij deze het meest ervaren.
- 2. Intensiever opsporen van recente infecties.**
Het opsporen van recente infecties. Bijvoorbeeld via kennis vergroten bij doelgroep en intermediairs. Of via verbetering van de bron- en contactopsporing.

Thema's voor vernieuwingsprojecten 2010

- 1. Versterken preventie- en testbeleid gericht op etnische minderheden.**
De implementatie van een concreet praktijkproject om de preventie en het testbeleid gericht op etnische minderheden te versterken. De Adviescommissie Vernieuwingsprojecten adviseert het Aids Fonds te (laten) onderzoeken of een project gericht op het betrekken van religieuze leiders een effectief middel kan zijn om de aidsbestrijding gericht op etnische minderheden te versterken.
- 2. Anticiperen op veranderende zorgbehoeften mensen met hiv**
Beoordelen of naar aanleiding van het rapport 'Ouder worden met hiv' op 1 december 2009 een investering nodig is op het gebied van 'ouder worden met hiv' in het jaar 2010.
- 3. Hiaten in de preventie gericht op MSM monitoren.**
Beoordelen of voldoende voortgang is geboekt op het uitzetten van activiteiten op specifieke doelgroepen binnen MSM: jongeren, mannen met hiv en mannen uit een andere cultuur.

Aids Fonds
Keizersgracht 392
1016 GB Amsterdam

Contactpersoon Ronald Berends
Titel Subsidiekader Vernieuwingsprojecten 2009 - 2010
Datum Augustus 2009
Pagina 36 van 59

5. Bijlagen: samenvatting interviews stakeholders

5.1 Robert Witlox, directeur Hiv Vereniging Nederland

1. Versterking van het ondersteuningsaanbod in de regio

Het is lastig om een regionaal ondersteuningsaanbod via lokale afdelingen overeind te houden. De lokale fondsen drogen op. Het is moeilijker om vrijwilligers te krijgen voor een afdelingsstructuur nu steeds meer mensen met hiv aan het werk blijven. We moeten zoeken naar nieuwe manieren om de ondersteuning in regio's te organiseren. Opvangmogelijkheden dichtbij huis blijven echter hard nodig.

De opvang kun je wellicht beter coördineren rond de hiv-behandelcentra. Via de ziekenhuizen kunnen er cliëntengroepen worden opgericht. Deze groepen kunnen feedback geven aan de hiv-behandelcentra over de geleverde zorg, onderlinge ondersteuning bieden, informatie uitwisselen en lokaal voorlichting verzorgen. Denk bijvoorbeeld aan jaarlijkse informatieavond in samenwerking met hiv-behandelcentra over leven met hiv).

2. Uitbreiden van activiteiten gericht op het bestrijden van stigma, taboe en discriminatie

Uit recent onderzoek is gebleken dat de discriminatie die mensen met hiv ervaren groot is. Het Aids Fonds heeft via Schorer een project uitgezet gericht op homomannen. De GGD Rotterdam bestrijdt met geld van het Aids Fonds het taboe onder etnische minderheden. De Hiv Vereniging heeft projecten gericht op hiv en werk en medicatie.

De komende jaren blijft het nodig om stigma aan te pakken op drie niveaus: op cliëntniveau, op het terrein van de wetgeving en via beïnvloeden van de sociale omgeving.

3. Voorlichtingstaak uitbreiden in de regio

Stigmatisering kun je ook aanpakken door hiv een gezicht te geven. Via voorlichting op scholen door vrijwilligers kun je jongeren informeren over hiv en aids. We weten dat een verkeerd beeld over infectierisico's en ernst van de aandoening leidt tot meer stigmatisering. Daar kun je via voorlichting iets aan doen. Daarnaast kun je hiv letterlijk een gezicht geven.

Hiervoor moet de verenigingsstructuur in de regio's worden versterkt en er moet geïnvesteerd worden in het werven van vrijwilligers en het contact leggen met scholen..

5.2 Herman Schaalma, Work & Social Psychology, Universiteit Maastricht

1. Coördinatie nodig op preventie gericht op etnische minderheden

De groep etnische minderheden is zeer divers. Er zijn veel voorlichtings- en preventieactiviteiten gericht op etnische minderheden. Er gebeurt veel, maar het ontbreekt aan een goed overzicht. Dit is ook lastig te organiseren omdat de organisaties die deze activiteiten organiseren enorm verschillen voor wat betreft regio, grootte, doelgroep en deskundigheid. Er zijn een paar projecten in de grote steden die lange tijd lopen en redelijk beschreven zijn. De meerderheid van de projecten is summier beschreven en onvoldoende planmatig opgezet. Projecten zijn beter als er een onderzoeker aan het project verbonden is. Meestal zijn deze experts werkzaam bij de Universiteit, maar de GGD's hebben ook onderzoekers die deze taak kunnen vervullen.

De samenwerking tussen regio's zou beter kunnen. Er zijn wel pogingen gedaan maar het komt niet echt van de grond. Er is ook een probleem met de implementatie en het verkrijgen van vervolgfianciering. Er wordt onvoldoende naar het effect gekeken van interventies. Vaak blijft het op outputevaluaties steken.

Er is een coördinerende rol nodig. Dit zal leiden tot weerstand en gemopper. Maar er moet afstemming komen tussen organisaties met gezondheidsbevorderende capaciteit en met de zelforganisaties. Zelforganisaties kunnen de doelgroep bereiken maar je moet ze niet opzadelen met het ontwikkelen van preventieprogramma's. Daar zijn ze niet voor toegerust.

Wij hebben een overzicht gemaakt van interventies, maar er is een beperking op basis van kwaliteit van projectbeschrijvingen, dat wil zeggen dat ze als beschrijving volstrekt onvoldoende waren voor post hoc-evaluatie, zijn ze buiten het onderzoek gehouden. Een groot aantal van de projecten in de inventarisatie betrof kortdurende projecten. Dit sluit aan bij het punt dat er te weinig aandacht is voor continuering van projecten na afloop van de projectfase.

Over de gehele linie zie je dat er weinig aandacht is voor onderzoek zoals pretest en evaluatie. In geval van samenwerking met universiteiten of in geval van grote GGD's wordt dit inderdaad beter. Een vergelijkbare conclusie kan getrokken worden over de theoretische onderbouwing van de inhoud van programma's: vaak doet men maar wat, op basis van ervaring en goed verstand.

