

HIV PLAN

2014-2019
Belgique - België - Belgien

***De overzichten “preventie”, “screening en toegang tot de zorg”, “zorg voor MMH”,
“levenskwaliteit van MMH” en alle informatie over het HIV-plan zijn te vinden op:***

www.plansida.be
www.AIDSplan.be
www.planvih.be
www.hivplan.be

Lijst van de belangrijkste afkortingen

<i>AIDS</i>	Acquired immune deficiency syndrome
<i>ART</i>	Antiretrovirale behandeling
<i>ARC</i>	AIDSreferentiecentrum
<i>CIT</i>	Client Initiated Testing
<i>GMD</i>	Globaal medisch dossier
<i>GFD</i>	Gedeeld farmaceutisch dossier
<i>HIV</i>	Human immunodeficiency virus
<i>LGBTQI</i>	Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer en intersex
<i>MAS</i>	Migranten uit subsahariaans Afrika
<i>MMH</i>	Mensen met hiv
<i>MSM</i>	Mannen die seks hebben met mannen
<i>NONOPEP</i>	Profylactische behandeling na niet-professionele blootstelling
<i>OPEP</i>	Profylactische behandeling na professionele blootstelling
<i>PEP</i>	Post Exposure Profylaxis of behandeling na blootstelling
<i>PIT</i>	Provider Initiated Testing
<i>PMTCT</i>	Preventing Mother-to-Child Transmission of HIV
<i>PrEP</i>	Profylactische behandeling voor blootstelling aan een besmetting
<i>SOA</i>	Seksueel overdraagbare aandoeningen
<i>TasP</i>	Treatment as Prevention
<i>VCT</i>	Voluntary Counselling and Testing
<i>VSV</i>	Vrouwen die seks hebben met vrouwen

Inhoud

Inhoud.....	4
1. Inleiding.....	5
1.1. Uitwerkingsprocedure	5
1.2. Einddoel en streefdoelen.....	6
1.2.1. Einddoel	6
1.2.2. Streefdoelen	6
1.3. Strategische pijlers	7
2. Huidig antwoord op hiv/AIDS.....	8
3. Epidemiologische context.....	10
3.1. HIV	10
3.2. Opsporing.....	11
3.3. Behandeling van MMH.....	11
3.4. AIDS.....	12
4. Preventie	13
4.1. Inleiding	13
4.2. Acties	13
4.2.1. Gericht op de prioritaire groepen.....	13
4.2.1.1. MSM.....	13
4.2.1.2. Migranten	14
4.2.1.3. Gemeenschappelijke acties MSM en migranten	14
4.2.2. Gericht op andere bevolkingsgroepen.....	15
4.2.2.1. MMH en hun partner	15
4.2.2.2. Algemene bevolking	15
4.2.2.3. VSV	16
4.2.2.4. Jongeren	16
4.2.2.5. Sekswerkers	17
4.2.2.6. Intraveneuze druggebruikers	17
4.2.2.7. Gedetineerden.....	18
4.3. Profylactische behandeling voor en na blootstelling aan een besmetting.....	18
4.3.1. Profylactische behandeling na niet-professionele blootstelling (NONOPEP)	18
4.3.2. Profylactische behandeling na professionele blootstelling (OPEP).....	19
4.3.3. Treatment as Prevention (TasP)	19
4.3.4. Preventie van de overdracht van moeder op kind.....	20
4.3.5. Profylactische behandeling voor blootstelling aan een besmetting (PrEP)	20
4.3.6. Acties	20
5. Opsporing en toegang tot behandeling.....	22
5.1. Acties	22
6.1. Inleiding	27
6.2. Acties	27
7. Levenskwaliteit van MMH	32
7.1. Acties	32
8. Evaluatie en monitoring van het Plan	33
8.1. Inleiding	33
8.2. Acties	33

1. Inleiding

Sinds 30 september 2013 heeft België zijn HIV-plan, een plan dat gebaseerd is op een gemeenschappelijk en door iedereen aanvaard actiekader om hiv/AIDS te bestrijden.

Het is een **meerjarenplan** en vormt op die manier een planningsinstrument voor het beleid dat de overheid en haar partners zullen voeren om de hiv/AIDS-epidemie het hoofd te bieden.

Het Plan is ook **transversaal**: het wordt niet alleen door de actoren van Volksgezondheid gedragen, maar ook door andere actoren uit Onderwijs, Justitie, Gelijke Kansen, Maatschappelijke integratie, Cultuur enz.

Het Plan is **nationaal** en bundelt de krachten van alle betrokken overheidsinstanties, ongeacht hun bevoegdheidsniveau.

1.1. Uitwerkingsprocedure

Het Plan werd opgemaakt met respect voor de internationale aanbevelingen en is het resultaat van een procedure waarbij alle betrokken actoren op beslissende wijze hun inbreng hebben gehad.

*

Uitwerkingsfasen

Fase 1: studiefase, fase van gegevensinzameling en onderzoek

Tijdens deze fase werden talrijke studies en projecten uitgevoerd met als doel het verfijnen van onze kennis van de epidemie en te bepalen hoe we de strijd tegen HIV het beste aanpakken.

Fase 2: raadpleging en conceptualisering (april 2012 - september 2012)

Tijdens deze fase werden tal van ontmoetingen, bezoeken op het terrein, raadplegingen van de actoren op het terrein en van de MMH georganiseerd, en werd de wetenschappelijke literatuur bestudeerd om de belangrijkste uitdagingen en problemen voor het Plan te identificeren. De fase werd afgesloten met een symposium, waarop alle medische actoren en verenigingen - met inbegrip van MMH - die bij deze strijd betrokken zijn na afloop van de daartoe georganiseerde workshops aanbevelingen konden doen.

Fase 3: lancering en ontwikkeling (september 2012 – november 2012)

De belangrijkste organen voor de uitwerking van het Plan werden opgericht. Die organen stonden garant voor de doeltreffendheid van het proces en voor een sterke betrokkenheid van alle actoren: medische actoren en verenigingen, MMH, enz. Ondersteunende instrumenten en hulpmiddelen werden ter beschikking gesteld om het Plan efficiënt en transparant uit te werken. De uitwerkingsmethodologie, doelstellingen, strategische pijlers, structuur van het Plan enz. werden vastgelegd.

Fase 4: uitwerking (november 2012 – mei 2013)

Tijdens de uitwerkingsfase legden de werkgroepen de strategische acties van het Plan vast. Deze werkgroepen hebben alle betrokken actoren in de strijd tegen hiv/AIDS bijeen gebracht (verenigingen, medische wereld, MMH, vertegenwoordigers van de prioritaire groepen, actoren van volksgezondheid, justitie, gelijke kansen, onderwijs enz.).

Fase 5: validatie (juni 2013 – september 2013)

Tijdens de validatiefase hebben alle politieke autoriteiten, ondertekenaars van het HIV-plan, het werk gevalideerd van de actoren die bij de uitwerking ervan waren betrokken.

Fase 6: operationalisering (oktober 2013 – april 2014)

Er moet opgemerkt worden dat de uitvoering van de acties van het Plan tot de bevoegdheid van verschillende politieke autoriteiten behoort. Bepaalde acties vallen onder de bevoegdheid van de Ministers van Volksgezondheid van de Gemeenschappen en de Gewesten, andere acties vallen onder die van de federale Minister van Volksgezondheid, nog andere onder die van de Minister van Justitie, of de Minister van de Gelijkheid van Kansen, Onderwijs, enz. De operationaliseringsfase zal eveneens als doel hebben om aan elke politieke overheid toe te laten een uitvoerings- en financieringsplan op te stellen voor de acties die tot haar bevoegdheid behoren, onder de coördinatie van de Ministers van Volksgezondheid.

*

De uitwerking van het hiv-plan is op een transparante manier gebeurd. Vanaf september 2012 werd alle informatie betreffende de procedure op de website van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu openbaar gemaakt. Elke burger, groep of vereniging werd uitgenodigd om opmerkingen te formuleren over de uitwerkingsprocedure en de ontvangen opmerkingen werden naar de verschillende werkgroepen doorgestuurd en door deze beantwoord.

*

De ontwikkeling van het hiv-plan was gestoeld op een sterke betrokkenheid van MMH. Zij waren vertegenwoordigd in alle organen die met de uitwerking van het Plan belast waren. Er werden eveneens workshops met MMH georganiseerd, vertrekkende van bestaande patiëntengroepen in verenigingen of ziekenhuizen. Alle resultaten van de werkgroepen werden aan deze workshops voorgelegd.

*

Het expertencomité van UNAIDS werd eveneens bij de uitwerking van het plan betrokken, zowel bij het bepalen van de uitwerkingsprocedure als bij de validatie van de doelstellingen en acties.

1.2. Einddoel en streefdoelen

1.2.1. Einddoel

- De nieuwe gevallen van besmetting met HIV verminderen waarbij de omstandigheden voor een verantwoordelijke en bevredigende seksualiteit worden bevorderd;
- De toegang bevorderen tot diensten en programma's die instaan voor preventie, screening, zorg en een kwaliteitsvolle begeleiding, die gespecialiseerd zijn in HIV, binnen een kader van de universele toegang tot gezondheid;
- Alle vormen van stigmatisering en discriminatie verminderen, in het bijzonder als ze gebaseerd zijn op het serologische statuut of de gezondheidstoestand.

1.2.2. Streefdoelen

- De risico's op de overdracht van HIV en andere seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) verminderen door het gecombineerde gebruik van de

beschikbare middelen en strategieën inzake preventie, in het bijzonder bij de meest blootgestelde personen;

- Het aandeel van de met hiv besmette personen die vroegtijdig op de hoogte zijn van hun serologische status vergroten;
- Het aandeel van de met hiv besmette personen die behandeld worden en die een niet op te sporen virale lading hebben vergroten;
- De levenskwaliteit van de MMH verbeteren, in het bijzonder door de kwaliteit van de zorg en de psychosociale en medische begeleiding te verbeteren;
- Alle vormen van stigmatisering en discriminatie op grond van serologisch statuut, gezondheidstoestand, geslacht, afkomst, seksuele geaardheid en identiteit alsook op grond van druggebruik, sekswork, enz. verminderen.

