

Voorstel van het Monitoring Comité voor een voortgezet nationaal hiv-plan 2020-2026 met bijzondere aandacht voor soa's

Dankwoord

Het Belgisch hiv-plan heeft van bij de eerste opzet in 2014 diverse deskundigen samengebracht en geleid tot samenwerking over het hele land. Dat was niet anders voor deze editie van het plan. En het zou trouwens ook niet anders mogelijk zijn geweest.

Sinds het bestaan van hiv in België dertig jaar geleden zijn mensen met hiv altijd betrokken geweest. Sommigen als actievoerders, anderen als stille getuigen en nog anderen als geëngageerde vrijwilligers, velen onder hen als motor voor verandering. Een hiv-plan zou niet hetzelfde zijn zonder te luisteren naar die stemmen, naar hun geschiedenis of de actieve medewerking van veel mensen met hiv. Zo voldoet het plan aan de huidige noden en is het ook toekomstbestendig.

Veel mensen, organisaties en overheidsinstanties hebben tijdens het ontwikkelingsproces een bijdrage geleverd. Het resultaat is een uniek hiv-plan dat van onderuit is ontwikkeld – en dat is tegelijk het meest opvallende kenmerk.

Het hiv-Monitoring Comité wil graag al zijn leden bedanken, die een diverse en brede afspiegeling vormen van het werkveld van ngo's en doelgroeporganisaties, clinici, laboratoriumdeskundigen en wetenschappers, voor hun actieve steun bij het opstellen van het hiv-plan 2020-2026: Jessika Deblonde, Sandra Van den Eynde, Thierry Martin, Christiana Noestlinger, Charlotte Pézeril, Chris Verhofstede, Joelle Defourny, Anne-Françoise Genotte, Agnès Libois, Rémy Demeester, Steven Callens, Maureen Louhenapessy, Koen Block, Ria Koeck, Patrick Reyntiens en Grâce Ntunzwenimana. Het schrijfcomité van het hiv-plan verdient een bijzondere vermelding: Jessika Deblonde, Christiana Noestlinger, Dominique Van Beckhoven, Koen Block en Gert Scheerder.

Een plan dat zoveel expertisedomeinen in België bijeenbrengt, veronderstelt ook de betrokkenheid van veel bevoegdheidsniveaus. Benoit Mores wees ons, weliswaar als adviseur voor de federale minister van Volksgezondheid, de weg doorheen de vele beslissingsniveaus. We willen ook graag alle regionale gezondheidsautoriteiten bedanken voor hun feedback, medewerking en voortdurende steun.

Dit plan werd ontwikkeld zonder enige bijkomende financiële steun van sponsors of financierende instanties. Al het werk werd geleverd als een soort bijdrage in natura door de leden en voorstanders van het plan. Het Monitoring Comité wil graag iedereen bedanken voor de vrijwillige inzet en het enthousiasme waarmee dit gebeurde.

Tot slot ook nog een woord van dank aan iedereen die ervoor ijvert om een eind te maken aan hiv in België, zowel als vrijwilliger in een ngo, als laboratoriumdeskundige, clinicus, onderzoeker, hulpverlener of als persoon die leeft met hiv. We hebben ieders inspanningen nodig om de doelstellingen van het plan waar te maken.

Een bijzonder eerbetoon zijn wij verschuldigd aan degenen die niet langer bij ons zijn maar een grote indruk op ons allemaal hebben gemaakt. Wij gedenken in het bijzonder Joelle Defourny, die met haar eindeloze toewijding pionierswerk heeft geleverd op het gebied van hiv-preventie en nog lang een bron van inspiratie zal blijven.

Terminologie

Aids: *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

Aids-referentielaboratorium (ARL): Er zijn zeven ARL's in België. Zij hebben de taak om hiv-infecties te bevestigen of uit te sluiten in geval van een reactieve screeningtest, nieuwe infecties te documenteren op een manier die epidemiologische analyses en wetenschappelijk onderzoek mogelijk maakt en de virale lading en geneesmiddelenresistentie van hiv-geïnficeerde personen te analyseren.

ART: Antiretrovirale therapie, behandeling voor hiv waarbij dagelijks een combinatie van hiv-medicatie genomen wordt.

Asielzoeker: Persoon die wacht op een beslissing over de aanvraag van het vluchtelingenstatuut, in overeenstemming met de relevante internationale en nationale instrumenten.

Bevestigingstest: Elke test die wordt gebruikt om een reactieve screeningtest te bevestigen (Line Immunoassay, Western Blot, enz.). Volgens de "state-of-the-art hiv-teststrategie" moet die bevestigingstest worden uitgevoerd door een ARL op een bloedstaal.

Chemseks: Het gebruik van stimulerende drugs zoals GHB, GBL, metamfetamine/mefredrone en ketamine tijdens seksuele betrekkingen (met één of meer partners).

Combinatiepreventie: Een reeks strategisch gekozen interventies om een maximale impact te hebben op de hiv-preventie door de combinatie van op mensenrechten gebaseerde en met bewijzen onderbouwde gedrags-, biomedische en structurele strategieën in te zetten in de context van een goed onderzochte en goed begrepen lokale epidemie.

Community of gemeenschap: Een groep mensen met een aantal kenmerken die verbonden zijn door sociale banden, dezelfde opvattingen hebben en samen actie ondernemen op een geografische plaats of in een bepaalde setting. Bijvoorbeeld: de hiv-gemeenschap, de migrantengemeenschap, de LGBTQI-community¹.

Doelgroep – locatie: In de context van hiv is doelgroep en locatie of lokale epidemie een concept dat wordt gebruikt om voorrang te helpen geven aan programma-activiteiten binnen de hiv-aanpak. Het verwijst naar de noodzaak om zich toe te

¹ MacQueen KM, McLellan E, Metzger DS, Kegeles S, Strauss RP, Scotti R, Blanchard L, Trotter RT. What is community? An evidence-based definition for participatory public health. American journal of public health. 2001 Dec; 91(12):1929-38.

spitsen op specifieke gebieden en specifieke bevolkingsgroepen met een hoge hiv-prevalentie of -incidentie². Het resultaat van het hanteren van een doelgroep- en locatieaanpak zal een doeltreffender hiv-aanpak zijn op basis van een meer gedetailleerde kennis van de hiv-epidemie in het land.

Gedemedicaliseerde hiv-test: Een snelle hiv-test die wordt uitgevoerd door een niet-medische zorgverlener in overeenstemming met het Koninklijk Besluit van 19/07/2018. Deze test biedt een eerste, snel screeningresultaat op basis van een aderpunctie, een vingerprik of een monduitstrijkje. Een reactieve sneltest moet worden bevestigd volgens de “state-of-the-art hiv-teststrategie”.

Gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit: Een multidimensionaal concept dat betrekking heeft op domeinen die verband houden met het lichamelijk, geestelijk, emotioneel en sociaal functioneren. Het gaat verder dan het rechtstreeks meten van de gezondheid van de doelgroep, de levensverwachting en oorzaken van overlijden en spitst zich toe op de impact die de gezondheidstoestand heeft op de levenskwaliteit.

Gezondheidswerkers op het terrein: Mensen die (zowel betaalde als onbetaalde) hulp bieden op het vlak van seksuele gezondheid en andere gezondheidsaspecten aan prioritaire doelgroepen. Een gezondheidswerker op het terrein kan aan gezondheidspromotie doen en/of activiteiten op het vlak van volksgezondheid uitvoeren buiten een formele (medische) setting. Deze gezondheidswerkers kunnen lid zijn van of banden hebben met de communities of gemeenschappen waarvoor ze werken (peers of lotgenoten).

HIV: *Human immunodeficiency virus* - humaan immunodeficiëntievirus

Hiv-referentiecentrum (HRC): Er zijn twaalf HRC's in België, geografisch gespreid over het hele land. HRC's zijn gespecialiseerde poliklinieken die multidisciplinaire hiv-zorg bieden.