Algemeen: qua planmatigheid is er veel te winnen, de samenwerking tussen gezondheidsbevorderende organisaties kan verbeteren, het gebruik van onderzoekcapaciteit kan beter en de samenwerking met zelforganisaties kan versterkt en we kunnen beter anticiperen op continuering.

Wat ik zelf nog zou willen toevoegen is het belang van goede rapportage. Zonder goede rapportage is overdracht van projecten onmogelijk, zowel binnen de eigen organisatie als tussen organisaties. Een groot knelpunt, het niet onderkennen van het belang van een goede rapportage van interventies in termen van doelstellingen + onderbouwing, inhoud + onderbouwing, implementatie. Kan op basis van intervention mapping of PREFFI.

- Prof. Dr. Herman P. Schaalma, is op 25 juli 2009 overleden.

En om een lans te breken voor mijn eigen aanvraag bij de WAR – zelforganisaties moeten van meet af aan actief betrokken worden bij onderzoeks- en preventieactiviteiten: participatory action research. Samenwerking blijft nu teveel hangen in een adviserende rol; onderzoeksmethodieken zijn traditioneel, minderheden worden niet betrokken bij dataverzameling en analyse.

2. Versterken homo-hiv-preventie

Er wordt gemopperd over de preventie gericht op homomannen. Een paar jaar geleden was er een bijeenkomst met experts die aanbevelingen hebben gedaan over de preventie gericht op homomannen. Wat is er met de resultaten gebeurd? Indicatief is wellicht dat GGD Rotterdam veel zelfstandig doet.

3. Soa en hiv-bestrijding gericht op jongeren gaat goed

De soa en hiv-preventie gericht op jongeren loopt goed. Jongeren zijn via scholen goed bereikbaar. De programma's zijn planmatig opgezet en de continuïteit is goed en van een constante kwaliteit.

Het is wat dit betreft ook makkelijker om landelijke programma's aan te bieden natuurlijk. Maar ook de samenwerking tussen betrokken organisaties is over het algemeen prima, bijvoorbeeld tussen Soa Aids Nederland en GGD Amsterdam.

5.3 Udi Davidovich, onderzoeker, GGD Amsterdam

1. Preventie gericht op homoseksuelen met hiv komt niet echt van de grond

Interventies gericht op homoseksuelen met hiv moeten geïntensiveerd worden. De ontwikkelde zelfhulp gids (Van Kesteren) is moeilijk toepasbaar gebleken. Schorer is bezig met het ontwikkelen van een interventie en het aanpassen van de interventie van Van Kesteren. En de GGD Amsterdam is begonnen met een project in samenwerking met Gilead om een interventie te ontwikkelen voor homoseksuelen die net een positieve testuitslag ontvangen hebben.

Wat nodig is is onderzoek naar de rol van primaire infectie en de rol van virale load. De GGD doet onderzoek naar risicoreductiestrategieën, zoals serosorteren (positief/positief en negatief/negatief), strategische positionering (top is negatief, bottom is positief) en virale sortering (lage virale load). Binnen het cohort wordt gemeten of deze strategieën bewust of onbewust worden gehanteerd en of ze 'correct/zorgvuldig' toegepast worden. Verder wordt er geprobeerd te kijken of deze strategieën wel enigszins bescherming aanbieden tegen hiv- infecties. Omdat er binnen het cohort weinig seroconversies plaatsvinden, duurt het enige tijd voordat gemeten kan worden welke strategieën leiden tot meer en welke tot minder infecties.

2. Interventies nodig gericht op recent geïnfekteerden

Het aantal homoseksuelen dat jaarlijks positief getest wordt, stijgt. Jaarlijks krijgen meer dan 500 homoseksuelen een positieve testuitslag. Deze zijn onder te verdelen in twee groepen. De recent geïnfekteerden en de mannen die al langer geleden geïnfecteerd zijn. De mannen die onlangs geïnfecteerd zijn en nog in de fase van de primaire infectie zitten (soms tot drie maanden na infectie) hebben een hele hoge virale load en zijn daarom erg infectieus bij onveilige seks. De mannen die al langer geïnfecteerd zijn, hebben een lagere virale load omdat het lichaam het virus onderdrukt. Maar zij hebben weer een hogere virale load dan mannen die hiv-remmers gebruiken. Een interventie gericht op veilig seksueel gedrag van mannen die recent te horen hebben gekregen dat zij geïnfecteerd zijn is daarom hard nodig.

3. Er is een cohortstudie nodig om seropositieve homoseksuelen langdurig te volgen

Risicoreductiestrategieën worden vooral onderzocht bij negatieve mannen. Maar om de epidemie goed te kunnen volgen en de juiste interventies te kunnen ontwikkelen is ook inzicht nodig in de ontwikkelingen in het gedrag van seropositieve homoseksuelen. De GGD Amsterdam gaat kijken of dit kan worden georganiseerd in samenwerking met het panel dat de Hiv Vereniging Nederland gaat opzetten. Voor structurele inbedding zijn fondsen nodig.

4. Er moet puur klinisch onderzoek komen naar transmissierisico's bij ondetecteerbare virale load

Als uit onderzoek zou blijken dat een lage virale load de transmissie tot bijna nul zou reduceren, dan zou dat enorme gevolgen hebben voor de kwaliteit van leven van mensen met hiv. En het zou stigma bestrijden. Als mensen niet meer infectieus zijn, hebben zij minder te maken met afwijzend gedrag, nemen de zorgen af voor het mogelijk infecteren van een ander en zou de sociale positie sterk verbeteren. De discussie over het Zwitserse standpunt moet worden ondersteund door eenduidig klinisch onderzoek. Het huidige onderzoek is nog niet eenduidig genoeg.

5. Intensivering nodig van op de persoon toegesneden gedragsinterventies

Recent onderzoek toont aan dat de mate waarin onveilige seks plaatsvindt, verschilt per context. Per context geldt ook een andere norm en die verandert ook gedurende de tijd. Schorer en de GGD Amsterdam doen hier onderzoek naar met geld van het Aids Fonds. Tot slot moet informatie over risicoreductiestrategieën leiden tot betere informatie. Samenvattend:

- Context
 - soort relatie: vaste relatie / losse relatie / vaste minnaar
 - plaats van actie: thuis / sauna / kroeg / park
- Sociale norm
 - De sociale norm verschilt per groep en per context. De norm verandert ook gedurende de tijd.
- Risicoreductiestrategieën: hoe vaak past men ze toe en in welke mate zijn ze effectief?
 - serosorting (positief/positief en negatief/negatief)
 - strategische positionering ('top' is negatief, 'bottom' is positief) en
 - virale sortering (lage virale load).