1.3. Strategische pijlers

Preventie

Deze pijler heeft als doel de overdracht van hiv te verminderen, meer bepaald door informatie, opvoeding en bewustmaking, netwerkvorming, het werk met betrekking tot de omgeving, het institutionele en politieke werk, enz. Preventie wordt hier gezien in het bredere kader van promotie van seksuele gezondheid.

Screening en behandeling

Deze pijler heeft als doel de mensen die met hiv besmet zijn zo snel mogelijk op te sporen en te verzekeren dat zij onmiddellijk toegang tot de nodige zorg en begeleiding hebben. Het is enorm belangrijk om de besmetting in een vroegtijdig stadium vast te stellen. Een laattijdige detectie kan namelijk zowel de doeltreffendheid van de behandeling alsook de therapeutische keuze beperken, de morbiditeit en mortaliteit verhogen, het herstel van het immuunsysteem vertragen, het risico op overbrenging verhogen enz.

Behandeling van mensen met HIV

Deze pijler heeft als doel de beste zorg te verzekeren binnen het zorgsysteem.

Levenskwaliteit van personen die leven met HIV

Deze pijler stelt zich tot doel de levenskwaliteit van de mensen met hiv te verbeteren.

2. Huidig antwoord op hiv/AIDS

België heeft al een heel arsenaal aan maatregelen ontwikkeld om op de hiv/AIDS-epidemie te reageren. De belangrijkste daarvan zijn:

- 9 AIDSreferentiecentra, waar
 - o iedere MMH een medische en psychosociale multidisciplinaire begeleiding krijgt
 - o iedereen een profylactische antiretrovirale behandeling kan krijgen na een accidentele blootstelling aan HIV
- 3 referentiecentra waar iedereen zich anoniem en gratis kan laten testen
- 7 AIDSreferentielaboratoria voor diagnose, evaluatie en kwaliteitscontrole van bestaande of nieuwe HIV-tests en voor de inzameling van en het toezicht op gegevens
- Specifieke actie- en onderzoeksprogramma's voor de preventie van HIV en SOA's, voor een vermindering van de risico's verbonden aan druggebruik, de bevordering van de seksuele gezondheid enz.
- Financiering van onderzoeksprojecten in samenwerking met een aantal screeningcentra om de specifieke gezondheidsproblematiek bij sekswerkers in kaart te brengen. Die centra houden zich specifiek met de sekswerkers bezig en testen de betrokkenen, niet alleen op HIV/AIDS maar ook op andere SOA's, en verwijzen ze - indien nodig - naar de bevoegde instanties door. De betrokken centra zijn verplicht een jaarverslag op te stellen, met voorstellen .

Maar België heeft de voorbije jaren ook:

- een wet goedgekeurd die daden ingegeven door racisme en xenofobie beteugelt
- het huwelijk voor personen van hetzelfde geslacht opengesteld
- een nationale dag van strijd tegen homofobie ingevoerd
- zijn actie tegen discriminatie versterkt door een wet goed te keuren die het aanzetten tot haat of discriminatie op basis van seksuele geaardheid, afkomst of huidige of toekomstige gezondheidstoestand niet alleen verbiedt maar ook bestraft
- een actieplan ter bestrijding van homofobie en transfobie gelanceerd
- een plan armoedebestrijding gelanceerd dat tot doel heeft 380.000 Belgen uit de armoede te halen tegen 2020, meer bepaald door de sociale bescherming van de bevolking te verzekeren, door te strijden tegen kinderarmoede en door de toegang tot de arbeidsmarkt en de gezondheidszorg te versterken
- een sterk en onafhankelijk Instituut opgericht dat toeziet op de naleving van de gelijkheid tussen mannen en vrouwen en de wetten die deze gelijkheid garanderen
- een intergouvernementele taskforce opgericht om de toegang tot de gezondheidszorg voor migranten te versterken
- de toegankelijkheid van de gezondheidszorg versterkt, bijvoorbeeld door het invoeren van een "maximumfactuur" die aan iedereen, ongeacht zijn of haar gezondheidstoestand, garandeert dat jaarlijks niet meer dan een bepaald bedrag moet worden betaald voor medische kosten
- een wet betreffende de rechten van de patiënt goedgekeurd, die iedereen het recht geeft op kwaliteitsvolle zorgverstrekking, vrije keuze van de zorgverlener, inzicht in de eigen gezondheidstoestand, evenals het recht om geïnformeerde toestemming te geven voor iedere ingreep, recht op inzage in zijn medisch dossier, op bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer en respect voor zijn intimiteit
- een wet betreffende medische onderzoeken goedgekeurd, die elke werkgever verbiedt om HIV-testen te laten uitvoeren tijdens het medisch onderzoek in het kader van een aanwerving of om die test te laten verrichten in het kader van de

arbeidsgeneeskunde, ook al heeft hij de vrije en geïnformeerde toestemming gekregen van de kandidaat-werknemer of werknemer

- een reglementering goedgekeurd zodat migranten toegang hebben tot gezondheidszorg in het kader van dringende medische hulpverlening
- enz.

3. Epidemiologische context

Ondanks alle in België genomen maatregelen door het geheel van publieke autoriteiten van het land, blijft HIV er een belangrijk thema voor de volksgezondheid. In ons land leven minstens 20.000 personen met HIV, en elk jaar worden tussen de 1000 en 1200 nieuwe gevallen vastgesteld. België is een van de Europese landen waar het aantal gediagnosticeerde gevallen het hoogst is (10,7 gevallen per 100.000 inwoners in België, tegenover gemiddeld 5,7 gevallen in Europa in 2011).

*

3.1. HIV

Verdeling naar geslacht - Voor wat de verdeling naar geslacht betreft, is het aandeel van de mannen onder de nieuwe diagnoses van HIV-besmetting toegenomen. In de periode 1994-2005 schommelde dit aandeel tussen de 51 en 60%, maar in 2010 en 2011 bedroeg het 66%.

Verdeling Belgen en niet-Belgen - Het aandeel personen met de Belgische nationaliteit onder de nieuw gediagnosticeerde gevallen is tussen 2002 en 2011 gestegen, van 29,3 tot 42,7% van de patiënten wiens de nationaliteit gekend is.

Overdrachtswijze – Het aantal besmettingen dat werd gediagnosticeerd bij mannen die seks hebben met mannen (MSM), hoofdzakelijk van Belgische nationaliteit, is fors toegenomen: die overdrachtswijze wordt gemeld bij 46% van de in 2011 gediagnosticeerde besmettingen; in 2002 ging het om 23,5% van de besmettingen.

Heteroseksuele contacten blijven tot op vandaag de overdrachtswijze die in België het vaakst wordt gemeld, goed voor 49,6% van de gediagnosticeerde gevallen in 2011. Het gaat hier in hoofdzaak om personen afkomstig uit landen met een hoge prevalentie, waarvan de meerderheid waarschijnlijk besmet werd in hun land van afkomst.

De andere overdrachtswijzen vertonen een dalende trend, hoewel ze nog steeds aanwezig zijn. Intraveneus druggebruik wordt gemeld door minder dan 2% van de personen die recent werden gediagnosticeerd; dat aandeel lag in het begin van de epidemie rond de 8%. Overdracht van moeder op kind wordt gemeld door ongeveer 1% van de in 2011 gediagnosticeerde gevallen. In de loop van de laatste 26 jaar werden in België twee gevallen gerapporteerd van een overdracht ten gevolge van een transfusie.

Belgische patiënten - Bij de MMH van Belgische nationaliteit die in 2011 werden gediagnosticeerd vinden we 8,9 keer meer mannen dan vrouwen. Bij de Belgische mannen die in 2011 werden gediagnosticeerd was 82,1% MSM. Bij de vrouwen wordt heteroseksuele overdracht gemeld in 92,1% van de gevallen. Besmetting door intraveneus druggebruik is in 2010 proportioneel afgenomen.

Niet-Belgische patiënten - Van de niet-Belgische patiënten die tussen 2009 en 2011 gediagnosticeerd werden is 62,1% afkomstig uit Afrikaanse landen ten zuiden van de Sahara, 22,6% uit Europese landen, 12,8% uit Amerika of Azië en 2,5% uit Noord-Afrika. De patiënten afkomstig uit subsahariaans Afrika zijn goed voor 62% van de besmettingen via heteroseksuele contacten gediagnosticeerd in 2011, het hoogste percentage in Europa. Het aandeel gediagnosticeerde besmettingen bij MSM varieert naargelang de afkomst: het bedraagt 60,4% bij patiënten uit andere Europese landen dan België, 61,4% bij patiënten uit

Amerika en Azië, 35% bij patiënten uit Noord-Afrika en 3,9% bij personen uit subsahariaans Afrika. De man/vrouw ratio bij de niet-Belgen ligt veel dichter bij één dan bij de Belgen.

*

Uit bovenstaande vaststellingen blijkt dat de HIV-epidemie in België zich sterk concentreert in twee belangrijke bevolkingsgroepen: mannen die seks hebben met mannen (MSM), hoofdzakelijk van Belgische nationaliteit, en personen die het virus hebben opgelopen via heteroseksuele contacten en die in hoofdzaak afkomstig zijn uit subsahariaans Afrika. Die twee groepen vertegenwoordigen samen meer dan twee derde van alle nieuwe HIV-gevallen die in 2011 geregistreerd werden (hierbij werd alleen rekening gehouden met de gevallen waarvan de nationaliteit bekend is, dat is 75%).

*

3.2. Opsporing

In de loop van 2011 werden in België 679.655 opsporingstests uitgevoerd, met uitsluiting van de tests die werden uitgevoerd in het kader van bloedgiften. In de voorbije 20 jaar schommelde het aantal tests tussen 50 en 60 tests / 1000 inwoners / jaar. Vanaf 2007 zien we een regelmatige stijging van de opsporingsactiviteit, met 56 tests / 1000 inwoners in 2007 en 64,2 in 2011.

Het aantal nieuwe HIV-diagnoses per 1000 tests is tussen 1996 en 2000 met bijna 50% gestegen; in 2011 waren er 1,73 nieuwe gediagnosticeerde besmettingen per 1000 tests.