Hiv-testing: Het proces waarbij (1) stalen worden genomen (2) de screeningtest wordt uitgevoerd op die stalen en (3) de bevestigingstest wordt uitgevoerd wanneer de resultaten reactief zijn.

Hiv-zorg: Medische hiv-zorg die, in overeenstemming met de inclusieve visie op hiv-zorg, zowel de behandeling met ART als psychosociale zorg omvat.

Koppeling aan zorg: Het krijgen van een eerste medische consultatie voor hiv-zorg na de hiv-diagnose.

² UNAIDS 2015. On the Fast-Track to end AIDS by 2030. Focus on Location and Population. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/FocusLocationPopulation>

Levenskwaliteit: De Wereldgezondheidsorganisatie heeft levenskwaliteit omschreven als “de manier waarop individuele personen hun positie in het leven ervaren, in de context van de cultuur en het waardensysteem waarin ze leven en in relatie tot hun doelen, normen, verwachtingen en bekommernissen”.

LGBTQI: Afkorting voor lesbisch, gay (homo), biseksueel, transgender, queer en intersekse. Er kunnen nog andere letters aan de afkorting worden toegevoegd om te verwijzen naar bijkomende vormen van genderidentiteit of seksuele geaardheid.

Mannen die seks hebben met mannen (MSM): Mannen die seksueel actief zijn of seksuele betrekkingen hebben met andere mannen.

Migrant: Een persoon die gedurende minstens twaalf maanden verhuist naar een land dat niet zijn of haar gebruikelijke verblijfplaats is, zodat het land van bestemming effectief zijn of haar nieuwe, gebruikelijke verblijfplaats wordt.

Migrant zonder papieren: Een buitenlander die een land binnenkomt of er verblijft zonder de nodige documenten. Het gaat onder andere om: een persoon (a) die geen wettelijke documenten heeft om een land binnen te komen, maar erin slaagt om clandestien binnen te komen, (b) die een land binnenkomt of er verblijft met gebruik van valse documenten, (c) die, nadat hij of zij is binnengekomen met wettelijke documenten, langer is gebleven dan de toegestane tijd of op een andere manier de toegangsvoorwaarden heeft geschonden en is gebleven zonder toelating.

MIPA: *Meaningful Involvement* of betekenisvolle betrokkenheid van MMH is het proces om mensen die leven met hiv centraal te stellen bij het uitstippelen en bepalen van het beleid, de financiering, de dienstverlening, het onderzoek en initiatieven die gevolgen voor hen hebben. MIPA komt in de plaats van de vroegere term GIPA (*Greater Involvement* – grotere betrokkenheid van MMH), een principe dat de rechten en verantwoordelijkheden van mensen met hiv tracht te verwezenlijken, zoals hun recht op zelfbeschikking en deelname aan de besluitvormingsprocessen die invloed hebben op hun leven.

MMH: Mensen die leven met hiv

N=N: “niet meetbaar = niet overdraagbaar”. Wanneer iemand hiv heeft en een doeltreffende behandeling krijgt, verlaagt het hiv-niveau (de virale lading) in het bloed. Wanneer de niveaus laag zijn (minder dan 200 kopieën/ml gemeten bloed) spreken we van een niet-detecteerbare virale lading. Medisch staat dit ook bekend als een onderdrukte virale lading. In dat stadium kan hiv niet seksueel worden overgedragen.

Partnerverwittiging: Dit concept verwijst naar het verwittigen van de persoon/personen waar men (onbeschermd) seks mee had nadat een/meerder soa of hiv werd vastgesteld. Het verwittigen gebeurt vrijwillig en kan ondersteund worden door de arts.

PEP: Post-Expositie Profylaxe, een kortdurende behandeling die zo snel mogelijk van start gaat na een blootstelling aan hiv. Post-expositie profylaxe (PEP) is bedoeld om het risico van infectie te verminderen.

PREMs: *Patient Related Experience Measures*. Instrumenten die de tevredenheid van patiënten meten in verband met de ontvangen zorg.

PrEP: *Pre-Expositie Profylaxe* (PrEP) is een hiv-preventiemiddel voor mensen die hiv-negatief zijn en een risico op hiv-infectie lopen. Bij PrEP moet op dagelijkse of niet-dagelijkse basis een specifieke combinatie van hiv-medicatie worden genomen.

PROMs: *Patient Related Outcome Measures*. Instrumenten die de uitkomst van een behandeling meten vanuit het perspectief van de patiënt.

Prioritaire doelgroepen: Bepaalde groepen die, als gevolg van een specifiek hoger risicogedrag en contextuele kwetsbaarheden meer risico op hiv lopen, ongeacht het type van de hiv-epidemie of de lokale context. Zij ondervinden vaak juridische en sociale problemen waardoor zij nog kwetsbaarder zijn voor hiv, en hebben vaak geen goede toegang tot diensten.

Regionale gezondheidsautoriteiten: term die wordt gebruikt om te verwijzen naar alle overheidsdiensten en beleidsmakers die betrokken zijn in het gezondheidsbeleid zowel deze vanuit de bevoegdheden van de gemeenschappen als deze gebaseerd op gewestelijk georganiseerde bevoegdheden.

Retentie in de zorg: MMH die een behandeling met hiv-medicatie nemen en op regelmatige basis psycho-medisch opgevolgd worden in het Hiv Referentie Centrum.

Soa: seksueel overdraagbare aandoening, naast hiv, zoals chlamydia (waaronder ook Lymphogranuloma venereum - LGV), gonorroe, syfilis, hepatitis, Humaan papillomavirus - HPV, herpes en trichomoniasis. Er zijn meer dan dertig pathogenen die seksueel kunnen worden overgedragen.

Syndemie³: Synergistische interacties van twee of meer naast elkaar bestaande ziekten, in combinatie met schadelijke sociale omstandigheden, die leiden tot een overmatige ziektelast. Naast een hogere hiv-prevalentie en een groter aantal

³ Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. Syndemics and the biosocial conception of health. The Lancet. 2017 Mar 4;389(10072):941-50

meldingen van depressieve symptomen en andere geestelijke gezondheidsproblemen zijn er ook wetenschappelijke gegevens die aantonen dat middelenafhankelijkheid en compulsief seksueel gedrag vaak tegelijk voorkomen.

TasP (*Treatment as Prevention*) – behandeling als preventie: Dit concept verwijst naar het gebruik van antiretrovirale medicatie door mensen die leven met hiv om de hoeveelheid virus in hun bloed te verlagen tot een niet-detecteerbaar niveau, zodat er effectief geen risico van hiv-overdracht bestaat bij seksueel contact.

Vluchteling: Een persoon die zich, omwille van een gegronde vrees voor vervolging om redenen van ras, religie, nationaliteit, lidmaatschap van een bepaalde sociale groep of politieke opinie, buiten het land van zijn of haar nationaliteit bevindt en niet in staat of, omwille van die vrees, niet bereid is om de bescherming van dat land in te roepen.

Zelfafname (ook thuisafname): Term die wordt gebruikt voor de afnameprocedure die deel uitmaakt van de hiv-teststrategie. Hij verwijst ernaar dat de consumenten/patiënten de stalen afnemen bij zichzelf. Stalen die op die manier worden ingezameld, moeten naar het laboratorium worden gestuurd om te worden getest. Wanneer het testresultaat reactief is, moet dat altijd worden bevestigd met een bevestigingstest.

Zorgcascade of zorgcontinuüm: Een rechtlijnige voorstelling van de opeenvolgende stadia van de medische hiv-zorg voor mensen met hiv; een monitoringkader dat kan worden gebruikt om lacunes in de zorg vast te stellen die gericht moeten worden aangepakt om de respons op de epidemie in heel het scala van interventies te verbeteren.