5.4 Marjo Taal en Jan van Bergen, Programma Intermediairs, Soa Aids Nederland

1. Hiv-incidentie moet worden gemeten, niet alleen de prevalentie

In Nederland wordt bij een positieve testuitslag niet vastgesteld of het om een recente infectie gaat of niet. Hierdoor weten we weinig over de hiv-incidentie. Je zou willen weten hoe de epidemie zich ontwikkelt en bij welke groepen. Zodat je tijdig beleid kunt bijstellen.

In de VS weten we bijvoorbeeld dat vooral de incidentie toeneemt onder jonge homomannen. Hoe is dat in Nederland? Hiv is onzichtbaar geworden in deze groep. Jongeren zien het probleem wellicht niet meer zo. En er is een stijging gemeten van onveilige seks bij deze groep.

2. Implementatieproblemen hiv-sneltest

De hiv-sneltest toont minder snel een hiv-infectie aan dan de vierde generatie laboratorium testen. Dat komt omdat de sneltest niet test op p24 antigeen. Dit leidt tot discussies over het wel of niet aanbieden van de sneltest bij instellingen die de hiv-test aanbieden, waardoor er geen uniform beleid in Nederland is rond hiv-sneltesten. Er komt een sneltest op de markt die wel kan testen op p24 antigeen. Tot die tijd is een extra kwaliteitstoets nodig. Een test die recente infecties niet aantoonst is gevaarlijk voor het individu maar ook voor de volksgezondheid omdat dit juist de fase is waarbij de virale load erg hoog is en dus het risico op overdracht bij onveilige seks. Ook zijn er weerstanden bij professionals om überhaupt een sneltest te gebruiken. Men ziet te weinig meerwaarde.

3. Borgen actief testbeleid bij huisartsen

Een substantieel deel van de mensen met hiv is nog niet op de hoogte van hun infectie. Binnen de meest getroffen groepen in Nederland (MSM en mensen afkomstig uit hiv-endemische gebieden) wordt te weinig op hiv getest. Vanwege het 'opting out'-beleid op hiv-testen bij de soa-poli zie je daar een sterke stijging van het aantal testen op hiv. Bij de huisartsen zie je een dergelijke stijging niet. Dit ligt niet aan een laag kennisniveau van de huisartsen, ze zijn goed geïnformeerd. Een mogelijke verklaring zou onderrapportage kunnen zijn. De hiv-test zou wellicht geregistreerd kunnen zijn onder de stijging van het aantal soa-testen bij huisartsen.

4. Inzicht nodig in praktijk rond thuis testen voor soa en hiv

Er is weinig zicht op thuis testen op hiv en soa's. In tegenstelling tot veel soa-tests kan de thuis test voor hiv redelijk betrouwbaar zijn. Toch geeft Soa Aids Nederland de voorkeur aan het testen in een professionele setting. Omdat daar aan ondersteuning, counseling en eventueel aan partnerwaarschuwing kan worden gedaan. En omdat de kwaliteit van de testen internet vaak niet gegarandeerd is. Er moet een keurmerk komen voor de kwaliteit van deze testen. Onderzoek naar gebruikers van thuis testen en hun ervaringen met deze tests zou belangrijke input voor beleid kunnen opleveren. De minister wil hierover bij alle thuis- en internettesten helderheid scheppen.

5. Onderzoek en informatie nodig voor hepatitis C en anuscarcinoom bij homomannen met hiv

Het is bekend dat hepatitis C vaker voorkomt bij homomannen met hiv. Er werd gedacht aan een bloed-bloedcontact via seksuele technieken. Steeds vaker zijn er signalen via de hulpverlening dat overdracht plaatsvindt naar homomannen die geen seksuele technieken beoefenen waarbij bloed-bloedcontact plaatsvindt. Hepatitis C is een ernstig probleem. Het komt nu nog niet veel voor maar het is verstandig om deze signalen serieus te nemen en snel te onderzoeken. Ook de informatie over hepatitis C aan homomannen met hiv moet worden geïntensiveerd.

Ook anuscarcinoom komt meer voor bij homomannen met hiv en dit geeft veel onrust bij goed geïnformeerde MSM. Moet er gescreend worden, net als bij baarmoederhalskanker? Moet er gevaccineerd worden? Informatie en onderzoek naar de rol van HPV, inenting tegen HPV en klinisch onderzoek en richtlijnontwikkeling bij mensen met hiv zijn nodig om beter te anticiperen op de stijging van gevallen van anuscarcinoom bij mannen met hiv.

6. Versterken partnerwaarschuwing bij hiv-diagnose

Ondersteuning bij partnerwaarschuwing door hulpverleners kan beter. Het belang van partnerwaarschuwing moet beter over het voetlicht worden gebracht bij hulpverleners. Wellicht in samenwerking met onderzoek. Methodieken kunnen worden uitgebreid en training kan worden geïntensiveerd. Op deze manier kunnen infecties eerder worden gevonden en vaak ook in een fase waarin recent geïnfekteerden zeer infectieus zijn bij onveilige seks.

7. Onderzoek nodig naar mogelijke negatieve bijeffecten van actiever testbeleid

Het actiever testbeleid leidt ertoe dat mensen zich vaker laten testen en dat de hiv-test normaler wordt. Alle energie is op dit moment gericht op het testen op hiv van zoveel mogelijk mensen uit risicogroepen. Nu het beleid langzaam zijn vruchten afwerpt is het goed de aandacht ook te richten op mogelijke schadelijke bijeffecten van de hiv-test. Worden bijvoorbeeld hiv-negatieven nog wel gecounseld op veilig vrijen? Kun gedifferentieerd counselen bijvoorbeeld bij mensen die risico op hiv hebben gelopen – aangetoond door een anale soa's? Leidt normalisering van testen tot minder angst voor hiv en minder veilig vrijen?

5.5 Iris Shiripinda, Programma Etnische Minderheden, Soa Aids Nederland

1. Rechten van mensen met hiv bij verblijf op medische gronden te beperkt

Mensen met hiv die een verblijfsvergunning hebben gekregen op medische gronden mogen niet werken. Hiv vergt – in tegenstelling tot de meeste anderen aandoeningen – vooralsnog levenslange behandeling. Mensen met hiv moeten in staat worden gesteld hun leven op te bouwen en hiermee de kwaliteit van hun leven te vergroten.