Het gehalte aan CD4-lymfocyten op het ogenblik dat de diagnose van HIV-besmetting wordt gesteld, is gekend bij 7995 patiënten die in de laatste 20 jaar werden gediagnosticeerd (41,6%). Die waarde kan worden beschouwd als een biologische marker van het besmettingsstadium, aangezien die lager wordt naarmate de besmetting verder gevorderd is. Het bedraagt over het algemeen ongeveer 1000 CD4/mm³ bij gezonde mensen en is lager dan 200/mm³ bij mensen met een HIV-besmetting die in de AIDSfase zijn terechtgekomen.

De diagnose wordt als laattijdig beschouwd indien het aantal CD4/mm³ minder dan 350 bedraagt op het moment dat de HIV-besmetting wordt gediagnosticeerd.

In 1998 werd 59% van de HIV-besmettingen laattijdig gediagnosticeerd; in 2011 was dat 42%. Het percentage laattijdige diagnoses blijft momenteel dus nog hoog, zelfs indien men de laatste tijd een positieve evolutie vaststelt.

*

3.3. Behandeling van MMH

Van de patiënten die in 2007 de diagnose van infectie met het HIV virus kregen, werd 91% behandeld, waarvan 83% binnen de drie maand na de vaststelling van HIV-besmetting. Van diezelfde patiënten werd slechts 60% regelmatig gevolgd (minstens een consultatie om het half jaar) in de twee jaar na de eerste consultatie. De toegang tot behandeling ligt overigens lager bij MAS dan bij Belgische patiënten.

In 2011 werden in België 12.599 patiënten met HIV-besmetting opgevolgd, en 81% volgde ART. Van de patiënten die ART volgden in de ARC, vertoonde 83,1% een virale lading van minder dan 50 copies/ml eind 2010, en had 9,7% een virale belasting tussen 50 en 500 copies.

Een analyse bij patiënten die in de ARC werden gevolgd toonde aan dat men tussen 2007 en 2008 5,8% van de patiënten uit het oog was verloren. Dat percentage bedroeg tussen 2008 en 2009 5,5%. Van de patiënten die in 2008 uit het oog waren verloren, werd 25% in 2009 opnieuw gevolgd. Er werden meer personen uit het oog verloren onder de patiënten die recent de diagnose kregen en onder de mensen afkomstig uit Afrikaanse landen ten zuiden van de Sahara. Er bestaat geen systeem op nationaal, noch op internationaal vlak om patiënten die uit het oog verloren zijn weer op te sporen.

*

3.4. AIDS

Van de 25.855 personen bij wie HIV-besmetting werd vastgesteld, kreeg op 31 december 2011 een gecumuleerd totaal van 4208 personen de diagnose dat ze aan AIDS leden. Hiervan waren er eind 2011 1712 in leven en medisch gevolgd. Als we het aantal nieuwe zieken over de loop der jaren bekijken, zien we in de periode 1991-1995 een plateau, met gemiddeld 255 gevallen gediagnosticeerd per jaar.

De incidentie is in de jaren 1996 en 1997 sterk gedaald (-50%), dankzij het gebruik van nieuwe combinaties van antiretrovirale geneesmiddelen. Die daling is sinds 1998 echter stilgevallen en het jaarlijkse aantal gemelde gevallen heeft zich gestabiliseerd.

Het sinds 1997 vastgestelde stilvallen van de daling van de AIDSincidentie lijkt althans voor een deel te worden verklaard door het aantal zieken dat hun seropositiviteit pas ontdekt op het ogenblik dat ze de diagnose van AIDS krijgen. Het aandeel van patiënten die ontdekken dat ze seropositief zijn op het ogenblik van hun ziekte bedroeg in 1995 en 1996 21%; het bedroeg in 2010-2011 38% (41% bij de heteroseksuele patiënten en 37% bij de MSM).

Het aantal sterfgevallen ten gevolge van de ziekte is sterk gedaald. Die daling moet in verband worden gebracht met het gebruik van nieuwe combinaties van antivirale middelen die in 1996 voor het eerst werden ingezet.

4. Preventie

4.1. Inleiding

HIV-preventie veronderstelt een totaalbeleid dat zowel primaire preventie, als opsporing en behandeling met elkaar combineert: het promoten van voorbehoeds- en glijmiddelen (en toegang tot steriele naalden voor de intraveneuze druggebruikers), kennis van zijn serologische status en, bij seropositiviteit, toegang tot een behandeling waardoor men een niet-opspoorbare virale lading kan bereiken. Preventie, screening en behandeling van de andere SOA's zijn eveneens zeer belangrijk, gelet op de interactie tussen HIV en de andere SOA's, vooral de verhoging van het risico op een HIV besmetting wanneer men een SOA heeft en omgekeerd.

Zo moet de primaire preventie nauw samengaan met het ontwikkelen van efficiëntere opsporingsstrategieën en met de behandeling als preventie.

Het is dus de bedoeling om via de drie strategische pijlers van dit Nationaal Plan de incidentie van HIV en andere SOA's te verminderen. In dit onderdeel worden de primaire preventieacties specifiek besproken, maar ze moeten op een geïntegreerde wijze worden uitgevoerd, in synergie met de twee andere pijlers.

De primaire preventie zelf mag niet herleid worden tot informatiestrategieën rond HIV en andere SOA's. Die informatie is dan wel nodig, maar ze moet in een benadering ter bevordering van de seksuele gezondheid passen die inspeelt op verscheidene individuele, relationele en structurele determinanten, op het vlak van de fysieke, psychische en sociale gezondheid.

Dit onderdeel stelt acties voor die zich op de twee prioritaire doelgroepen richten: mannen die seks met mannen hebben en migranten. De andere doelgroepen komen ook in aanmerking: mensen met HIV, de brede bevolking, de jongeren, sekswerkers, intraveneuze druggebruikers en gevangenen.

4.2. Acties

4.2.1. Gericht op de prioritaire groepen

4.2.1.1. MSM

ACTIE 1: Informeren en sensibiliseren rond de preventie van HIV en andere SOA's en de vaardigheden van de actoren versterken

Dat kan via campagnes of via specifieke acties, maar in elk geval wordt aanbevolen om:

- ✓ bijzondere aandacht te besteden aan commerciële plaatsen voor LGBTQI, aan evenementen waar veel mensen op afkomen, aan internet en aan ontmoetingsplaatsen buiten
- ✓ deze campagnes en acties uit te werken en uit te voeren in nauwe samenwerking met alle actoren op het terrein
- ✓ speciale aandacht te besteden aan SOA's, gezien het feit dat de doelgroep daar weinig van af weet
- ✓ naast de traditioneel verspreide informatie, ook informatie te verstrekken rond de preventieve rol van een behandeling en gecombineerde preventie (screening op HIV en SOA's), behandeling na blootstelling, *treatment as prevention*,

- behandeling voor de blootstelling, impact van een niet-opspoorbare virale lading op het overdrachtsrisico
- ✓ informatie en preventie-instrumenten te ontwikkelen die specifiek op jonge MSM zijn afgestemd, bijvoorbeeld door gebruik te maken van nieuwe technologieën en sociale netwerksites
- ✓ sensibiliseren, informeren en zorgen voor netwerken/tussenpersonen in verenigingen en commerciële netwerken voor LGBTQI

ACTIE 2: In commerciële ruimten voor gays, in het bijzonder op plaatsen waar seks mogelijk is, een gemakkelijke en gratis toegang verzekeren tot condooms en glijmiddel op basis van water en/of silicone

4.2.1.2. Migranten

ACTIE 3: Informeren en sensibiliseren rond de preventie van HIV en andere SOA's en de vaardigheden van de actoren versterken

Dat kan via campagnes of via specifieke acties, maar in elk geval wordt aanbevolen om:

- ✓ de voorkeur te geven aan buurtactiviteiten
- ✓ zowel de individuele counseling als de groepscounseling te ontwikkelen
- ✓ informatie te ontwikkelen over:
 - ✓ HIV en SOA's
 - ✓ voorbehoedsmiddelen
 - ✓ het gebruik van mannen- en vrouwencondooms en van een glijmiddel
 - ✓ de preventieve rol van een behandeling en de gecombineerde preventie (behandeling na blootstelling, treatment as prevention, behandeling voor de blootstelling, impact van een niet-opspoorbare virale lading op het overdrachtsrisico)
 - ✓ de gezondheidszorg- en bijstandsstructuren die het meest geschikt zijn om de doelgroep te informeren
- ✓ speciale aandacht te besteden aan het praten over seksualiteit en seksuele gezondheid zodat dit geen taboe meer is binnen de doelgroep
- ✓ campagnes en acties uit te werken en te voeren in nauwe samenwerking met alle communautaire actoren, specifieke aandacht te besteden aan de rol van religieuze leiders en meer algemeen netwerkvorming en het zorgen voor tussenpersonen in verenigingen
- ✓ rekening te houden met de heterogeniteit van de doelgroep en instrumenten te ontwikkelen die aan de specifieke kenmerken van de doelgroep zijn aangepast

Het wordt ook aanbevolen om een *gezondheidskaart* voor migranten te ontwikkelen, zodat die doelgroep informatie krijgt over het gezondheidszorgsysteem en de structuren waar ze terecht kunnen, met speciale aandacht voor vragen in verband met seksuele gezondheid.

ACTIE 4: Een gemakkelijke en gratis toegang verzekeren tot condooms en glijmiddel op basis van water en/of silicone, vooral in buurten waar veel migranten wonen.

4.2.1.3. Gemeenschappelijke acties MSM en migranten

Opmerking vooraf: gemeenschappelijke acties MSM en migranten zijn acties die bij voorkeur tegelijk worden gevoerd voor MSM en migranten, waarbij bij de ontwikkeling van die acties rekening moet worden gehouden met de specifieke kenmerken van elk van die groepen.