Inhoudstafel

- I. Inleiding
 - 1. Algemene principes
 - 2. Bedoeling en streefdoelen
- II. Achtergrond
 - 1. De hiv-epidemie in België
 - 2. Verwante soa-epidemieën
 - 3. Prioritaire doelgroepen
 - 4. Overzicht van de hiv-actoren
- III. Belangrijke verwezenlijkingen van het nationale hiv-plan 2014-2019
- IV. Naar een nieuw hiv-plan: methodes
- V. Prioriteiten & acties
 - 1. De preventiepijler
 - 2. De testpijler
 - 3. De zorgpijler
 - 4. De pijler van de levenskwaliteit
- VI. Het toezicht op de uitvoering van het hiv-plan
 - 1. Instanties voor monitoring
 - 2. Indicatoren voor monitoring

I. Inleiding

Meer dan vijf jaar geleden werd het eerste nationale hiv-plan 2014-2019 opgesteld door een groot aantal volksgezondheids- en doelgroeporganisaties. De voorbije jaren heeft het hiv-plan gediend als waardevolle leidraad voor de actoren van het werkveld en geleid tot een aantal belangrijke verwezenlijkingen. Intussen is het hiv-plan 2014-2019 afgelopen en is er een nieuw voorstel van hiv-plan ontwikkeld om richting te geven aan de aanpak van hiv, rekening houdend met de epidemische tendensen en de recente evoluties op het vlak van hiv.

Algemene principes

Het voorgestelde hiv-plan 2020-2026 omvat richtlijnen voor een kwaliteitsvolle, met bewijzen onderbouwde en rechtvaardige aanpak van hiv. Het hiv-plan berust op de medewerking van alle actoren op het gebied van hiv. Meest cruciaal daarbij is wellicht de blijvende, betekenisvolle medewerking van mensen met hiv en ook de betrokkenheid van organisaties die zich richten tot de prioritaire doelgroepen. Dat is een centraal element in de samenwerkingsbenadering en is van essentieel belang voor het welslagen van dit hiv-plan.

Het hiv-plan:

- Respekteert de mensenrechten en de seksuele en reproductieve rechten;
- Omarmt combinatiepreventie en gezondheidspromotie;
- Besteedt bijzondere aandacht aan soa's;
- Garandeert de medewerking van relevante actoren;
- Betrekt mensen met hiv (MMH) op zinvolle wijze;
- Verzekert de betrokkenheid en empowerment van belangrijke doelgroepen;
- Onderschrijft basisprincipes zoals interdisciplinaire kwaliteitsdiensten voor preventie, behandeling en zorg en gelijke toegang tot alle diensten;
- Verzekert onderzoek en surveillance om te komen tot een met bewijzen onderbouwd beleid voor alle pijlers en ook met het oog op evaluatie;
- Hanteert de principes van goed bestuur.

Bedoeling en streefdoelen

Dit plan streeft naar het verbeteren van verschillende aspecten van de levenskwaliteit en de medische toestand van MMH, van infectie tot diagnose, behandeling en zorg, tijdens hun hele levensloop, met bijzondere aandacht voor hun welzijn en binnen het kader van de universele toegang tot behandeling en zorg. Dit plan handelt ook over hiv-preventie en het promoten van de voorwaarden voor een gezonde en verantwoorde seksualiteit.

Het plan is gestoeld op de ambitie om de doelstellingen te bereiken die UNAIDS heeft vooropgezet om tegen 2030 een eind te maken aan de hiv-/aidsepidemie⁴. Het gaat onder andere om de 95–95–95-doelen: tegen 2030 kent 95% van de mensen met hiv hun hiv-status, 95% van de mensen die hun status kennen, worden behandeld en 95% van de mensen met een hiv-behandeling hebben een onderdrukte virale lading, zodat hun immuunsysteem sterk blijft en ze de infectie niet kunnen overdragen via seksuele contacten overgedragen. UNAIDS heeft ook streefdoelen vooropgezet voor primaire preventie en voor het tegengaan van discriminatie, die kunnen helpen om hiv uit de wereld te helpen en een optimale levenskwaliteit voor MMH te garanderen.

Omdat het hiv-plan het belangrijkste instrument is voor de aanpak van hiv in België, zijn streefdoelen belangrijk om zowel de verantwoordelijkheid als de bereikte vorderingen te beoordelen via monitoring en evaluatie. Daarvoor zijn specifieke streefdoelen vastgelegd die gebaseerd zijn op de Belgische epidemiologische en maatschappelijke context en betrekking hebben op de vele aspecten van het leven van mensen die het risico lopen om hiv te krijgen of te hebben.

De streefdoelen in verband met hiv-preventie en een betere seksuele gezondheid kunnen ervoor zorgen dat alle mensen die het risico van een hiv-infectie lopen de preventiemiddelen voor hun specifieke noden kennen, er toegang toe hebben en ontvangen. Voor de acties in verband met screening, behandeling, zorg en levenskwaliteit werd de keuze van de streefdoelen echter bepaald door de aanpak van het hiv-zorgcontinuüm, aangevuld met de vierde pijler in verband met levenskwaliteit.

Het gaat om de volgende essentiële doelstellingen:

- verhogen van het aantal mensen uit prioritaire doelgroepen die op de hoogte zijn van de bestaande maatregelen voor hiv- en soa-preventie;
- verhogen van het aantal mensen die preventieve diensten krijgen (zoals condoomgebruik, counseling over strategieën om risico's te beperken, chemseks, hiv-screening);

⁴ UNAIDS. Understanding Fast-track. Accelerating action to end the AIDS epidemic by 2030. Available at: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_en.pdf

- ervoor zorgen dat alle mensen met een groot risico op een hiv-infectie toegang hebben tot PrEP;
- zorgen voor opleiding voor alle zorgverleners over middelen voor combinatiepreventie en actuele sociaal-epidemiologische informatie over hiv om het testen te ondersteunen;
- tegen 2020 95% van alle MMH die hun status kennen, bereiken (de eerste UNAIDS-doelstelling voor het hiv-zorgcontinuüm);
- verminderen van het aantal laattijdig vastgestelde hiv-infectie;
- ervoor zorgen dat mensen die het meeste risico lopen/behoren tot de prioritaire doelgroepen die nog geen diagnose hebben gekregen, worden bereikt via hiv-screening in en door de community;
- verzekeren van de toegang van MMH en PrEP-gebruikers tot regelmatige soa-screening;
- zorgen voor een snelle koppeling met hiv-zorg na de diagnose en vervolgens retentie in de hiv-zorg;
- ervoor zorgen dat 95% van de MMH met een hiv-diagnose tegen 2030 ART krijgen (de tweede UNAIDS-doelstelling voor het hiv-zorgcontinuüm);
- ervoor zorgen dat meer dan 95% van de MMH die ART krijgen, tegen 2030 een niet-detecteerbare virale lading hebben (de derde UNAIDS-doelstelling voor het hiv-zorgcontinuüm);
- ervoor zorgen dat er instrumenten worden ontwikkeld om de levenskwaliteit op het vlak van gezondheid van patiënten te monitoren en dat die instrumenten worden gehanteerd in settings voor hiv-zorg;
- ervoor zorgen dat alle MMH via patiëntenorganisaties toegang hebben tot lotgenotensteun in overeenstemming met hun noden;
- verminderen van de stigmatisering en discriminatie van MMH.

I. Achtergrond

1. De hiv-epidemie in België

i. Trends in de hiv-diagnoses

Na de dalende trend van het aantal nieuwe hiv-diagnoses tussen 2012 en 2018, werd in 2019 een epidemiologisch plateau bereikt. Tussen 2019 en 2020 daalde het aantal nieuwe hiv-diagnoses met 21%. Deze sterke daling was duidelijk gerelateerd aan de COVID-19 pandemie en de maatregelen om de circulatie van het COVID-19 virus in te perken. Beide hadden een invloed op hiv-testactiviteiten, seksueel gedrag en migratiedynamieken.