Het is van vitaal belang om aandacht te besteden aan de problematiek van uitgeprocedeerde mensen met hiv die niet worden gerepatrieerd. Er moeten programma's komen om hun welzijn en toegang tot zorg te garanderen. (zie ook rapport IOM 2008).

2. Positive prevention moet worden uitgebreid naar MSM met een niet-Nederlandse achtergrond (vooral Afrikanen en Caraïbische mensen)

Het Aids Fonds heeft TNO-subsidie verstrekt voor het uitwerken van een interventie gericht op veilige seks voor Afrikanen met hiv. Een dergelijke interventie is ook nodig vooral voor MSM met hiv met een niet-Nederlandse achtergrond. Mensen uit het Caraïbisch gebied zijn moeilijk bereikbaar. MSM uit Sub-Sahara Afrika zijn op dit moment makkelijker te bereiken.

3. Outreach-activiteiten nodig voor informatie en condoomverstrekking gericht op etnische minderheden

Etnische minderheden moeten actiever benaderd worden door preventiewerkers. (Gratis) condooms en informatie moeten vaker in outreach-activiteiten worden aangeboden aan migranten.

4. Inzetten religieuze leiders voor taboedoorbreking, informatieoverdracht en onderlinge ondersteuning

Via religieuze leiders is het mogelijk om aandacht voor hiv en aids te krijgen. De leiders kunnen hiv en veilig vrijen bespreekbaar maken. De leiders kunnen een bijdrage leveren aan het tegengaan van stigmatisering van mensen met hiv in migrantengroepen. Ook discussies over homoseksualiteit, abortus en prostitutie kunnen via religieuze leiders worden gevoerd. Via religieuze evenementen en bijeenkomsten zoals in 2007, de gospelcompetitie (sing4life), kan taboe bestreden worden.

5. Onderzoek nodig naar determinanten prevalentie soa's onder etnische minderheden

We weten nog onvoldoende van de determinanten van soa's onder etnische minderheden. Er moet onderzoek komen naar de prevalentie van soa's bij deze groep.

6. Interventie nodig op het die het effect van gender op soa- en hiv-preventie aanpakt

RNG ontwikkelt op dit moment met subsidie van het Aids Fonds een interventie om het thema gender op te nemen in de preventieactiviteiten. Dit is van groot belang voor de preventie gericht op etnische minderheden.

5.6 Hans Polee, voorzitter Hiv Vereniging Nederland

1. Extra aandacht nodig voor taboebestrijding onder etnische minderheden

Stigmatisering en taboes binnen migrantengroepen blijft een apart aandachtsprobleem. Op dit moment loopt bij ons het project Diversiteit, maar elke aanvullende inspanning om hier iets aan te doen is welkom.

2. Lotgenotencontact vrouwen met hiv versterken

Binnen de HVN merken wij, dat vrouwen met hiv vaak moeilijk bereikbaar zijn. Zij voelen zich lang niet altijd thuis bij de HVN en het is voor ons heel lastig dit knelpunt op te lossen vanwege een gebrek aan vrouwelijke vrijwilligers. Het lijkt erop, dat vrouwen met hiv - zeker ook autochtone vrouwen - moeilijker aansluiting vinden bij lotgenoten dan mannen met hiv en zeker homomannen met hiv.

3. Er moet geanticipeerd worden op veranderingen in de zorgvraag en het ziektebeeld

Hoewel de hiv-behandeling de laatste jaren minder complex is geworden - eenvoudiger pillenregimes met minder pillen, minder innamevoorschriften en minder bijwerkingen - is er juist ook sprake van een toenemende complexiteit door een toenemende comorbiditeit. Hiv-positieven worden ouder en worden - mede door de medicatie - geconfronteerd met hart- en vaatziekten, diabetes en osteoporose, terwijl wij ook zien dat hiv-positieven duidelijk kwetsbaarder zijn voor een groot aantal kankers dan de algemene bevolking. Daarnaast speelt sinds enige tijd ook hepatitis C een bedreigende rol. Zowel door deze toenemende comorbiditeit als door het toenemend aantal hiv-positieven onder behandeling neemt de druk op de hiv-behandelcentra toe. Er zal over moeten worden nagedacht hoe dit opgevangen moet worden. Daarbij zal gekeken moeten worden naar een uitbreiding van de teams binnen de hiv-behandelcentra - nog meer multidisciplinair - naar een uitbreiding van het aantal hiv-behandelcentra, naar de taakverdeling binnen de centra - bijvoorbeeld de rol van de nurse practitioners -, naar meer samenwerking tussen de centra en naar de rol van de huisarts.

5.7 Josh Maiyo, projectmedewerker diversiteit, Hiv Vereniging Nederland

1. Capaciteitsopbouw nodig van zelforganisaties voor mensen met hiv

Zelfhulpgroepen voor en door mensen met hiv in Nederland krijgen geld van het Aids Fonds maar te weinig om te werken aan verdere professionalisering. Er zijn trainingen nodig om vrijwilligers te ondersteunen. Bijvoorbeeld bij projectmanagement en het werken met vrijwilligers. De vrijwilligers zitten vaak in een traject voor een verblijfsvergunning en hebben daardoor weinig geld en tijd. De meeste vrijwilligers hebben niet de ervaring en de opleiding om organisaties te leiden en programma's op te zetten en draaiende te houden. In het algemeen is het opleidingsniveau niet hoog. Training is hard nodig om de organisaties duurzaam, sterk en effectief te maken. Om impact in de community te maken is dit nodig.

2. Geen goede regionale spreiding voor ondersteuning van etnische minderheden met hiv

Het blijft belangrijk voor mensen met hiv om in een groep te zitten die onderling contact en ondersteuning biedt en aansluit bij je levensvisie. De meeste groepen voor etnische minderheden met hiv bevinden zich in Amsterdam. Groningen heeft ook een groep en in Rotterdam bestaat een professionele organisatie die ondersteuning biedt. Daardoor wordt er te weinig moeite gedaan om mensen in andere regio's te bereiken. Mensen die wel bereikt worden hebben vaak problemen met de reistijd en de reiskosten.