ACTIE 5: Een methodologie ontwikkelen om sociale gedragspatronen te monitoren, evenals research en onderzoek-actie om het gedrag van de prioritaire groepen beter te kennen, de evolutie van dit gedrag in de tijd te volgen en de verschillende determinanten ervan te identificeren

ACTIE 6: opzetten van campagnes, instrumenten en beleidsmaatregelen die de ontwikkeling van een niet-discriminerende en niet-stigmatiserende omgeving binnen de doelgroepen stimuleren

Die omgeving moet:

- ✓ het voor MMH mogelijk maken om, als zij dat wensen, over hun statuut binnen hun sociale omgeving te spreken
- ✓ binnen de doelgroepen de dialoog rond seksualiteit en rond de hiermee verbonden risico's vergemakkelijken

4.2.2. Gericht op andere bevolkingsgroepen

4.2.2.1. MMH en hun partner

ACTIE 7: de verspreiding van een volledige informatie in verband met preventiestrategieën garanderen (condoom dragen, behandeling na blootstelling, treatment as prevention, behandeling voor de blootstelling, impact van een niet-opspoorbare virale lading op het overdrachtsrisico)

ACTIE 8: Innovatieve strategieën implementeren op het vlak van counseling

Het wordt aanbevolen om:

- ✓ online counseling evenals groeps counseling, counseling voor paren en counseling buiten de ziekenhuizen te ondersteunen
- ✓ bijzondere aandacht te besteden aan de begeleiding van de partners van MMH

ACTIE 9: Aan serodiscordante koppels met een stabiele vaste relatie en een kindwens, kan de specialist voorstellen om geen condoom meer te gebruiken, op voorwaarde dat de MMH een behandeling volgt die ertoe heeft geleid dat de virale lading sinds meer dan 6 maand niet meer kan worden opgespoord.

Die aanbeveling moet worden gevolgd met naleving van de voorwaarden opgesomd door de Hoge Gezondheidsraad (HGR) in zijn advies nr. 8902 betreffende de richtlijnen in verband met het gebruik van een condoom door serodiscordante koppels die een antiretrovirale behandeling krijgen. Een comité van medische deskundigen zal een lijst van de SOA's opstellen op grond van dat advies.

4.2.2.2. Algemene bevolking

ACTIE 10: De vaardigheden van psycho-medisch-sociale actoren versterken

Het wordt aanbevolen om, via de basisopleiding en/of voortgezette opleiding, de vaardigheden te versterken van alle actoren die een medische, paramedische, psychologische of sociale begeleiding bieden, zowel voor de actoren die privé werken als voor de actoren in gezondheidscentra, in planningscentra, in ziekenhuizen, materniteiten, centra voor geestelijke gezondheidszorg, rusthuizen, gevangenissen, opvangcentra voor asielzoekers, arbeidsgeneesheren enz.

Het wordt aanbevolen om ze in het bijzonder te sensibiliseren voor de opvang van MSM, migranten, druggebruikers, jongeren en sekswerkers en ervoor te zorgen dat zij worden benaderd op een manier die rekening houdt met de specifieke culturele en sociale kenmerken van deze groepen.

Het moet de bedoeling zijn om hun rol op het vlak van preventie te versterken, maar ook om de begeleiding en ondersteuning van MMH te versterken en een omgeving te creëren die niet discriminerend is voor de opvang van voornoemde groepen en van MMH.

ACTIE 11: Opzetten van campagnes, instrumenten en beleidsmaatregelen die bijdragen tot het ontwikkelen van een niet-discriminerende en niet-stigmatiserende omgeving binnen de samenleving voor MMH, LGTBQI en migranten

ACTIE 12: Sensibiliseren voor het gebruik van het condoom, de hinderpalen hiervoor wegnemen en stimulansen voor dit gebruik ontwikkelen

ACTIE 13: De hinderpalen en stimulansen voor het gebruik van het condoom bestuderen

Het wordt aanbevolen om rekening te houden met de specifieke kenmerken van die hinderpalen en stimulansen in functie van de doelgroep (migranten, vrouwen, jongeren, MSM enz.).

4.2.2.3. VSV

ACTIE 14: Campagnes, instrumenten en beleidsmaatregelen voor sensibilisering in werking stellen die specifiek op de seksuele gezondheid van VSV zijn afgestemd

4.2.2.4. Jongeren

ACTIE 15: Campagnes, instrumenten en beleidsmaatregelen voor sensibilisering in werking stellen die zich specifiek op jongeren richten

Die campagnes, instrumenten en beleidsmaatregelen moeten volgende doelstellingen hebben:

- ✓ opvoeden en informeren over SOA's, met inbegrip van HIV
- ✓ een omgeving creëren waarin gemakkelijker over seksualiteit en de daarmee verbonden risico's wordt gepraat
- ✓ bij de jongeren een open seksualiteit bevorderen, zonder angst om gediscrimineerd te worden
- ✓ voor jongeren de toegang tot informatie en diensten in verband met seksualiteit vergemakkelijken – met inbegrip van de medische diensten - meer bepaald door gebruik te maken van nieuwe technologieën en sociale netwerksites

Het wordt aanbevolen om nauw samen te werken met scholen, met structuren die jongeren opvangen, jeugdverenigingen enz. zowel bij de uitwerking als bij de uitvoering van de campagnes, beleidsmaatregelen enz.

ACTIE 16: Beroepsmensen uit het onderwijs en de gezondheidszorg en ouders opleiden rond relationele, affectieve en seksuele opvoeding

ACTIE 17: De toegang tot de vaccins vergemakkelijken waarover de internationale wetenschappelijke gemeenschap op basis van de 'EBM'-criteria het eens is dat die in staat zijn de jongeren te beschermen tegen de risico's verbonden met de seksualiteit.

4.2.2.5. Sekswerkers

ACTIE 18: Uitwerken van campagnes, instrumenten en beleidsmaatregelen voor sensibilisering die specifiek op sekswerkers en hun klanten zijn gericht

Die campagnes, instrumenten en beleidsmaatregelen moeten volgende doelstellingen hebben:

- ✓ Opvoeden en informeren over:
 - HIV en SOA's
 - het preventief behandelen en de gecombineerde preventie (behandeling na blootstelling, treatment as prevention, behandeling voor de blootstelling, impact van een niet-opspoorbare virale lading op het overdrachtsrisico)
 - de gezondheidszorg- of bijstandsstructuren die het best geplaatst zijn om de doelgroep beter te informeren
- ✓ De toegang tot informatie en diensten in verband met seksualiteit vergemakkelijken voor sekswerkers en hun klanten

ACTIE 19: Onlinesekswerkers en beheerders van gespecialiseerde websites rond de kwestie van seksuele gezondheid sensibiliseren

ACTIE 20: Een nabije en toegankelijke gezondheidszorg en sociale bijstand organiseren voor sekswerkers en een vertrouwensband met sekswerkers in hun omgeving opbouwen

4.2.2.6. Intraveneuze druggebruikers

ACTIE 21: Preventieacties door lotgenoten ontwikkelen

ACTIE 22: Het verbeteren van de toegang van intraveneuze druggebruikers tot naalden en het geheel van preventiemateriaal en materiaal dat de risico's vermindert, alsook het inrichten van gebruikersruimtes met minder risico's.

ACTIE 23: Voor intraveneuze druggebruikers specifieke instrumenten ontwikkelen om zich te beschermen en om de seksuele gezondheid te bevorderen.

Het gaat erom de kennis en de vaardigheden van intraveneuze druggebruikers te verhogen zodat ze de samengaande risico's verbonden met de inspuiting en seks kunnen verminderen.

ACTIE 24: Een samenhangende wettelijke regeling uitwerken met doelstellingen inzake volksgezondheid en risicovermindering voor de druggebruikers.

ACTIE 25: Het profiel van de gebruikers en hun gedrag beter kennen en de acties evalueren die de risico's verminderen.

ACTIE 26: De vermindering van de risico's die met druggebruik gepaard gaan integreren in de consultaties rond de zorg en behandeling van de intraveneuze druggebruikers.

4.2.2.7. Gedetineerden

ACTIE 27: Het verbeteren van de kennis en vaardigheden van gedetineerden inzake preventie van HIV en de andere SOA's en vermindering van de risico's verbonden aan drugsgebruik, het delen van injectiemateriaal en materiaal voor tatoeëren en piercing

ACTIE 28: In de gevangenissen de discrete toegang tot condooms en glijmiddelen op basis van water verbeteren

ACTIE 29: De stigmatisering van gedetineerden die drugs gebruiken verminderen

ACTIE 30: Onderzoek en evaluatie van interventies in gevangenissen ontwikkelen om aan die omgeving aangepaste gezondheidsacties op te zetten

ACTIE 31: In de gevangenis een omgeving creëren die gunstig is voor de gezondheidsbevordering, meer bepaald door gedetineerden op te leiden zodat ze gezondheidsactoren binnen de gevangenis worden en door het gevangenispersoneel te sensibiliseren

4.3. Profylactische behandeling voor en na blootstelling aan een besmetting

Er zijn meer en meer bewijzen voor de fundamentele rol die een behandeling speelt in het voorkomen van HIV-besmetting.

4.3.1. Profylactische behandeling na niet-professionele blootstelling (NONOPEP)

De profylactische behandeling na niet-professionele blootstelling wordt gedefinieerd als het gebruik van een combinatie van twee of drie antiretrovirale medicijnen bij personen die mogelijk werden blootgesteld aan het HIV-virus, meestal na seksuele contacten, waaronder bepaalde vormen van seksuele geweldpleging met penetratie.

In België wordt de profylactische behandeling na niet-professionele blootstelling toegepast en terugbetaald. De voorbije jaren is het gebruik van profylactische behandeling na niet-professionele blootstelling elk jaar toegenomen. In 2011 werden 738 cycli van profylactische behandeling na niet-professionele blootstelling geregistreerd. Tal van verschillende antiretrovirale kuren werden voorgeschreven.

Het merendeel van de patiënten die een profylactische behandeling na niet-professionele blootstelling kregen, waren mannen, en een meerderheid daarvan was tussen de 20 en 50 jaar oud. Bij de mannen was de meerderheid MSM. In de meeste gevallen, zowel bij MSM als bij heteroseksuelen, werd de profylactische behandeling na niet-professionele

blootstelling toegepast als gevolg van een onbeschermd seksueel contact of van een gescheurd condoom van een seropositieve partner.

Onder de vrouwen kreeg de meerderheid een profylactische behandeling na niet-professionele blootstelling ten gevolge van een verkrachting of na een gescheurd condoom van een seropositieve partner.