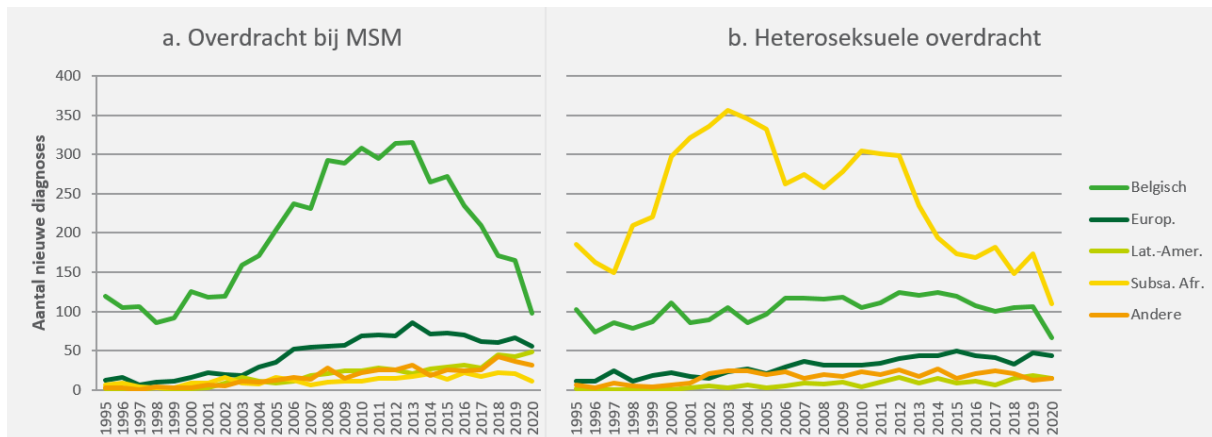
In 2020 werden 727 nieuwe hiv-diagnoses vastgesteld, wat overeenstemt met 2 nieuwe diagnoses per dag. België blijft hiermee één van de West-Europese landen met in verhouding het hoogst aantal nieuwe hiv-diagnoses (6.3/100 000 inwoners) ¹.

Sinds het begin van de hiv-epidemie in België worden twee sleutelpopulaties bijzonder getroffen, met name mannen die seks hebben met mannen (MSM), met Belgische nationaliteit en heteroseksuele mannen en vrouwen afkomstig uit Sub-Saharaans Afrika. Gezien de dalende trend van de diagnoses in deze sleutelpopulaties wordt het aandeel van populaties met andere profielen de laatste jaren relatief groter en is de epidemie in België nu meer gediversifieerd. In 2020 werd 40% van de nieuwe hiv-diagnoses vastgesteld bij Belgische MSM en heteroseksuelen afkomstig van Sub-Saharaans Afrika.

De neerwaartse trend van het aantal nieuwe hiv-diagnoses bij Belgische MSM werd in 2020 verdergezet; er was een lichte stijging bij MSM afkomstig uit Latijns-Amerika. Bij heteroseksuelen van Sub-Saharaanse Afrikaanse afkomst leek de dalende trend in 2019 gestopt te zijn, maar deze heeft zich in 2020 hernomen; er was eveneens een daling bij heteroseksuelen met de Belgische nationaliteit (figuur 1).

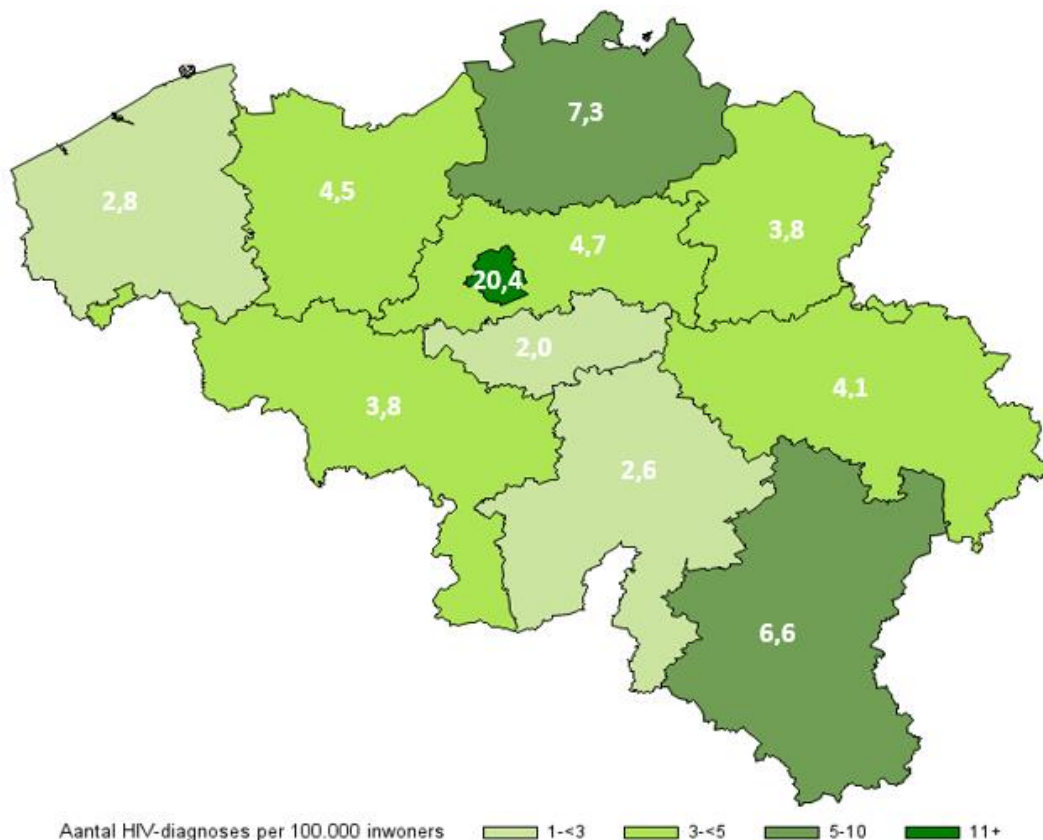
¹ Deblonde J, De Rouck M, Montourcy M, Serrien B, Van Beekhoven D. Epidemiologie van aids en hiv-infectie in België. Sciensano; 2021. Nederlandstalige versie beschikbaar via: <https://doi.org/10.25608/bbbj-e471>; Franstalige versie beschikbaar via: <https://doi.org/10.25608/zepg-vq62>

Figuur 1: Evolutie van het aantal nieuwe hiv-diagnoses per manier van overdracht en nationaliteit, België 1995-2020



Wat betreft de geografische spreiding werd in 2020 het grootste aantal hiv-diagnoses gerapporteerd in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest met 20.4 nieuwe diagnoses per 100 000 inwoners (figuur 2). Het aantal diagnoses was hoger in de steden (12.3 diagnoses per 100 000 inwoners) dan in de agglomeraties en de voorsteden (3.5 per 100 000 inwoners) of in dunbevolkte gebieden (2.6 per 100 000 inwoners). Het hoger aantal diagnoses in Brussel lijkt dus enerzijds verband te houden met het stedelijk karakter van het gewest en anderzijds met de specifieke kenmerken van de hoofdstad.

Figuur 2: Aantal hiv-diagnoses per 100 000 inwoners en per provincie en Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2020



ii. Test- en diagnoseproces

De laattijdige hiv-diagnose vormt nog altijd een probleem, aangezien een hiv-infectie niet noodzakelijk tot een onmiddellijke diagnose leidt. Het tijdstip van de diagnose wordt beïnvloed door allerlei factoren, zoals het langzame verloop van de ziekte en ook de beschikbaarheid en de frequentie van testactiviteiten. In 2020 werd 36% van de hiv-infecties laattijdig vastgesteld (<350 CD4 /mm³ op het moment van de hiv-diagnose). Het aantal laattijdige diagnoses is in 2020 gedaald maar blijft vaker voorkomen bij heteroseksuelen (47%) dan bij MSM (22%).