3. Coördinatie en afstemming nodig voor ondersteuning van mensen met hiv uit etnische minderheidsgroepen

Zelforganisaties doen allemaal hun eigen ding. Soms goed, soms minder goed. Het zou goed zijn een manier te vinden waarbij de organisaties gebruik zouden kunnen maken van elkaars ervaring en deskundigheid. Taken en activiteiten zouden ook beter op elkaar kunnen worden afgestemd. Er zou ook een coherente nationale benadering moeten zijn voor de planning van projecten en de activiteiten. Impact en effect moeten daarbij leidend zijn. Samenwerking tussen zelforganisaties versterkt ook de toegang tot financiële middelen en leidt tot efficiënte inzet van menskracht.

4. Regels verblijfsvergunning op medische gronden hebben schadelijke effecten voor mensen met hiv

Mensen met hiv die een verblijfsvergunning hebben op medische gronden mogen niet werken. Dit leidt in veel gevallen tot een situatie die slecht is voor de bestrijding van hiv. Een situatie als de volgende doet zich veel voor. Iemand kan niet werken, vrienden of familie in het herkomstland zijn afhankelijk van mensen hier. Dat maakt dat iemand hier weer afhankelijk is van iemand die wel geld heeft. Vanwege het taboe op hiv zijn mensen niet open over hun status. Dit zijn geen ideale omstandigheden om verdere overdracht van hiv te voorkomen. De overheid moet het beleid zodanig wijzigen dat mensen met hiv met een verblijfsstatus op medische gronden onafhankelijk worden.

5.8 Felix Agbebo, Voorzitter Positive Africans Mutual Aid

1. Inkomen van on-gedocumenteerden is te laag

On-gedocumenteerden hebben recht op zorg maar niet op een vergoeding voor de kosten van levensonderhoud. Het Aids Fonds verstrekt onder een aantal voorwaarden een bijdrage van € 360 per maand. Dit is te weinig om de kosten van levensonderhoud te kunnen dragen. Daarnaast leidt het incasseren van de ziekenhuisrekeningen van soms meer dan € 20.000 tot veel stress.

2. Verblijfsvergunning op medische gronden verbiedt werken

Mensen met hiv zonder verblijfsvergunning mogen niet werken, terwijl ze vaak gezond zijn omdat de medische behandeling goed gaat. Mensen voelen zich gediscrimineerd en buitengesloten. Ook ten opzichte van andere mensen met hiv die vaak wel werk hebben.

3. Capaciteitsopbouw zelfhulpgroepen nodig

Zelfhulpgroepen hebben weinig financiële middelen en draaien op vrijwilligers. Deze vrijwilligers zijn vaak niet opgeleid of getraind voor dit werk. Mensen voelen zich vaak heel verantwoordelijk voor de groep en hun leden maar hebben training nodig om het aanbod te professionaliseren.

4. Subsidiecriteria van het Aids Fonds niet helder

Zelfhulpgroepen en hun leden hebben onvoldoende zicht op de criteria van het Aids Fonds voor subsidie. Waarom krijgt de een wel een koelkast van het Aids Fonds en de ander niet? Ook de subsidiecriteria voor de organisatie als geheel is onduidelijk. Waar moet dit precies aan voldoen? Is het mogelijk hierop een training te krijgen?

5. Leden van zelfhulpgroepen missen de themaweekenden

In voorgaande jaren waren ledenweekenden mogelijk voor zelfhulpgroepen. Het Aids Fonds heeft nu de maximale bijdrage per groep vastgesteld op € 15.000,- Dit bedrag is onvoldoende om ledenweekenden van te organiseren. De leden missen deze weekenden omdat er veel inhoudelijke thema's werden besproken. Het bespreken van deze onderwerpen kan de kwaliteit van leven verbeteren. Voorbeelden zijn: overdracht van hiv, gezonde voeding, bewegen tegengaan stigma, openheid over hiv, sociale positie, werk en inkomen.

6. Betrokkenheid van etnische minderheden bij besluitvorming moet omhoog

Mensen met hiv afkomstig uit etnische minderheidsgroepen worden onvoldoende betrokken bij beleidsontwikkeling en bij besluitvormingsprocessen. Het Aids Fonds zou ook meer moeten opkomen voor de belangen van etnische minderheden met hiv bij de overheid.

7. Stigmatisering en uitsluiting nog steeds een groot probleem

Een van de leden van PAMA is onlangs ontslagen vanwege de hiv-status. Besteedt meer aandacht aan het bestrijden van stigma en taboe onder etnische minderheden.

5.9 Evert van der Veen, GGD Rotterdam

1. Een kleine groep mannen met hiv vrijt onveilig en levert een gevaar op voor de volksgezondheid

Van het totaal aantal homomannen gebruikt maar een paar procent consequent geen condoom. Ondanks dat deze groep klein is, leidt dit tot een groot risico op hiv. Er zijn nieuwe, creatieve ideeën nodig voor interventies gericht op deze groep.

2. Er is een stijging van het aantal zeer jonge homomannen met hiv (18-25 jaar)

Het kennisniveau met betrekking tot hiv-overdracht onder de jonge homomannen is hoog. Het lukt echter niet om altijd veilig te vrijen. Er zijn maar beperkt interventies voorhanden. De interventies die er zijn (bijvoorbeeld Waaghals en de prins) zijn verouderd.

3. Meer testen, meer counselen en minder druk op de soa-poli

De druk op de soa-poli is hoog vanwege het toenemende aantal tests. Triage moet ertoe leiden dat vooral de hoogrisicogroepen getest worden. Dit gaat vaak ten koste van laagrisicogroepen en van de counseling rond veilig vrijen. Er moet gezocht worden naar nieuwe methoden die het aantal testen verhogen, de counseling verbetert en de druk op de poli verlaagt. Dit kan door een betere afstemming en samenwerking van het aanbod tussen huisartsen, laboratorium, soa-poli en internet.

4. Testen op locatie voor migranten nodig

Migranten in Rotterdam laten zich niet snel op soa-testen. Rotterdam is daarom gaan testen op locatie. Uit een eerste kleine peiling blijkt het aantal gevonden soa's en hiv-infecties procentueel groot. Testen op locatie onder etnische minderheden moet breder ingezet worden.

5. Uitbreiding succesvolle interventie MANtotMAN nodig

Het Aids Fonds heeft een groot deel gefinancierd van de internetsite MANtotMAN. Uit de analyses blijkt dat veel mannen gebruik maken van de informatie op de website en dat zij gebruik maken van het testaanbod in de laboratoria. Er ligt nu een kans om de site uit te breiden met effectieve interventies die niet breed geïmplementeerd zijn. Daarnaast zou het testaanbod moeten worden uitgebreid naar regio's buiten de Randstad.