Onder de heteroseksuele mannen werd de profylactische behandeling na niet-professionele blootstelling gebruikt ten gevolge van een onbeschermd seksueel contact of een gescheurd condoom van een sekswerkster, een seropositieve partner of een partner met een risico van HIV-besmetting.

In dit verband dient er opgemerkt te worden dat één van de vastgestelde tekortkomingen in het huidige systeem het ontbreken van gestandaardiseerde therapeutische schema's is, waardoor er grote verschillen in kostprijs zijn in vergelijking met een forfaitair toegekend bedrag. De kwaliteit van de gegevens is trouwens niet optimaal of gewoon afwezig (geen registratie van toetreding tot een profylactische behandeling, bijwerkingen enz.) omdat er geen systeem bestaat voor opvolging en evaluatie. Bovendien is er nog steeds een groot gebrek aan kennis over profylaxe na blootstelling in de relevante prioritaire groepen, zodat we geredelijk mogen aannemen dat er te weinig gebruik wordt gemaakt van deze interventie.

4.3.2. Profylactische behandeling na professionele blootstelling (OPEP)

De profylactische behandeling na professionele blootstelling wordt gedefinieerd als het gebruik van een combinatie van twee of drie antiretrovirale medicijnen bij iemand die werkzaam is in de gezondheidssector en die mogelijk werd blootgesteld aan het HIV-virus, meestal na een percutane verwonding, vaak een naaldprik.

Verskillende klinische studies hebben aangetoond dat de overdracht van HIV aanzienlijk kan worden beperkt door na de blootstelling antiretrovirale middelen toe te dienen. Een snel opstarten van de profylactische behandeling wordt aanbevolen na blootstelling aan bloed, lichaamsvochten of andere potentieel besmettelijke agentia.

De vertrouwelijke HIV-basistest (ook voor het hepatitis B en C-virus) van de blootgestelde werknemer moet gebeuren op het ogenblik dat de professionele blootstelling moet worden gerapporteerd of binnen de drie dagen na de blootstelling.

In België is de toepassing van een profylactische behandeling na een professionele blootstelling algemeen gangbaar. Toch moeten nog een aantal vragen worden opgehelderd, zoals die naar een wettelijk kader om de bron te testen (de kwestie van de geïnformeerde toestemming) en die naar de meest optimale kuur.

Op dit ogenblik zijn er voor België geen betrouwbare gegevens wat betreft de doelstellingen voor evaluatie en follow-up. Er moet dus absoluut een haalbaar systeem voor evaluatie en follow-up worden ontwikkeld, opdat de diensten die nu worden aangeboden zouden kunnen worden voortgezet.

4.3.3. Treatment as Prevention (TasP)

Treatment as prevention is het opstarten van een antiretrovirale therapie kort nadat de diagnose van HIV-besmetting werd gesteld met de bedoeling de virale lading te verminderen, waardoor de overdracht van HIV wordt verminderd. Treatment as prevention houdt in dat antiretrovirale medicijnen in een vroeg stadium van de HIV-besmetting worden genomen, zelfs indien de criteria voor het opstarten van een antiretrovirale behandeling

volgens de opgestelde richtlijnen nog niet zijn bereikt, en dat met de bedoeling de overdracht van HIV te verminderen.

Gerandomiseerde controleproeven moeten wetenschappelijke bewijzen voor de doeltreffendheid van *treatment as prevention* leveren. De vermindering van het aandeel van mensen die zich niet bewust zijn van hun HIV-besmetting en het instemmen met een lange termijnbehandeling zijn belangrijke factoren die een invloed hebben op de vermindering van de overdracht door middel van antiretrovirale medicijnen. Voor de Belgische bevolking zijn geen gegevens beschikbaar over deelname aan een behandeling, maar het aantal ondersteunde patiënten met een hardnekkige niet-opspoorbare virale belasting is overall hoog.

4.3.4. Preventie van de overdracht van moeder op kind

De profylaxe na blootstelling was de eerste ruime toepassing, en waarschijnlijk de meest succesvolle, van een combinatie van antiretrovirale geneesmiddelen waardoor het risico van overdracht van HIV van moeder op kind werd teruggebracht van 40% tot minder dan 1%. Het betreft hier een *treatment as prevention* voor de moeder en de pasgeborene, ook op lange termijn, en de opvolging van kinderen die geboren zijn uit een HIV-positieve moeder. Die interventie wordt al heel wat jaren in België succesvol toegepast.

Toch blijft de toegang tot de zorg (en tot gratis antiretrovirale behandeling) voor zwangere vrouwen met HIV nog problemen stellen, hoewel het hier een absoluut noodzakelijke ingreep betreft in de preventie van overdracht van moeder op kind.

4.3.5. Profylactische behandeling voor blootstelling aan een besmetting (PrEP)

Een combinatie van orale antiretrovirale therapie als chemoprofylaxe vóór de blootstelling heeft, wanneer die systematisch wordt gebruikt, zijn doeltreffendheid en veiligheid bewezen in klinische testen bij MSM en bij heteroseksuele mannen en vrouwen.

Onder MSM met aantoonbare geneesmiddelenconcentraties in het bloed werd het risico om HIV op te lopen met meer dan 90% verminderd. De voordelen van de profylactische behandeling werden aanzienlijk afgezwakt door onvoldoende therapietrouw, wat aangeeft dat doeltreffende programma's voor pre-exposure chemoprofylaxe zich op die variabele in het gedrag zouden moeten concentreren, naast adviezen voor veiligere seksuele handelingen. Tot slot moeten we benadrukken dat de momenteel beschikbare gegevens uitsluitend de ononderbroken profylaxe voor de blootstelling betreffen, terwijl een onderbroken profylaxe voor de blootstelling als alternatieve kuur nog wordt geëvalueerd.

4.3.6. Acties

ACTIE 32: Een permanente groep van deskundigen en stakeholders oprichten die de ingrepen die gebruik maken van antiretrovirale medicijnen volgt, evalueert en begeleidt

Follow-up en evaluatie zijn onmisbare beheer- en leerinstrumenten om de planning van huidige en toekomstige programma's, hun toepassing en de besluitvorming te verbeteren.

Om het programma te volgen en te evalueren zou een groep deskundigen moeten worden opgericht, die als opdracht moet krijgen om het toekomstig gebruik van antiretrovirale medicijnen op te volgen en te begeleiden, evaluatiegegevens bij alle partners in te zamelen en de toepassingen ervan in de toekomst te begeleiden. Dit team van deskundigen zou moeten bestaan uit artsen gespecialiseerd in HIV, wetenschappers met farmaco-economie als specialisatiegebied, experts volksgezondheid van verschillende bestuursniveaus,

ambtenaren van de instellingen voor regulering van medicijnen, ambtenaren van de sociale zekerheidsinstellingen, MMH en vertegenwoordigers van de prioritaire groepen.

ACTIE 33: De profylactische behandeling na niet-professionele blootstelling toegankelijker maken in België

Het wordt aanbevolen om de richtlijnen voor profylaxe na niet-professionele blootstelling te herzien en uit te breiden, om vervolgens meer informatie hierover te verspreiden en om de kennis in verband met profylaxe na niet-professionele HIV-blootstelling bekender te maken bij huisartsen, in spoeddiensten en onder de meest blootgestelde bevolkingsgroepen.

ACTIE 34: Een kader ontwikkelen voor pilootprojecten voor PrEP, evenals voor operationeel onderzoek om de uitvoerbaarheid van PrEP te evalueren

ACTIE 35: Voor een ruime verspreiding van de bestaande richtlijnen rond de preventie van de overdracht van HIV van moeder op kind zorgen

Het wordt aanbevolen om de Belgische consensus van 2009 voor de preventie van de overdracht van HIV-besmetting van moeder op kind aan te passen aan de actualiteit en om aanbevelingen te verspreiden onder alle betrokken beroepsmensen.

ACTIE 36: De toegang tot de antiretrovirale behandeling verbeteren en uitbreiden zonder beperking van CD4-criteria

Het wordt aanbevolen om stappen te zetten met het oog op een eventuele aanpassing van de terugbetalingscriteria van de antiretrovirale behandeling (ART) opdat ART kan worden toegediend aan alle MMH, ongeacht hun CD4-waarde. De huidige criteria die het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) hanteert voor de terugbetaling van medicijnen in verband met HIV laten ART immers alleen toe indien de CD4 waarde van de patiënt gedaald is tot 500 cellen/mm³ of lager. Door die maatregel kunnen artsen geen medicijnen voorschrijven aan patiënten die deel uitmaken van een serodiscordant koppel of aan patiënten die onlangs een besmetting hebben opgelopen en van wie de CD4-waarde hoger is dan 500 cellen/mm³. Patiënten met een hoge virale belasting kunnen echter de belangrijkste oorzaak vormen voor een HIV overdracht, ongeacht hun gehalte CD4-cellen.

5. Opsporing en toegang tot behandeling

5.1. Acties

ACTIE 37: Een nationale screeningstrategie inzake HIV en andere SOA's ontwikkelen die met de bestaande regelgevingen overeenstemt.

- **Principes van de strategie**
 - ✓ het opsporen moet vrijwillig gebeuren
 - ✓ voor de opsporing moet geïnformeerde toestemming zijn gegeven
 - ✓ de vertrouwelijkheid van de testresultaten moet gegarandeerd zijn
 - ✓ de opsporing moet gepaard gaan met een gepaste informatie voor de opsporing en adviezen voor na de opsporing (met inbegrip van doeltreffende informatie voor de partner en het voorzien van nauwe banden met een referentielaboratorium, diensten voor zorgverlening, behandeling en preventie)
 - ✓ de toegang tot de behandeling van HIV en SOA's, tot de zorgverlening en preventiediensten moet gegarandeerd zijn ongeacht het juridisch of administratief statuut van de patiënt
 - ✓ de screening moet op een risicobeoordeling van de patiënt berusten
- **Verskillende opsporingsmodellen combineren**
 - ✓ opsporing op verzoek van de cliënt (CIT) in gezondheidsinfrastructuren en in gespecialiseerde infrastructuur voor opsporing (VCT) na risicobeoordeling
 - ✓ opsporing voorgesteld door de zorgverlener (PIT)
 - ✓ opsporing binnen gemeenschappen door gezondheidszorgpersoneel of andere dienstverleners, mits opleiding
- **Verskillende ingangspunten voor opsporing combineren**
 - ✓ gespecialiseerde infrastructuur voor opsporing
 - ✓ dagklinieken die zich gespecialiseerd hebben in eerstelijnsgezondheidszorg
 - ✓ ziekenhuizen
 - ✓ gedecentraliseerde screeningprogramma's
 - ✓ huisartsen en specialisten
 - ✓ zelftests thuis

Men moet ervoor zorgen dat de verschillende toegangen tot de screening beschikbaar zijn en er daarbij over waken dat de doeltreffendheid en de kosten van de screening met elkaar in evenwicht zijn.