In 2020 werd de helft van de hiv-tests in België uitgevoerd door huisartsen, die 42% van de hiv-diagnoses stelden.

iii. Geschat aantal mensen met hiv: met en zonder diagnose

In 2020 waren er in België naar schatting 18 753 mensen met hiv, wat neerkomt op een prevalentie van 1,7/1000 inwoners. Uit recent onderzoek bij de meest getroffen bevolkingsgroepen bleek de hiv-prevalentie bij migranten uit Afrika ten zuiden van de Sahara op 5,9% te liggen bij de vrouwen en op 4,2% bij de mannen². Bij MSM ligt de gemelde hiv-prevalentie op 12%, zowel in het Sialon-onderzoek (op basis van biologische monsters)³ in Brussel als in het EMIS online-onderzoek (op basis van zelf gemelde gegevens) in België⁴.

Mensen met hiv (MMH) kunnen zich gedurende langere tijd voor hun diagnose niet bewust zijn van hun hiv-status. Mensen die seropositief zijn en niet beseffen dat ze hiv hebben, kunnen geen gebruik maken van een heel doeltreffende behandeling en kunnen ongewild bijdragen aan de verdere overdracht van de hiv-infectie. In 2020 waren naar schatting 1585 mensen zich niet bewust van hun hiv-infectie. Het geschatte aandeel van MMH dat zich niet bewust was van hun serostatus, daalde van 23,5% van de MMH in 2008 tot 8,5% in 2020. De hoogste prevalentie van niet-vastgestelde hiv-infecties was te vinden in de geografische regio's met de grootste Belgische steden als bij mensen met een buitenlandse nationaliteit, voornamelijk MSM met een niet-Europese nationaliteit⁵.

² Loos J, Nöstlinger C, Vuylsteke B, Deblonde J, Ndungu M, Kint I, Manirankunda L, Reyniers T, Adobea D, Laga M, Colebunders R. First HIV prevalence estimates of a representative sample of adult sub-Saharan African migrants in a European city. Results of a community-based, cross-sectional study in Antwerp, Belgium. PLoS one. 2017;12(4). Te raadplegen via: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0174677>

³ The Sialon II Project. Report on a Bio-behavioural Survey among MSM in 13 European cities. ISBN 978-88-98768-55-4 Cierre Grafica, 2016. Editors: Massimo Mirandola, Lorenzo Gios, Nigel Sherriff, Igor Toskin, Ulrich Marcus, Susanne Schink, Barbara Suligoi, Cinta Folch, Magdalena Rosińska. Te raadplegen via: http://www.sialon.eu/data2/file/133_Sialon%20II_Report%20on%20a%20Bio-behavioural%20Survey%20among%20MSM%20in%2013%20European%20cities.pdf

⁴ Vanden Berghe W, Deblonde J, Detandt S, Pezeril C, Sergeant M, Barris S. The European Men who have sex with men Internet Survey (EMIS) 2017. Brussel, België: Sciensano 2021; Observatoire du sida et des sexualités (ULB), D/2021/14.440/08. Te raadplegen via : <https://www.sciensano.be/nl/biblio/european-men-who-have-sex-men-internet-survey-emis-2017-resultaten-voor-belgie>

⁵ Marty L., Van Beckhoven D., Ost C., Deblonde J., Costagliola D., Sasse A., Supervie V. and the HERMETIC Study Group. Estimates of the HIV undiagnosed population in Belgium reveals higher prevalence for MSM with foreign nationality and for geographic areas hosting big cities. JIAS. 2019, 22:e25371. Te raadplegen via: <https://doi.org/10.1002/jia2.25371>

iv. De zorg voor MMH

Als gevolg van nieuwe infecties en de lage mortaliteit stijgt het aantal MMH met gemiddeld met 646 patiënten per jaar. In 2020 heeft zich uitzonderlijk een lichte daling voorgedaan van het aantal patiënten in medische follow-up ten gevolge van de COVID-19-pandemie. In 2020 werden in België 17 018 patiënten opgevolgd in de hiv-zorg. Een groeiend aandeel van de patiënten wordt ouder: van 19% van de patiënten van 50 jaar of ouder in 2006 tot 44% in 2020. Tegelijk zijn de patiënten intussen gemiddeld al langer geïnfecteerd en langer begonnen met ART en lopen ze daardoor een groter risico van (multi)comorbiditeit.

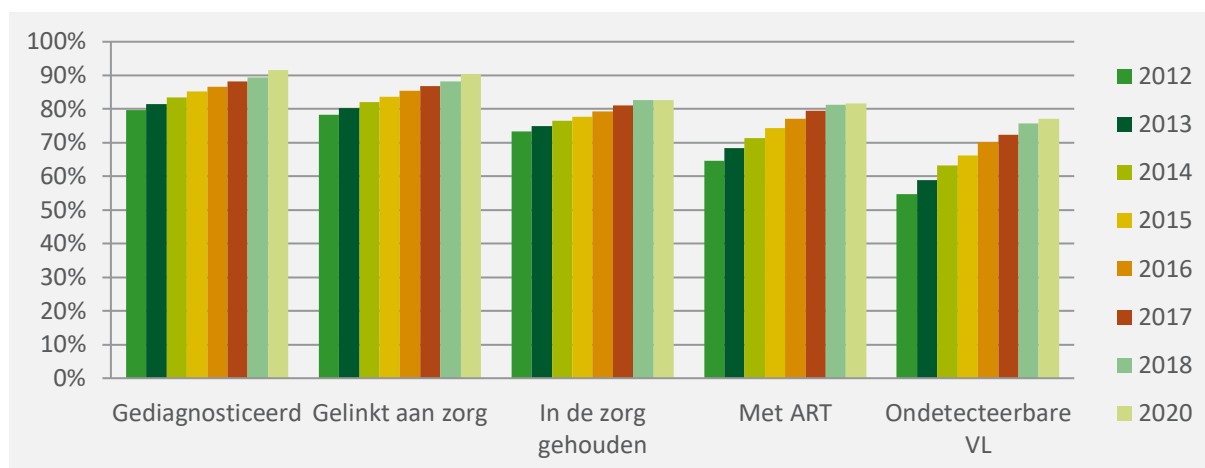
De indicatoren van de klinische zorg voor patiënten die worden opgevolgd in de hiv-referentiecentra (HRC's) zijn heel goed: in 2008 nam 75% ART en dat percentage was in 2020 gestegen tot 98% van de patiënten en 98% van degenen die al minstens 6 maanden ART volgden hadden een onderdrukte virale lading (<200 kopieën/ml).

Een optimale zorg voor hiv-patiënten vereist continuïteit in de dienstverlening. Vanuit klinisch en volksgezondheidsoogpunt staan een vroegtijdige en volgehouden hiv-zorg en -behandeling voor virale onderdrukking, betere gezondheidsresultaten en minder risico's van overdracht. De volgende factoren werden vastgesteld als risico voor een minder goede retentie in de hiv-zorg in België: een jongere leeftijd, intraveneus druggebruik, een recente diagnose en niet-Belg zijn. MSM hadden daarentegen een hogere retentiegraad⁶.

Het hiv-zorgcontinuüm is een monitoringkader dat gebruik maakt van transversale indicatoren voor het kwantificeren van het aantal mensen die een diagnose hebben gekregen, die zijn gekoppeld aan hiv-zorg, die een goede retentie in de zorg behouden, die ART krijgen en die een onderdrukte virale lading bereiken, in verhouding tot het geschatte aantal mensen met hiv. In 2020 had 92% van alle mensen met hiv in België een diagnose gekregen, was 90% gekoppeld aan hiv-zorg, bleef 83% in de zorg, kreeg 82% ART en had 77% een onderdrukte virale lading (figuur 3). In de loop der jaren is een verbetering in alle stadia van het continuüm vastgesteld, vooral voor het gebruik van ART en het onderdrukken van de virale lading.