6. ROC-populatie scoort hoog op risico, laag op kennis en vaardigheden

In Rotterdam is 90 procent van de deelnemers van de ROC onderwijsinstellingen afkomstig uit een etnische minderheidsgroep. 15 procent is afkomstig uit Zuidelijk Afrika. De jongeren weten weinig van hiv, hebben niet de vaardigheden om veilig te vrijen en hebben een link met hoogrisicopopulaties. Een interventie gericht op deze groep is hard nodig.

5.10 Arjan Bos, onderzoeker, Universiteit Maastricht

Stigmatisering van mensen met HIV

1. Interventies nodig gericht op zorgsector, media, homogemeenschap en drugsgebruikers

Mensen ervaren veel stigma in de zorgsector. Er moeten daarom interventies komen gericht op professionals die werken in de zorgsector. Binnen de eigen groepen (homogemeenschap, drugsgebruikers) wordt ook vaak gediscrimineerd. Uit het onderzoek naar ervaren stigma weten we dat stigmatisering een groot taboe is onder homomannen. Daarom is ook aanvullend onderzoek nodig naar stigmatisering van mensen met hiv binnen de homogemeenschap. Waarschijnlijk wordt dit onderzoek naar stigmatisering binnen de homogemeenschap al in voldoende mate afgedekt door het Aids Fonds-project bij Schorer. Seronegatieve drugsgebruikers reageren ook erg negatief op seropositieve drugsgebruikers. Meer inzicht over hiv-stigma binnen de groep drugsgebruikers is nodig en stigmareductie-interventies zijn gewenst (b.v. gericht op zorgverleners).

2. Meer inzicht nodig over specifieke context waarin stigmatisering van hiv zich afspeelt

We weten welke factoren een rol spelen bij stigmatisering van mensen met hiv. We weten ook in welke situaties mensen met hiv-stigma en uitsluiting ervaren. Maar over bepaalde contexten hebben we meer specifieke kennis nodig. Bijvoorbeeld stigma in de media. Wat houdt dat in? Waardoor voelen mensen met hiv zich gestigmatiseerd? Meer onderzoek naar hiv-stigma in de media is nodig en er zal gekeken moeten worden hoe stigmatisering in de media gereduceerd kan worden.

Mensen met hiv voelen zich vaak ook gestigmatiseerd door professionals in de zorgsector. Er moet worden uitgezocht wat er precies gebeurt en wat hiertoe leidt. Zowel bij professionals als mensen met hiv. Op basis van deze kennis kunnen bijvoorbeeld trainingsprogramma's worden ontwikkeld voor professionals. Dit thema wordt ook door de belangenvereniging als belangrijk ervaren.

3. Er moeten 'theory and evidence based'-interventies ontwikkeld worden om stigmatisering te reduceren. Deze stigma-interventies moeten ook op een goede manier geëvalueerd worden
4. Er is onderzoek nodig naar de rol die angst voor stigmatisering speelt bij testgedrag en therapietrouw

Uit buitenlands onderzoek blijkt dat angst voor stigmatisering hierbij een rol speelt en een negatief effect kan hebben op de gezondheid. Onderzoek moet uitwijzen of dit ook in sterke mate voorkomt in Nederland en hoe dit veranderd kan worden.

5.11 Cor Blom, Elly Hassink en Melissa Diaz, Programma Soa Aids Beleid, Soa Aids Nederland

1. Winst te behalen met intensiveren hiv-testen

Bij een aantal groepen moet het testbeleid geïntensiveerd worden. Bij jonge homomannen is een stijging te zien in onveilig vrijen. Het internet is al geruime tijd de populairste manier van mannen om met elkaar in contact te komen. Etnische minderheden testen zich niet zo snel op hiv. Op deze groepen zou een intensiever testbeleid moeten worden ingezet en moeten nieuwe interventies worden uitgezet.

2. Duurzaam vasthouden van gedragsverandering is een groot probleem

We weten hoe lastig is om een gedragsverandering tot stand te brengen. Veilig gedrag vasthouden is eveneens een groot probleem. Komen we er zoals we er met de huidige aanpak? Een kleine groep wil niet veilig vrijen en dat is net de groep die een hoog risico loopt op hiv en verdere verspreiding ervan. Ook informatie over risico op hepatitis C leidt niet tot veilig vrijen. Actief testen is wellicht een alternatief?

3. Positief effect ondetecteerbare virale load op indammen epidemie lijkt beperkt

Veel mensen met hiv hebben een ondetecteerbare virale load en zijn minder infectieus. Toch blijft het aantal mensen met hiv stijgen. Een actiever testbeleid heeft veel 'oude' infecties opgespoord maar er worden nu ook veel recente infecties gevonden. De Stichting Hiv Monitoring heeft berekend dat veel infecties worden opgelopen via mensen die niet weten dat ze geïnficeerd zijn. Preventie blijft daarom een belangrijk middel om de epidemie te keren.

4. Analyse nodig van de meest efficiënte interventies

Kiezen we de juiste instrumenten om hiv te bestrijden? Schrikeffect en confrontatie werkten in het verleden, hoe kunnen we hiv weer een kwestie maken? Een advies in de jaren '80 om minder wisselende partners te nemen had een preventief effect. Internet maakt het mogelijk dat mannen met dezelfde seksuele voorkeuren elkaar vinden. Dat zorgt voor situaties die niet publiekelijk beïnvloedbaar zijn. Ook hier zijn subgroepen te definiëren waar een actief opsporingsbeleid effectief zou zijn.

5. Aandacht nodig voor oud worden met hiv

Mensen met hiv worden steeds ouder en dit gaat gepaard met andere aandoeningen. Dit wordt veroorzaakt door hiv, door de medicijnen en door klachten die samenhangen met het normale proces van ouder worden. Er is inzicht nodig in de factoren en er moet beleid komen in de zorgcentra gericht op deze klachten. Er moet ook nagedacht worden over de extra druk die op de zorg komt wanneer nieuwe preventieve technieken als Prep en PEP breed worden ingezet. Een verschuiving van de tweede- naar de eerstelijnszorg zou een financieel en capaciteitsprobleem kunnen oplossen.