Voor wat de zelftests thuis betreft, moet toegankelijke en betrouwbare informatie worden verstrekt aan de mensen die hier gebruik van zullen maken, met inbegrip van informatie over wat te doen bij een positief resultaat. In dat geval moeten specifieke informatie-instrumenten beschikbaar zijn (via gsm, internet enz.)

Het wordt aanbevolen een wettelijk kader te definiëren voor die tests, en om pilootprojecten op te zetten om ze te evalueren en aanbevelingen te kunnen formuleren.

- **Ervoor zorgen dat volgende groepen worden gescreend en indien nodig de screening herhalen:**

- ✓ alle individuen voor wie de HIV/SOA-test negatief is, maar met een mogelijke blootstelling tijdens de seroconversieperiode
- ✓ alle MSM - om de zes maanden of vaker in het geval van een doorlopende blootstelling aan het risico
- ✓ alle mannen en vrouwen die afkomstig zijn uit een land met een hoge HIV-prevalentie (>1%) - jaarlijks of vaker in het geval van een verhoogde en doorlopende blootstelling aan het risico.
- ✓ sekswerkers - om het half jaar of vaker in het geval van een verhoogde en doorlopende blootstelling aan het risico.
- ✓ intraveneuze drugsgebruikers - jaarlijks of vaker in het geval van een verhoogde en doorlopende blootstelling aan het risico.
- ✓ Prenatale zorg: aan zwangere vrouwen moet een screening worden voorgesteld, en dit herhaalde malen
- ✓ mensen met symptomen die geassocieerd kunnen worden met "schildwacht" ziektes (volgens de opsomming in "HIV in Europe").
 - Hiertoe wordt aanbevolen om gezondheidswerkers die binnen hun vakgebied te maken krijgen met die sentinel-ziektes geregeld te informeren.

Voor die groepen moet een financiële toegankelijkheid verzekerd zijn en voor elke groep moet worden onderzocht wat de mogelijke belemmeringen voor een screening zijn om op basis daarvan corrigerende acties te kunnen ontwikkelen.

- **Soorten tests**

Het wordt aanbevolen om in alle laboratoria voor de screening gebruik te maken van een HIV-bloedtest van de vierde generatie die tegelijk het p24 antigeen detecteert. Bij een reactie moet de test worden doorgestuurd naar een van de 7 AIDSreferentielaboratoria ter bevestiging van de infectie en voor notificatie van een nieuwe besmetting .

HIV-sneltesten geven in enkele minuten tijd een resultaat op basis van een vingerprik of een speekselstaal. Het voordeel hiervan is dat deze testen gemakkelijk te gebruiken zijn indien het onmogelijk is om in de ader te prikken of indien een laattijdig verkrijgen van resultaten nadelig zou kunnen zijn. Men dient echter steeds de nadelen van dit soort testen in het achterhoofd te houden: ze zijn minder specifiek en minder gevoelig dan de laboratoriumtesten van de vierde generatie. Alleen POTC-sets met CE-label mogen worden gebruikt, en een AIDSreferentielaboratorium moet tussenkomen in zaken in verband met het kwaliteitsbeheer en de kwaliteitsgarantie van het screeningproces.

Alle nieuwe HIV-diagnoses moeten worden gesteld op basis van de geschikte confirmatietesten en een screening moet een tweede staalafname bevatten. Dit punt moet worden gecombineerd met een meting van de virale belasting en een test op SOA's en een CD4-telling.

- **Erop toezien dat mensen van wie werd vastgesteld dat ze seropositief zijn aangepaste informatie krijgen**

Het wordt aanbevolen om, ongeacht het ingangspunt van de opsporing, de persoon van wie werd vastgesteld dat hij of zij seropositief is, onmiddellijk en gemakkelijk kan beschikken over volledige informatie wat betreft structuren, actoren en mogelijke begeleiders in de streek waar hij of zij woont, zodat MMH hun behandeling correct kunnen volgen, risico gedrag vermijden en gewapend zijn tegen de problemen waar ze mee geconfronteerd kunnen worden op medisch, sociaal, economisch enz. vlak.

ACTIE 38: De screening bij de huisartsen en specialisten verbeteren

- **HIV en alles wat hiermee verband houdt moeten als een verplicht onderwerp in de**

medische opleidingscursus geïntegreerd zijn

In het kader van de opleiding moeten volgende elementen worden besproken:

- ✓ HIV-epidemie en SOA's in België, met inbegrip van de vraag over de verantwoordelijkheden op het vlak van gegevensinzameling voor controledoeleinden
- ✓ de modellen om HIV/SOA's op te sporen
- ✓ de voorwaarden voor de opsporing van HIV/SOA's (geïnformeerde toestemming, vertrouwelijkheid enz.).
- ✓ (nationale) reguleringen en richtlijnen betreffende de opsporing van HIV/SOA's
- ✓ soorten opsporing van HIV/SOA's
- ✓ indicatorziekten voor HIV of AIDS
- ✓ omstandigheden waarin het niet vaststellen van HIV negatieve gevolgen zou kunnen hebben voor het klinisch verloop
- ✓ symptomen van seroconversie
- ✓ beoordeling en herkenning van de risico's
- ✓ communicatieve vaardigheden, in het bijzonder rond seksuele gezondheid; de seksuele antecedenten noteren; testresultaten meedelen; informeren van de partner; adviezen
- ✓ praktische vaardigheden voor wat betreft veilig vrijen.
- ✓ herkennen van omstandigheden en symptomen die kunnen worden geassocieerd met seroconversie
- ✓ opleiden tot een benadering die rekening houdt met de specifieke kenmerken van de doelgroepen betreffende cultuur, tradities enz.

HIV/SOA's en alles wat hiermee verband houdt zou ook een onderdeel moeten zijn van de continue medische bijscholing van huisartsen en specialisten:

- ✓ De medische bijscholing moet dienen om gezondheidswerkers meer bewust te maken van HIV-risico's verbonden aan seksueel gedrag en drugsgebruik en om hen meer vertrouwen te geven en hun vaardigheden te verbeteren bij het voorstellen van een HIV-test, het meedelen van de testresultaten en het geven van advies
 - ✓ De medische bijscholing streeft ernaar de HIV-test in de routinematige testen voor andere ziekten te integreren, zodat de stigmatisering in verband met HIV vermindert.
 - ✓ De medische bijscholing sensibiliseert rond de ziekte-indicatoren en seroconversiesymptomen.
 - ✓ De medische bijscholing maakt gebruik van verschillende (bestaande) bronnen: opleiding, symposium, onlineopleidingen enz.
- **Aan huisartsen en specialisten een technische oriëntatie bezorgen over:**
 - ✓ Het herkennen van de omstandigheden en symptomen die kunnen worden geassocieerd met seroconversie
 - ✓ De indicatieve voorwaarden voor HIV/SOA's en AIDS
 - ✓ Gecombineerd opsporen van HIV/SOA's/AIDS
 - ✓ Herhaald opsporen van HIV/SOA's
 - ✓ De soorten testen (Elisa, sneltest, thuistest)
 - ✓ Besluitvormingsalgoritmen
 - ✓ Adviezen
 - ✓ Informeren van de partner
 - **Gedecentraliseerde screening en screening buiten de medische sfeer ondersteunen**

In overeenstemming met de bestaande regelgevingen moeten de gedecentraliseerde screening en screening buiten de medische sfeer worden ontwikkeld om de prioritaire doelgroepen beter te kunnen bereiken, alsook die omgevingen met een hoge prevalentie waar men zich dan ook mag verwachten aan een hoger aandeel laattijdige diagnoses.

- **Een juridisch kader formuleren dat gedecentraliseerde screening en screening buiten de medische sfeer mogelijk moet maken**

Het wordt aanbevolen dit soort opsporing in volgende omstandigheden uit te voeren:

- ✓ beschikken over goed opgeleid (niet-medisch) personeel
- ✓ beschikken over een systeem dat garant staat voor kwaliteit
- ✓ beschikken over een referentiesysteem voor adviezen en zorg, dat wil zeggen concrete wegen naar de zorgverlening

Het wordt aanbevolen om nationale richtlijnen uit te werken betreffende de context waarbinnen die gedecentraliseerde opsporing en opsporing buiten de medische sfeer moet worden gestimuleerd.

- **De opsporing van HIV/SOA's uitbreiden door het aanwerven van meer personeel dat vertrouwd is met screening en competent is om die uit te voeren**
- **Initiatieven ontwikkelen voor opvoeding en sociale mobilisatie om mensen die behoren tot prioritaire doelgroepen aan te moedigen zich te laten testen zodat ze behandeld kunnen worden en om ervoor te zorgen dat de testen bij die bevolkingsgroepen een ander imago krijgen, dit in het kader van *treatment as prevention***
- **De beschikbare methoden om HIV/SOA's op te sporen identificeren en hun respectievelijke voordelen evalueren naargelang de omgeving**
Het wordt ook aanbevolen om geregeld de keuze voor een opsporingsmethode te evalueren.
- **Alle positieve testen verifiëren met behulp van specifieke confirmatie testen in een van de zeven AIDSreferentielaboratoria.**
- **Met de lokale ARC opsporingsdiensten ontwikkelen die gevestigd zijn in de gemeenschap en een snelle en aangepaste toegang verzekeren tot diensten voor zorgverlening, behandeling en ondersteuning**
- **Een inventaris opstellen van de bestaande initiatieven en de instrumenten voor gegevensinzameling op elkaar afstemmen**

Het systeem voor rapportering en gegevensinzameling bedoeld voor opvolging moet worden georganiseerd op nationaal niveau, door één enkele instelling. Er moet een nationale inventaris worden opgesteld van de plaatsen waar HIV/SOA-testen kunnen worden uitgevoerd en die inventaris moet permanent worden bijgewerkt. Voor de sites moeten standaardinstrumenten voor gegevensinzameling en standaardformaten voor rapportering worden ontworpen, die verplicht moeten gebruikt worden om gegevens te registreren. De gegevensanalyse moet gebeuren op nationaal niveau, terwijl de retro informatie ervoor moet zorgen dat deze plaatsen inzicht krijgen over hun prestaties, het delen van goede praktijken aangemoedigd wordt en de verbetering van het programma wordt ondersteund. Er moeten indicatoren worden geselecteerd door middel van een logisch model voor HIV/SOA-opsporing, dat de doelstellingen en logische volgorde weergeeft die de inbreng linkt aan de activiteiten en processen : dit moet leiden tot producties, resultaten en uiteindelijk een doelgerichte impact.