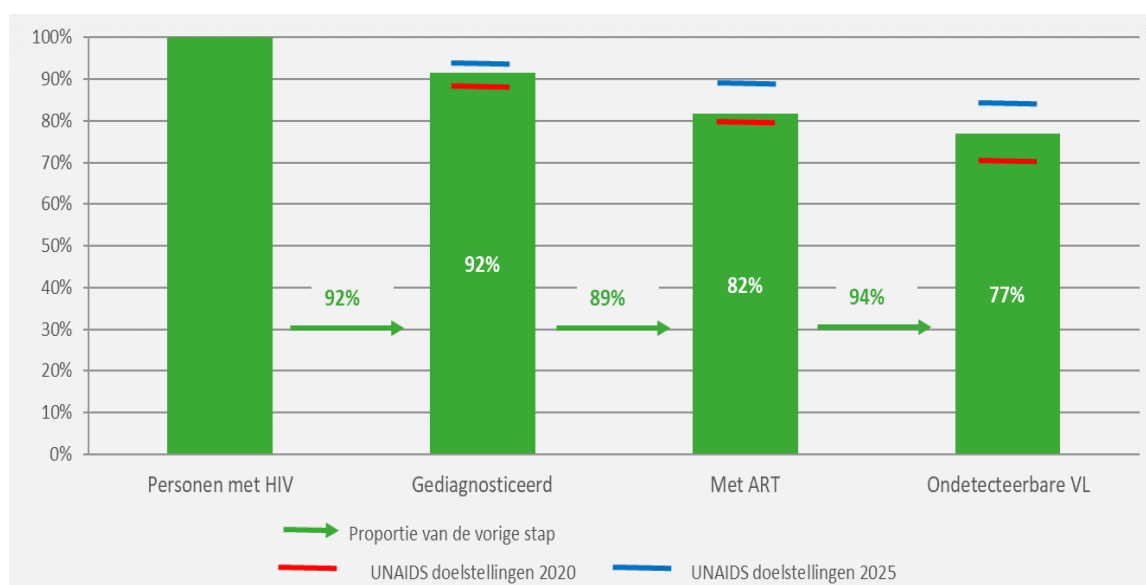
⁶ Van Beckhoven D, Florence E, De Wit S, Wyndham-Thomas C, Sasse A, Van Oyen H, Macq J; Belgian Research on AIDS, HIV Consortium (BREACH). Incidence rate, predictors and outcomes of interruption of HIV care: nationwide results from the Belgian HIV cohort. *HIV Med.* 2020 Oct;21(9):557-566. doi: 10.1111/hiv.12901. Epub 2020 Jul 5. PMID: 32627351; PMCID: PMC7540395.

Figuur 3: Hiv-zorgcontinuüm in België, 2012-2020



Voor 2020 heeft UNAIDS de ambitieuze 90-90-90 werelddoelstellingen opgesteld: 90% van de personen met hiv zou zijn of haar positieve serostatus moeten kennen, hiervan zou 90% antiretrovirale behandelingen moeten krijgen en hiervan zou 90% een ondetecteerbare virale lading moeten hebben. Zodra deze driedelige doelstelling is verwezenlijkt, zal de algemene doelstelling voor 2020 van minstens 73% van de personen die met hiv leven met een ondetecteerbare virale lading, bereikt zijn. België heeft deze algemene doelstelling gerealiseerd: in 2020 was 92% van de hiv- populatie gediagnosticeerd, hiervan kreeg 89% antiretrovirale behandelingen en hiervan had 94% een ondetecteerbare virale lading, of 77% van alle personen die met hiv leven (figuur 4). Bijkomende inspanningen om het aantal nieuwe infecties te beperken en te zorgen voor een vroegtijdige diagnose en voor de retentie in de zorg zullen bepalend zijn om in 2030 de volgende doelstellingen van 95-95-95 te bereiken.

Figuur 4. Hiv-zorgcontinuüm in België in 2020 in vergelijking met de UNAIDS-doelstellingen



2. Verwante soa-epidemieën

i. Epidemiologische en gedrag dynamiek

Recent advies van deskundigen van het ECDC stelt dat het integreren van een strategie voor soa-preventie en -bestrijding binnen een hiv-strategie het meest logische en gunstige praktijkmodel is⁷. Verder wordt ook het integreren van een strategie voor virale hepatitis aanbevolen als bijkomende optie⁸.

De argumenten voor die integratie worden versterkt door de gemeenschappelijke overdrachtswijze, die leidt tot overlapping in de getroffen prioritaire doelgroepen. Op individueel vlak leidt dit tot co-infecties. Door de aanwezigheid van een soa zijn mensen kwetsbaarder voor hiv-infectie en een infectie met zowel hiv als een andere soa kan het risico van verdere hiv-overdracht vergroten. Op populatieniveau worden hiv- en soa-epidemieën aangedreven door een gelijkaardige epidemiologische dynamiek – het zijn zogenaamde syndemische epidemieën⁹. Door de inspanningen voor preventie en screening te bundelen, kan een synergistische aanpak worden gebruikt om hiv en soa's effectiever en efficiënter te bestrijden.

Toch lopen niet alle doelgroepen die het meest getroffen worden door hiv hetzelfde risico op een soa. Net als in de meeste westerse landen is de vastgestelde algemene toename van syfilis- en gonorroe-diagnoses sinds 2002 in België vooral toe te schrijven aan de overdracht tussen MSM^{10 11}.

Chlamydia, gonorroe en syfilis kennen een hoge prevalentie bij bepaalde subgroepen van MSM. Met betrekking tot het gedrag wordt deze hoge soa-prevalentie geassocieerd met een minder consequent condoomgebruik, het hebben van meerdere sekspartners en gebruik of afhankelijkheid van drugs. LGV (Chlamydia serovar L) en seksueel overgedragen hepatitis C worden in verhouding vaker vastgesteld bij seropositieve MSM. De infectie met hepatitis C houdt verband met specifieke

⁷ European Centre for Disease Prevention and Control. Developing a national strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections. Stockholm: ECDC; 2019. Te raadplegen via: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/strategies-to-control-STIs.pdf>

⁸ European Centre for Disease Prevention and Control. Public health guidance on HIV, Hepatitis B and C testing in the EU/EEA - an integrated approach. Stockholm: ECDC; 2018. Te raadplegen via: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-hep-guidance-brief-6-december.pdf>

⁹ Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. Syndemics and the biosocial conception of health. The Lancet. 2017 Mar 4;389(10072):941-50

¹⁰ European Centre for Disease Prevention and Control. Gonorrhoea. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm: ECDC; 2019. Te raadplegen via: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2017.pdf>

¹¹ European Centre for Disease Prevention and Control. Syphilis. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm: ECDC; 2019. Te raadplegen via: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/syphilis-annual-epidemiological-report-2017.pdf>

risicovolle en traumatische seksuele praktijken zoals vuistneuken¹². Sinds de invoering van PrEP komen deze soa's echter ook meer voor bij seronegatieve MSM die PrEP nemen^{13 14}.

Soa's zijn veel minder prevalent bij migranten uit Afrika ten zuiden van de Sahara dan bij MSM. Bij een recent onderzoek bij de gemeenschappen van Afrikanen afkomstig uit Sub-Saharaanse landen in de stad Antwerpen bleek dat soa-diagnoses geassocieerd zijn met een hiv-infectie.

ii. Gemelde gevallen¹⁵

Chlamydia is de vaakst voorkomende soa in België. Het aantal gemelde gevallen in België is gestegen van 9,5/100 000 inwoners in 2002 tot 77,0/100 000 inwoners in 2019. Maar die stijging ging ook gepaard met gevoeliger diagnosemethodes en meer gerichte en opportunistische tests bij risicogroepen. Op Europees niveau worden meer gevallen gemeld bij heteroseksuelen, vooral vrouwen. Toch wordt 10% van de gevallen van chlamydia vastgesteld bij MSM¹⁶. Tussen 2014 en 2019 is het aantal gevallen van LGV (*Chlamydia serovar L*) bij MSM gestaag toegenomen in België.