6. Intensiveren aidsbestrijding van hiv op de Antillen

De hiv-prevalentie op de Antillen is met 1-2 procent in de leeftijdscategorie 18 tot 49 jaar hoog. Bonaire, Sint Eustatius en Saba worden gemeenten van Nederland. De aidsbestrijding zal vanuit Nederland geregeld moeten worden. De infectieziektebestrijding moet hiermee rekening houden. Curaçao, Aruba en Sint Maarten zijn binnenkort onafhankelijke landen binnen het Koninkrijk. Inmenging door de Nederlandse regering zal niet snel gebeuren. Er zijn veel partijen actief op de Antillen maar er is nog weinig politieke steun het onderwerp inhoudelijk en financieel als prioriteit te benoemen. Nederlandse en Curaçaose NGO's zouden hiervoor kunnen lobbyen.

7. Er is een follow up nodig op het stigmaonderzoek

Recent onderzoek van het Aids Fonds toont aan dat stigmatisering breed ervaren wordt onder mensen met hiv. We moeten nu weten wat er precies gebeurt in de settings die genoemd zijn. Dat is nodig om een interventie te bedenken en te implementeren.

8. Hoe kijkt het Aids Fonds aan tegen aidsbestrijding als onderdeel seksuele gezondheid?

Er is een beweging gaande waarin aids- en soa-bestrijding steeds meer worden gezien als onderdeel van seksuele gezondheidsbevordering. Hoe kijkt het Aids Fonds tegen deze ontwikkeling aan? Kun je hierop inspelen? Zou het Aids Fonds ook campagnes kunnen steunen om weerbaarheid van mensen te versterken? Dit is ook voor veilig vrijen een belangrijk thema?

9. Landelijk forum nodig voor concrete afstemming op hiaten, knelpunten, kansen en bedreigingen

5.12 Anja van den Berg, Voorzitter Verpleegkundig consulenten HIV

1. Stigmatisering van mensen met hiv is een van de grootste in de zorg aan mensen met hiv

De medische behandeling van mensen met hiv wordt steeds beter. Het probleem zit in stigmatisering van mensen met hiv. De ontwikkelingen rond stigma laten geen verbetering zien in de afgelopen jaren. De verpleegkundig consulenten moeten veel ondersteuning bieden bij vragen over onthulling van de serostatus. De reactie van de omgeving en de angst daarvoor leidt tot veel psychische problemen. Het heeft zelfs een effect op het slikken van de medicatie doordat mensen vanwege de geheimhouding onvoldoende steun uit hun omgeving krijgen. Migranten hebben vaak geen praatcultuur. Dat hoeft ook niet. Toch moet gewerkt worden aan taboebestrijding binnen etnische minderheidsgroepen. Om het praten over hiv mogelijk te maken indien zij dat wensen.

De campagne van het Aids Fonds is een goede steun in de rug. Maar die moet jaarlijks terug komen. Stigmabestrijding is iets dat vele jaren zal moeten gebeuren, denk maar aan de taboebestrijding rond homoseksualiteit.

2. Taboebestrijding en kennis over hiv in zorg moet beter

Wanneer mensen met hiv in contact komen met artsen, verpleegkundigen en huisartsen buiten het hiv-team in het ziekenhuis krijgen ze vaak te maken met een laag kennisniveau over hiv en stigmatisering. Veel hulpverleners zien weinig mensen met hiv. Dit houdt in dat de aidsconsulenten steeds moeten bijspringen.

3. We zien een toename van erg jonge homomannen met hiv

We horen ook van andere centra dat er een toename is van erg jonge homomannen van rond de 20. Ik hoop dat er effectieve interventies worden ontwikkeld om dit te voorkomen.

5.13 Kees Brinkman, Internist OLVG

1. Hiv-testen ook buiten de risicogroepen

Hiv testen moet laagdrempeliger en ook buiten de bekende risicogroepen worden aangeboden. Daar moet aandacht aan besteed worden. Bijvoorbeeld door gratis testen aan te bieden op Wereld Aids Dag, wat wij in het OLVG gedaan hebben. In korte tijd hebben we 200 mensen getest uit het hele land. Mede omdat mensen in vijftien minuten weten waar ze aan toe zijn.

2. Hiv test actiever aanbieden bij indicatorziekten

De eerste-lijnszorg en de preventiesector zouden meer aandacht moeten besteden aan ziekteverschijnselen en ziekten die kunnen wijzen op een hiv-infectie. Bij deze indicatorziekten zou standaard een hiv-test aangeboden moeten worden.

3. Anticiperen op een veranderende zorgvraag en veranderend ziektebeeld

De groep mensen met hiv wordt gemiddeld ouder. Mensen met hiv leven langer. Er is een toename van vijftigplussers die met hiv gediagnosticeerd worden. Naarmate mensen met langer met hiv leven neemt ook de co-morbiditeit toe. Veroorzaakt door het ouder worden, door de hiv-infectie of de medicatie. We weten hier onvoldoende van

4. Anticiperen op een sterke stijging van het aantal mensen met hiv

Inmiddels is het aantal mensen in zorg gestegen naar ruim 14.000. De meest recente schattingen lopen uiteen van 24.000 tot 27.000 mensen met hiv. Dit betekent dat een actief test en opsporingsbeleid de komende jaren zal leiden tot een sterke toename van de zorgvraag. Er moet worden nagedacht over het zorgaanbod. Denk bijvoorbeeld aan uitbreiding van het aantal behandelcentra en aan het inzetten van de huisarts in de eerste lijn.

5.14 Minus Altenburg, Hoofd Preventie, Schorer

1. Verdere basis leggen waarbij homomannen op hun verantwoordelijkheden wordt gewezen

Met MANTotMAN is Schorer erin geslaagd om de preventie te verbinden met de curatie en een totaal ketenaanbod te doen van collectieve preventie (o.a. mancyclopedie) en interventies zoals Gaycruise) via individuele preventie (sekswijzer) tot individuele curatie (Testlab)). In Amsterdam en Rotterdam is het mogelijk via internet een test te regelen in een laboratorium. Dit dient worden geïmplementeerd te worden in andere regio's en te worden meegenomen in aanvullende curatieve zorg. Er worden voorbereidingen getroffen voor een actief-testenproject met daarin een meerjarencampagne, regionale projecten in vijf GGD-regio's en een project voor huisartsen. Alles is erop gericht dat meer mannen zich jaarlijks laten testen en op het vinden van vroege infecties.