ACTIE 39: Het verbeteren van de sensibilisering en informatie bij die personen die het meest zijn blootgesteld aan risico's

Het wordt aanbevolen om informatie te verstrekken over:

- ✓ de verschillende opsporingsmodellen,
- ✓ het belang van een diagnose in een vroeg stadium,
- ✓ de mogelijke symptomen van seroconversie en van een primaire besmetting,
- ✓ de plaatsen waar een test kan worden uitgevoerd,
- ✓ de virale belasting,
- ✓ de behandeling en de voordelen ervan,
- ✓ de toegang tot de behandeling, de zorg, de tolerantie van tri therapie, het respecteren van de vertrouwelijkheid,
- ✓ PMTCT (preventie van de overdracht van moeder op kind),
- ✓ het bestaan van PEP,
- ✓ de middelen om risico's te verminderen,
- ✓ het belang van een goede seksuele gezondheid,
- ✓ PreP.

Het wordt aanbevolen om een beroep te doen op nieuwe technologieën zoals apps en sociale netwerksites

ACTIE 40: De toegang tot de behandeling van HIV, zorgverlening en preventiediensten moet gegarandeerd zijn ongeacht het juridisch statuut of het al dan niet gedekt zijn door een ziekteverzekering

Het wordt aanbevolen om één enkele nationale referentieprocedure te ontwikkelen voor mensen die geen toegang hebben tot de gezondheidszorg in België, zodat ook zij kunnen genieten van de opsporing, en eventueel daarna van de diensten voor HIV-behandeling, zorg en preventie. Het wordt aanbevolen om bijzondere aandacht te besteden aan mensen die in een moeilijke sociaaleconomische of/en juridische (of administratieve) situatie zitten. Men moet wel opletten dat dit niet tot discriminatie ten aanzien van andere patiënten leidt.

6. De zorg voor MMH

6.1. Inleiding

Sinds antiretrovirale medicijnen ruim verkrijgbaar zijn in België en als een gevolg van een vermindering van indicatorziekten voor AIDS, is de levensverwachting van personen die leven met HIV voortdurend gestegen. Een HIV-besmetting is een chronische besmetting geworden.

Als een gevolg daarvan worden MMH vooral geconfronteerd met een reeks aandoeningen die niet rechtstreeks verband houden met de HIV-besmetting. De medische zorg voor HIV-patiënten is complex en vereist polymedicatie. Bovendien is een HIV-besmetting meer dan een louter medisch probleem. De MMH wordt ook geconfronteerd met een complex geheel van problemen (sociale, psychologische, seksuele enz.) waar hij ook hulp en bijstand voor zoekt. De zorg voor MMH vereist dus een globale en multidisciplinaire aanpak en moet in een zorgmodel worden geïntegreerd.

Als een gevolg van de verbeterde overlevingskansen, dankzij ART, en het toegenomen aantal nieuwe besmettingen, is het aantal opgevolgde patiënten in vijf jaar tijd toegenomen met 47%. Het valt te verwachten dat dit cijfer nog zal stijgen, met een gemiddelde van 1000 nieuwe HIV-diagnoses elk jaar. Men mag zich ook verwachten aan een potentiële stijging van het aantal behandelde personen in dezelfde orde van grootte.

6.2. Acties

ACTIE 41 : ontwikkelen van een zorgmodel

Er zou een geïntegreerd zorgmodel moeten worden ontwikkeld met een volledige lijst van alle behoeften van MMH, op basis van internationale aanbevelingen. Al die elementen zijn al opgenomen in de activiteiten en het zorgaanbod van de ARC. Toch moeten ze worden gestructureerd in een consensusmodel dat rekening houdt met de wetenschappelijke evidentie en met de verhouding kostprijs-doeltreffendheid. Bijgevolg zou iedere gediagnosticeerde persoon zo snel mogelijk moeten worden doorverwezen naar een ARC om er de zorg te krijgen van een specialist die ervaring heeft in dit domein.

*

Er moeten ook specifieke zorgmodellen (of uitbreidingen van het basismodel) worden opgesteld voor bepaalde groepen van patiënten:

- vrouwen met HIV die zwanger zijn of zwanger willen worden
- HIV-positieve kinderen
- HIV-negatieve kinderen geboren uit een HIV-positieve moeder
- MMH zonder statuut of met een bijzonder statuut (gevangenen, vluchtelingen, asielzoekers, ...)
- MMH die in rusthuizen/rust- en verzorgingstehuizen wonen

Het wordt aanbevolen om een nationaal register/cohort op te stellen voor die groep van kinderen.

Er moet een protocol worden opgesteld voor kinderen die leven met HIV om de overgang van de pediatrie naar een erkend centrum te vergemakkelijken en te optimaliseren.

De zorg voor kinderen met HIV moet worden geconcentreerd in een beperkt aantal erkende centra die over de vereiste multidisciplinaire expertise beschikken. Er zal wel moeten onderzocht worden of het aantal gevolgde kinderen in een dergelijk centrum volstaat om dat beleid te verantwoorden.

Er moet een nationaal register worden opgesteld om de gegevens over zwangere HIV-positieve vrouwen te consolideren.

*

Een niet te verwaarlozen aantal MMH verblijft in België zonder statuut of met een bijzonder statuut (vluchtelingen, asielzoekers, gedetineerden enz.). Hun statuut kan snel veranderen en zij moeten een beroep doen op verschillende instanties voor hun gezondheidszorg (openbare centra voor maatschappelijk welzijn, federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers enz.)

Er wordt aanbevolen dat de gezondheidswerkers voor de mensen met hiv zonder statuut of met een bijzonder statuut een duidelijk, homogeen en stabiel zorgmodel zouden opzetten.

Een persoon met hiv die het grondgebied moet verlaten zou in zijn land moeten blijven toegang hebben tot de zorg die zijn toestand vereist.

*

ACTIE 42: Aannee van nationale aanbevelingen voor de behandeling van MMH

In België zou men moeten kunnen beschikken over medische aanbevelingen voor de behandeling van MMH. Die aanbevelingen moeten:

- ✓ gebaseerd zijn op internationale en "*evidence based*" aanbevelingen
- ✓ aangepast zijn aan de Belgische situatie (beschikbaarheid, terugbetaling en kostprijs van antiretrovirale medicijnen, plaatselijke epidemiologie, ...)
- ✓ toelaten om de behandeling van MMH te organiseren op een meer gestandaardiseerde en eenvormige wijze
- ✓ onderwerp zijn van een consensus binnen een Belgische groep deskundigen
- ✓ regelmatig worden bijgewerkt

Er moeten "peer reviews" worden georganiseerd om de toepassing van die nationale aanbevelingen te optimaliseren.

De criteria voor terugbetaling van antiretrovirale medicijnen moeten worden aangepast aan de Belgische aanbevelingen.

ACTIE 43: De multidisciplinaire begeleiding verbeteren

Een multidisciplinaire begeleiding van MMH is noodzakelijk.

Er moet een checklist worden opgesteld van de problemen waar MMH te maken mee kunnen krijgen, niet alleen in het kader van hun behandeling maar ook van hun sociaal leven, en er moeten instrumenten voor opsporing en follow-up beschikbaar worden gesteld.

Elke MMH moet bij voor hun expertise erkende gespecialiseerde centra terecht kunnen om van de gepaste steun door professionelen (psychologen, maatschappelijke assistenten die deskundig zijn in seksuele en voortplantingscounseling, diëtisten, ...) te kunnen genieten.

De MMH moet op elk ogenblik de vrijheid hebben om de verschillende leden van het multidisciplinair team te raadplegen of, omgekeerd, om de door het erkende centrum aangeboden ondersteuning te weigeren.

De samenwerking tussen de erkende centra, huisartsen en actoren uit het verenigings- en gemeenschapsleven moet worden versterkt en georganiseerd. Deze moet zich als doel stellen de toegang tot aangepaste zorg te verbeteren alsook tot die structuren die de algemene gezondheid, het welzijn en de vaardigheden van MMH bevorderen. Hierbij moet rekening gehouden worden met de specifieke kenmerken van bepaalde bevolkingsgroepen zoals kansarmen, zwangere vrouwen of vrouwen die zwanger willen worden enz.

ACTIE 44: De relatie ARC – huisarts organiseren

De zorg voor MMH moet een gedeelde verantwoordelijkheid zijn tussen de huisarts enerzijds en de gespecialiseerde en erkende centra anderzijds. De zorg die een huisarts kan verstrekken zouden in de erkende centra alleen naar die mensen moeten gaan die geen toegang tot een huisarts hebben. Anderzijds zouden die zorgen die een specifieke kennis van de problematiek rond HIV-besmetting vereisen moeten verstrekt worden door deskundigen van een erkend centrum.

Een nauwkeurige en structurele verdeling van de taken tussen de huisarts en de specialist die in een erkend centrum werkt, blijkt op dit ogenblik moeilijk en dat om verschillende redenen.

De flexibiliteit in de verdeling van de taken moet behouden blijven: de volledige zorg is een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van de huisarts en de specialist. Afhankelijk van de gezondheidstoestand van de MMH kan het zwaartepunt van de medische zorg verschuiven.

Elke patiënt moet actief worden aangespoord om zich bij een huisarts van zijn keuze in te schrijven. Dit zal bij voorkeur een huisarts zijn met belangstelling voor en ervaring op het gebied van HIV-besmetting.