Gonorrroe kende sinds 2002 een stijgende trend van 2,6/100 000 inwoners in 2002 tot 26,0/100 000 inwoners in 2019. In 2019 werd gonorrroe vooral vastgesteld bij mannen tussen 20 en 39 jaar. Op Europees niveau en in landen met een gelijkaardige sociale en epidemiologische context zoals Nederland wordt tot 50% van de gevallen vastgesteld bij MSM¹⁷.

Ook Syfilis kende in België tijdens dezelfde periode (2002-2019) een toename, van 0,4/100 000 inwoners in 2002 tot 21,6/100 000 inwoners in 2019. In 2019 werd syfilis

¹² Apers L, Vandenberghe W, De Wit S, Kabeya K, Callens S, Buyze J, et al. Risk factors for HCV acquisition among HIV-positive MSM in Belgium. JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr. 2015;68(5):585–593.

¹³ Sasse A, Deblonde J, De Rouck M, Montourcy M, Van Beckhoven D. Epidemiology of AIDS and HIV infection in Belgium. Sciensano; 2019. Nederlandse versie beschikbaar via: <https://doi.org/10.25608/5c9n-4t26>; Franse versie te raadplegen via: <https://doi.org/10.25608/k6sn-n789>;

¹⁴ Vuylsteke, B., Reyniers, T., De Baetselier, I., Nöstlinger, C., Crucitti, T., Buyze, J., Kenyon, C., Wouters, K. and Laga, M., 2019. Daily and event-driven pre-exposure prophylaxis for men who have sex with men in Belgium: results of a prospective cohort measuring adherence, sexual behaviour and STI incidence. Journal of the International AIDS Society, 22(10), p.e25407

¹⁵ Vanden Berghe.W, Lecompte.A, Bensemmane.S, De Schreye.R, De Baetselier.I. Surveillance van seksueel overdraagbare aandoeningen 2017-2019. Brussel, België; Sciensano; Rapportnummer: D/2020/14.440/85. Te raadplegen via: <https://www.sciensano.be/nl/biblio/surveillance-van-seksueel-overdraagbare-aandoeningen-gegevens-voor-de-periode-2017-2019>

¹⁶ European Centre for Disease Prevention and Control. Chlamydia infection. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm: ECDC; 2019. Te raadplegen via: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2017-chlamydia-infection.pdf

¹⁷ European Centre for Disease Prevention and Control. Gonorrhoea. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm: ECDC; 2019. Te raadplegen via: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2017.pdf>

vooral vastgesteld bij mannen tussen 20 en 59 jaar. Uit Europese gegevens over de overdracht van syfilis blijkt dat tot 75% van de gevallen wordt vastgesteld bij MSM¹⁸.

¹⁸ European Centre for Disease Prevention and Control. Syphilis. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm: ECDC; 2019. Te raadplegen via:
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/syphilis-annual-epidemiological-report-2017.pdf>

ii. Gemelde gevallen²⁰

Chlamydia is de vaakst voorkomende soa in België. Het aantal gemelde gevallen in België is gestegen van 9,5/100 000 inwoners in 2002 tot 77,0/100 000 inwoners in 2019. Maar die stijging ging ook gepaard met gevoeliger diagnosemethodes en meer gerichte en opportunistische tests bij risicogroepen. Op Europees niveau worden meer gevallen gemeld bij heteroseksuelen, vooral vrouwen. Toch wordt 10% van de gevallen van chlamydia vastgesteld bij MSM²¹. Tussen 2014 en 2019 is het aantal gevallen van LGV (*Chlamydia serovar L*) bij MSM gestaag toegenomen in België.

Gonorrroe kende sinds 2002 een stijgende trend van 2,6/100 000 inwoners in 2002 tot 26,0/100 000 inwoners in 2019. In 2019 werd gonorrroe vooral vastgesteld bij mannen tussen 20 en 39 jaar. Op Europees niveau en in landen met een gelijkaardige sociale en epidemiologische context zoals Nederland wordt tot 50% van de gevallen vastgesteld bij MSM²².

Ook Syfilis kende in België tijdens dezelfde periode (2002-2019) een toename, van 0,4/100 000 inwoners in 2002 tot 21,6/100 000 inwoners in 2019. In 2019 werd syfilis vooral vastgesteld bij mannen tussen 20 en 59 jaar. Uit Europese gegevens over de overdracht van syfilis blijkt dat tot 75% van de gevallen wordt vastgesteld bij MSM²³.

3. Prioritaire doelgroepen

MSM en Sub-Saharaans Afrikaanse migranten zijn de bevolkingsgroepen die het meest getroffen worden door de Belgische hiv-epidemie. Maar niet alle mensen uit die zwaarst getroffen groepen lopen hetzelfde risico: de dynamiek van de hiv-overdracht hangt af van de invloed van de verschillende risico- en kwetsbaarheidsfactoren waaraan zij zijn blootgesteld en die elkaar onderling versterken.

Om die reden spitst het hiv-plan zich toe op prioritaire doelgroepen, die worden omschreven als groepen die door een specifiek hoger risicogedrag en contextuele kwetsbaarheden een hoger risico op hiv en verwante soa's lopen. Die doelgroepen zijn heel belangrijk voor de hiv-epidemie en ook voor de hiv-aanpak in België. Het gaat om MSM, migranten (zonder papieren) uit landen met een hoge hiv-prevalentie,

²⁰ Vanden Berghe.W, Lecompte.A, Bensemmane.S, De Schreye.R, De Baetselier.I. Surveillance van seksueel overdraagbare aandoeningen 2017-2019. Brussel, België; Sciensano; Rapportnummer: D/2020/14.440/85. Te raadplegen via: <https://www.sciensano.be/nl/biblio/surveillance-van-seksueel-overdraagbare-aandoeningen-gegevens-voor-de-periode-2017-2019>

²¹ European Centre for Disease Prevention and Control. Chlamydia infection. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm: ECDC; 2019. Te raadplegen via: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2017-chlamydia-infection.pdf

²² European Centre for Disease Prevention and Control. Gonorrhoea. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm: ECDC; 2019. Te raadplegen via: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2017.pdf>

²³ European Centre for Disease Prevention and Control. Syphilis. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm: ECDC; 2019. Te raadplegen via: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/syphilis-annual-epidemiological-report-2017.pdf>

transgenders, sekswerkers, mensen die intraveneus drugs gebruiken en gedetineerden. Binnen elke prioritaire doelgroep hebben jongeren specifieke leeftijds- of ontwikkelingsgebonden behoeften en de acties van het hiv-plan zullen daar rekening mee houden.

Om de prioritaire doelgroepen voor hiv te bereiken, moet daarom worden ingegrepen op een combinatie van kwetsbaarheidsfactoren, zoals onvoldoende toegang tot gezondheidszorg, multifactoriële en intersectionale discriminatie, stigmatisering omwille van hiv en sociaaleconomische ongelijkheid.

Hoewel er hulpmechanismen bestaan om universele gezondheidszorg te waarborgen, bijvoorbeeld via de procedure van dringende medische zorg, kunnen complexe administratieve procedures toch een belangrijke belemmering vormen voor de reële toegankelijkheid van diensten. België biedt ook een sterk en progressief regelgevend kader op het vlak van discriminatie, dat – onder andere – beschermt tegen discriminatie op basis van gender, etniciteit, seksuele geaardheid of de huidige en toekomstige gezondheidstoestand²⁴. Maar toch wordt de kwetsbaarheid voor hiv-infectie nog altijd vergroot door ervaren en daadwerkelijke stigmatisering en discriminatie omwille van hiv, als gevolg van culturele gewoonten, godsdienstige overtuigingen, wettelijke beperkingen en de criminalisering van de hiv-overdracht. Naast of vervlochten met stigmatisering en discriminatie omwille van hiv kunnen MMH te maken krijgen met stigmatisering en discriminatie omwille van ras, seksuele geaardheid of genderidentiteit. Door discriminatie en (zelf)stigmatisering kan het gebeuren dat MMH geen toegang zoeken tot zorg en zichzelf uitsluiten van sociale hulp²⁵.