2. Verschillende thema's vragen in nabije toekomst wellicht om additionele financiering: recente infectie, hoog risicogedrag, middelengebruik en seksuele gezondheid mannen met hiv

Schorer gaat zich de komende jaren meer richten op de relatief kleine groep die veel risico loopt. Schorer wil dat deze groep zich jaarlijks laat testen om daarmee recente infecties sneller op te sporen en te behandelen. Er is een kleine groep mannen die moeite heeft met veilig vrijen en/of moeite heeft met testen en zich niet snel laat behandelen. Ook middelengebruik speelt hierbij een rol. Deze groep is klein maar vormt een groot risico voor de volksgezondheid. Schorer is met Mainline een kwalitatief onderzoek aan het uitvoeren over de invloed van drugs op het (veilig) seksgedrag. Dit dient in 2010 te leiden tot een interventie. Ook de aandacht op mannen met hiv moet versterkt. Schorer is samen met de Hiv Vereniging op dit moment bezig de voorlichting over HCV in de vorm van een campagne vorm te geven.

Deze initiatieven kunnen uitwijzen dat er een extra investering nodig is op een van deze terreinen, Dan praat je direct over grote bedragen.

3. Er is een hiaat in het preventieaanbod gericht op homojongeren tussen de voorlichting op school en het aanbod van MANTotMAN

In de basisvoorlichting aan jongeren op ROC's en via Sense is al veel informatie over veilige seks. Dit is nog onvoldoende toegesneden op de jongeren die experimenteren met homoseks. Bijvoorbeeld door meer aandacht te besteden aan anale seks. Dit kan via de reguliere investeringen. In de carrière van de homojongere is er sprake van fase rond de coming out waarin ze slecht worden bereikt en al wel onveilig gedrag vertonen. Wanneer ze niet meer op school zitten en zich nog niet aangesproken voelen door het MANTotMAN aanbod. Er wordt nu uitgezocht op welke manier we op deze groep een interventie kunnen uitzetten. Via internet? Via de Jong en Out groepen? Via moeders en vriendinnen? Dit vergt een extra investering. Het totaalplan staat gepland voor eind 2009. Hiervoor wordt ook nog een expertmeeting georganiseerd.

4. Homojongeren en etnische minderheden

Homojongeren afkomstig uit etnische minderheidsgroepen vertonen veel risicogedrag maar dit is nog niet terug te zien in de hiv-cijfers. Incidenteel ondersteunt Schorer deze groepen, maar dit is meer een taak van de regio's. Hiervoor is extra financiering beschikbaar vanuit RIVM. Schorer werkt daarin ook samen met het preventieprogramma voor etnische minderheden van SAN. Schorer werkt op dit moment niet aan een interventie. Wel wordt op dit moment samen met een groep jongeren van niet-westerse afkomst bekeken of er specifiek voorlichtingsmateriaal kan worden ontwikkeld.

5.15 Frank de Wolf, Stichting Hiv Monitoring

1. Vooral investeren in 'klassieke' preventie gericht op gedragsverandering

Als je kijkt naar de cijfers en analyses van het RIVM en de Stichting Hiv Monitoring kun je maar één ding concluderen: er moet meer geïnvesteerd worden in effectievere preventieprogramma's. Al het andere is onzin. De behandeling voor positieven lijkt goed. De afname van de virale load bij succesvolle behandeling kan van belang zijn voor het voorkomen van overdracht in individuele situaties. Maar heeft op populatieniveau maar beperkt effect. Het wordt teniet gedaan door de hoge mate van onveilig gedrag. Er moet worden verder worden onderzocht wat toch de verleiding is tot onveilig gedrag? Het klassieke preventieverhaal. Er moet meer gebruik gemaakt worden van experts die verstand hebben van preventie van chronische ziekten en niet alleen van mensen die knap zijn op het terrein van de infectieziektebestrijding. Die preventie moet gericht zijn op mensen die al geïnfecteerd zijn? Hoe ga je om met een chronische ziekte en hoe voorkom je overdracht gedurende een lange tijd? En preventie moet ook gericht zijn op mensen zonder hiv. Hoe je de overdracht van een chronische ziekte langdurig tegen?

6. Literatuur

-
- ^a H.J. Hospers, T.T. Dörfler, W. Zuilhof, A.M. Nijman
Schorer Monitor 2007. Amsterdam : Schorer, 2007, isbn 978-90-7334-132-9
- ^b H.J. Hospers, T.T. Dörfler, W. Zuilhof
Schorer Monitor 2008. Amsterdam : Schorer, 2008
- ^c F.D.H. Koedijk, H.J. Vriend, M.G. van Veen .. [et al.]
Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2008. Bilthoven : RIVM, 2009
- ^d Luuk Gras ... [et al.]
Monitoring of Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection in the Netherlands 2008.
Amsterdam : Stichting Hiv Monitoring, 2008
- ^e Bezemer, Daniela
Impact of Antiretroviral Therapy on HIV-1: Transmission Dynamics.
Academisch Proefschrift. Utrecht 2009
- ^f Bergen, J.E.A.M. van
Population and general practice based studies on sexually transmitted infections in The Netherlands with a focus on Chlamydia trachomatis. Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, 2005
- ^g M.Lammers, U.Davidovich, Maria Prins en Ineke Stolte
Condom Induced Erectile Dysfunctioning (COINED): A unique predictor of deliberate sexual risk
Amsterdam : GGD Amsterdam
- ^h Davidovich, Ehud
Liaisons dangereuses : hiv risk behavior and prevention in steady gay relationships = hiv-risicogedrag en preventie bij homoseksuele mannen in vaste relaties. Utrecht, Universiteit Utrecht, 2006
- ⁱ B. Frouws, M.L.Hollander
Doel(groep) bereikt, bevordering van de seksuele gezondheid tegen een culturele achtergrond.
Zoetermeer : Research voor Beleid : januari 2009
- ^j Gebruik van het LCI draaiboek partnerwaarschuwing, Soa Aids Nederland : Amsterdam, februari 2009
- ^k I. Schreuder
Verslag expertmeeting Partnerwaarschuwing bij hiv: nog onvoldoende zicht op de effectiviteit van partnerwaarschuwing. InfectieziektenBulletin jaargang 19 nummer 08 2008. Bilthoven : RIVM 2008
- ^l) T.J.W. van de Laar, J. van der Meer
Infectie met hepatitis-C-virus: een opkomende soa's bij hiv-positieve mannen die seks hebben met mannen. Amsterdam : GGD Amsterdam : In: Soa Aids Magazine ; jaargang 5 nr. 1, 2008
- ^m Sarah Stutterheim, Arjan Bos en Herman Schaalma
HIV-related stigma in the Netherlands. Amsterdam : Aids Fonds, 2008