Er moet een systeem worden ontwikkeld dat zorgt voor een bi- of multidirectionele uitwisseling van de gegevens (met inbegrip van de farmaco-therapeutische gegevens) van het GMD tussen de huisarts en de specialist(en).

De uitwisseling van algemene informatie tussen de ARC en de huisartsen moet worden versterkt, meer bepaald voor wat betreft de steun, adviezen, structuren die men kan aanbevelen aan de patiënt zodat hij het hoofd kan bieden aan de verschillende problemen waar hij mee te maken kan krijgen.

ACTIE 45: Het beheer van antiretrovirale medicatie verbeteren

Er zouden voor de antiretrovirale behandeling nationale aanbevelingen moeten worden uitgewerkt, op basis van internationale aanbevelingen en best mogelijke klinische en aan de plaatselijke situatie aangepaste bewijzen.

De mogelijkheid zou moeten worden bestudeerd om het opstarten en veranderen van een antiretrovirale behandeling voor te behouden aan de geneesheer-specialisten die in een erkend centrum werken.

Alle gegevens betreffende de antiretrovirale medicatie en andere medicatie zouden moeten worden vermeld in het GMD van de MMH.

Omdat het zo belangrijk is dat de MMH de voorgeschreven behandeling stipt blijft volgen, moet zijn therapietrouw systematisch worden gecontroleerd en bij elk bezoek van de patiënt aan de behandelende arts(en) worden onderzocht.

Om verschillende redenen (financiële redenen, responsabilisering van de patiënt, betere opvolging en controle van de therapietrouw door de behandelende arts, ...) zou de mogelijkheid moeten worden onderzocht om de distributie van antiretrovirale medicatie via de ziekenhuisapotheek te legaliseren.

De mogelijkheid moet worden onderzocht en het moet worden aangemoedigd om alle gegevens in verband met de medicatie (antiretrovirale en andere medicijnen) van de patiënt, voor zover deze dat wenst, op te nemen in een globaal farmaceutisch dossier door een apotheker gekozen door de MMH.

ACTIE 46: De geografische dekking van de zorg verbeteren

De ARC staan in voor de behandeling van de grote meerderheid van gekende MMH (+/- 85%). Maar alleen de patiënten die worden gevolgd in een erkend centrum kunnen genieten van de conventie die is gesloten tussen de ARC's enerzijds en het RIZIV anderzijds.

Het wordt aanbevolen om het zorgaanbod te verhogen door de centra die al voldoende expertise in de globale en multidisciplinaire zorgverlening aan MMH hebben verworven toe te staan om bij een van de al erkende ARC aan te sluiten. De patiënten moeten, ongeacht het centrum, alle zorgen kunnen genieten die nu in de erkende centra aan patiënten worden verleend.

ACTIE 47: Self-management ontwikkelen

Omdat HIV een chronische ziekte is geworden, moeten zorgmodellen die de zelfstandigheid stimuleren (in verband met therapietrouw, het omgaan met seksuele risico's enz.) worden gepromoot, omdat op die manier MMH met kennis van zaken beslissingen kunnen nemen in verband met hun gezondheid en meer controle hebben over hun eigen leven en gezondheid.

MMH moeten gemakkelijk over volledige informatie kunnen beschikken over alle structuren, actoren, personen die hen kunnen begeleiden, in de streek waar ze wonen.

ACTIE 48: Een protocol ontwikkelen om het aantal patiënten dat uit het oog wordt verloren te verminderen

Er moet ook een specifiek protocol worden ontwikkeld om het aantal MMH dat uit het oog wordt verloren zoveel mogelijk te beperken.

ACTIE 49: Het nationaal cohort ontwikkelen

Het nationaal cohort moet meer bepaald informatie verstrekken over volgende elementen:

- ✓ de wijze van besmetting,
- ✓ of het opsporen al dan niet laattijdig is gebeurd,
- ✓ de termijn tussen de diagnose en het begin van de behandeling,
- ✓ de evolutie van de virale belasting van de patiënten en de maatregelen die werden genomen om besmetting van anderen te vermijden,
- ✓ de levenskwaliteit van patiënten die drager zijn van het virus (zowel vanuit medisch oogpunt als vanuit sociaal en psychologisch oogpunt)
- ✓ de onderbreking van de behandeling door sommige en de redenen daarvoor,

✓ enz.

Dit moet toestaan om op basis van die gegevens corrigerende acties te ontwikkelen.

7. Levenskwaliteit van MMH

7.1. Acties

Voorafgaande opmerking: de pijlers “preventie”, “opsporing en toegang tot de zorg”, “zorg voor MMH” omvatten al verschillende acties die bedoeld zijn om de levenskwaliteit van MMH te verbeteren. Toch moeten ook volgende acties worden ontwikkeld:

ACTIE 50: MMH beter over hun rechten (inzake toegang tot de gezondheidszorg en ten aanzien van discriminatie) informeren en hun vaardigheden versterken zodat ze ook daadwerkelijk voor die rechten kunnen opkomen

ACTIE 51: Strijden tegen de discriminaties van MMH op het gebied van huisvesting, opvang en onthaal, op het werk en in opleidingen, en tegen de discriminatie waarmee kinderen met HIV op school worden geconfronteerd

ACTIE 52 Een dialoog ondersteunen tussen de sociale partners, de overheid en de verzekeringsmaatschappijen over het probleem van het niet verzekeren van of/en de duurdere premies voor mensen met HIV opdat mensen met HIV dezelfde verzekerbare rechten zouden hebben als de rest van de bevolking

ACTIE 53: Ervoor pleiten om de reisbeperkingen voor MMH op te heffen

8. Evaluatie en monitoring van het Plan

8.1. Inleiding

Het Plan moet een duurzame impact hebben en de goede uitvoering ervan moet worden gegarandeerd.

Hiertoe moet het op permanente en georganiseerde structuren steunen, op de participatie van de prioritaire doelgroepen kunnen rekenen, de MMH op een determinerende wijze betrekken en op wetenschappelijke bewijzen steunen.

Zowel de MMH als de prioritaire doelgroepen moeten sterk bij zowel de uitwerking als de uitvoering van beleidsmaatregelen worden betrokken. MMH mogen niet alleen als patiënten worden gezien. Hun rechten moeten gegarandeerd zijn, met inbegrip van het recht op participatie in de besluitvorming wanneer die besluiten een impact hebben op hun eigen leven of worden genomen binnen een beleidskader waar de ervaring van MMH een troef is voor de overheid.

De beleidsmaatregelen die worden genomen op basis van gepaste indicatoren of instrumenten moeten voortdurend worden geëvalueerd, zodat het beleid indien nodig kan worden bijgestuurd en de doeltreffendheid ervan kan worden verbeterd.

In het kader van de uitvoering van het Plan moeten de betrokken actoren geregeld kunnen overleggen, met elkaar praten, samenwerken en van gedachten wisselen. Dat geldt zowel voor de actoren op het terrein als voor de politieke actoren.

Tot slot is bij de opstelling van het Plan gebleken dat bijkomende gegevens nodig zijn om de beleidsmaatregelen het juiste gewicht te geven, zowel voor preventie, als voor de opsporing en de zorg voor de MMH.

8.2. Acties

ACTIE 54: Oprichting van een permanente structuur voor overleg, monitoring en advies

De taken van die structuur moeten de volgende zijn:

- ✓ De overheidsinstanties ondersteunen bij de implementering van het HIV-plan
- ✓ slechte praktijken identificeren en corrigerende acties voorstellen
- ✓ de overheidsinstanties jaarlijks een rapport over de implementering van het HIV-plan bezorgen
- ✓ op vraag van overheidsinstanties of op eigen initiatief adviezen en aanbevelingen inzake HIV-beleid formuleren
- ✓ zorgen voor een regelmatige dialoog tussen alle actoren
- ✓ ervoor zorgen dat alle informatie, gegevens, studies en onderzoeken worden gecentraliseerd
- ✓ de voortgezette opleiding en informatie van de actoren ondersteunen
- ✓ ervaringen uitwisselen met andere landen
- ✓ werenschappelijk onderzoek stimuleren en ondersteunen
- ✓ een versterkt overleg garanderen tussen alle medische actoren, actoren uit verenigingen, communautaire actoren, commerciële actoren, MMH en overheidsinstanties zodat dit, binnen een bepaald domein, leidt tot een gemeenschappelijke, overlegde en door iedereen aanvaarde actie

Bij die structuur moeten op een determinerende manier betrokken zijn:

- ✓ gezondheidszorgwerkers
- ✓ verenigingen die strijden tegen HIV/AIDS
- ✓ communautaire actoren
- ✓ MMH
- ✓ het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV)
- ✓ De vertegenwoordigers van de betrokken overheden

ACTIE 55: Een Raad van MMH oprichten

Het wordt aanbevolen een Raad van MMH op te richten, zodat MMH bij de uitvoering van het Plan worden betrokken, zowel op het gebied van preventie en opsporing als bij de zorg en de verbetering van de levenskwaliteit van MMH.

ACTIE 56: De bestaande instrumenten om gegevens in te zamelen verbeteren en onderzoek/enquêtes ondersteunen om de bestaande gegevens aan te vullen en om de acties te beoordelen in termen van impact en/of verwachte resultaten als in termen van “quality management” om het beleid voor preventie, opsporing, zorg en verbetering van de levenskwaliteit van MMH precies af te stemmen en te evalueren.

ACTIE 57: De rol van de AIDSreferentielaboratoria consolideren

Op dit ogenblik werken de 7 ARL op een meer dan bevredigende wijze en in nauwe samenwerking (via het college van hoofden van ARL). Het moet de bedoeling zijn om hun huidige rol te consolideren en om hun werkwijze/de kwaliteit van hun werk nog te verbeteren.

ACTIE 58: Een geregeld politiek en administratief overleg verzekeren

Het wordt aanbevolen te zorgen voor geregeld politiek overleg tussen de verschillende betrokken beleidsinstanties en administratieve instanties, gedurende de hele duur van implementering van het Plan.

In het algemeen, moet erover gewaakt worden om geen nieuwe structuren op te zetten indien de bestaande structuren de voornoemde opdrachten kunnen uitvoeren.
--