Bovendien worden bepaalde prioritaire doelgroepen geconfronteerd met armoede en hebben zij maar beperkte toegang tot essentiële diensten als huisvesting, onderwijs, werkgelegenheid, bescherming en justitie²⁶. Die factoren brengen een bijkomende kwetsbaarheid met zich mee, omdat ze de controle over de seksuele gezondheid ondermijnen en het risico van seksueel geweld en praktijken van transactionele seks vergroten. Ook het verband tussen migratie, armoede en hiv wordt wereldwijd erkend. Onderzoek in België heeft uitgewezen dat hiv-infectie bij Sub-Saharaans Afrikaanse migranten verband houdt met sociaaleconomische kwetsbaarheid, naast gelijktijdige relaties en seksuele betrekkingen vooral binnen Afrikaanse seksuele netwerken²⁷. Er

²⁴ UNIA. The 19 grounds of discrimination. Available at: <https://www.unia.be/en/grounds-of-discrimination/the-19-grounds-of-discrimination>

²⁵ Pezeril C. Lutte contre le SIDA et promotion de la santé sexuelle. Santé Conjuguée, 2019 n° 86. Te raadplegen via: <https://observatoire-sidasexualites.be/wp-content/uploads/SC-86-in-lgbt-def-pezeril.pdf>

²⁶ Gennotte et al. (2017). Mondeling toelichting tijdens het BREACH-symposium 2017, Anderlecht; België. Te raadplegen via: <http://www.breach-hiv.be/media/docs/BREACHSympto2017/AMASE.AFGennotteBreach3pourlesite.pdf>

²⁷ Loos J, Nöstlinger C, Vuylsteke B, Deblonde J, Ndungu M, Kint I, Manirankunda L, Reyniers T, Adobea D, Laga M, Colebunders R. First HIV prevalence estimates of a representative sample of adult sub-Saharan African

is ook vastgesteld dat sub-Saharaans Afrikaanse migranten mobiel zijn en tijdens die mobiliteit seksueel risicogedrag kunnen vertonen, waardoor het risico van hiv-infectie na de migratie toeneemt²⁸.

Een aantal goede praktijken heeft uitgewezen dat interventies die zich rechtstreeks richten tot prioritaire doelgroepen positieve resultaten kunnen opleveren. In de Belgische context is het dankzij *harm reduction*-diensten mogelijk geweest om de impact van hiv bij mensen die intraveneus drugs gebruiken vrij laag te houden in vergelijking met andere landen. De doeltreffende preventieve aanpak ten aanzien van – maar ook door – sekswerkers heeft niet enkel het risico van hiv- en soa-infecties verminderd, maar beoogde ook andere verwante risico's, zoals geweld, te verminderen. Daarnaast hebben verschillende doelgroeporganisaties deskundigheid ontwikkeld in het werken via een participatieve aanpak, in nauwe samenwerking met de getroffen communities. Dit zorgde ervoor dat de vraag naar preventie door de betreffende doelgroepen en het gevoel van betrokkenheid tot zelfs eigenaarschap van bijkomende diensten, zoals lotgenotensteun, toenam.

Samengevat kunnen we stellen dat er voortdurende interventies nodig zijn om de toegang tot diensten voor hiv-preventie en -zorg te verbeteren. Brede programma's voor hiv-preventie moeten zich niet alleen toespitsen op de biologische oorzaken van hiv-infectie, maar ook op de sociale context en de structurele factoren die het seksueel handelen en het gezondheidsbevorderend gedrag beïnvloeden. Doeltreffend strijden tegen hiv betekent de mensenrechten verdedigen en alle vormen van discriminatie bestrijden en ook werken vanuit een multisectorale benadering om de sociaaleconomische ongelijkheid aan te pakken.

4. Overzicht van de hiv-actoren

i. Organisaties voor hiv-preventie en -hulp

Diverse organisaties die werken aan gezondheidspromotie, preventie en ondersteuning voeren activiteiten uit voor de prioritaire doelgroepen die getroffen worden door hiv. Het gaat om organisaties die een of meer van de onderstaande diensten bieden:

- Algemene hulpverlening voor prioritaire doelgroepen zoals sekswerkers, LGBTQI, migranten, mensen die intraveneus drugs gebruiken en gedetineerden.

migrants in a European city. Results of a community-based, cross-sectional study in Antwerp, Belgium. PLoS one. 2017;12(4). Te raadplegen via: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0174677>

²⁸ Dias S, Gama A, Loos J, Roxo L, Simões D, Nöstlinger C (2020) The role of mobility in sexual risk behaviour and HIV acquisition among sub-Saharan African migrants residing in two European cities. PLoS ONE 15(2): e0228584. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228584>

- Informatieverstrekking over hiv en soa's en preventieve diensten voor het brede publiek of groepen met een verhoogd risico op een hiv-infectie.
- Structurele pleitbezorging voor het verdedigen en beschermen van de rechten van mensen die (sociaal/structureel) risico lopen van stigmatisering en discriminatie
- Rechtstreekse hulpverlening aan mensen die zijn getroffen door/leven met hiv, via peer-to-peer support, informatie en begeleiding.

ii. Hiv-referentiecentra

De Belgische hiv-referentiecentra (HRC's) zijn door de overheid erkende expertisecentra. Een HRC is verbonden aan een ziekenhuis en biedt toegankelijke en multidisciplinaire zorg voor mensen met hiv, zoals medische behandeling en zorg, psychosociale hulp en soa-screening. De erkende HRC's hebben een conventie met het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), waardoor de medische behandeling en ook de multidisciplinaire zorg en hulp terugbetaalbaar zijn. Sinds 2017 zijn de HRC's ook verantwoordelijk voor het verlenen van PrEP-diensten. Er zijn twaalf erkende HRC's in België, verspreid over het hele grondgebied om de toegankelijkheid van deze gespecialiseerde zorg te verzekeren. Vijf van de erkende HRC's bevinden zich in Vlaanderen (Antwerpen, Leuven, Hasselt, Gent, en Brugge), vier in Brussel (UZ Brussel, Sint-Pieters, Erasmus en Sint-Lukas) en drie in Wallonië (Luik, Charleroi en Namen).

iii. Aids-referentielaboratoria

De Belgische aids-referentielaboratoria (ARL's) zijn expertisecentra opgericht in 1987. Ze werken nauw samen met de hiv-referentiecentra. Er zijn drie ARL's in Vlaanderen (Antwerpen, Gent en Leuven), drie in Brussel (Jette, Sint-Lukas en Erasmus) en een in Wallonië (Luik). Hun taak bestaat erin hiv-infecties te bevestigen of uit te sluiten in geval van een reactieve screeningtest. Ze voeren ook de analyses uit voor de laboratoriummonitoring van hiv-infecties zoals het testen van de virale lading en onderzoek van medicatieresistentie. ARLs beoordelen eveneens de kwaliteit van tests die worden gebruikt voor diagnose en voor de opvolging van hiv-patiënten. Tenslotte documenteren ze nieuwe infecties zodat epidemiologische analyses en wetenschappelijk onderzoek mogelijk zijn. Voor dat laatste werken de laboratoria nauw samen met Sciensano. De ARL's worden gefinancierd via een conventie met het RIZIV.

iv. Laagdrempelige screeningcentra

Op basis van het Koninklijk Besluit van 6 maart 2017 (voorheen het Koninklijk Besluit van 28 december 2006) financiert het RIZIV drie HRC's als laagdrempelige screeningcentra: het Elisa Centrum in het HRC Sint-Pieter; Sida Sol vzw in het HRC Luik en het Helpcenter in het HRC Antwerpen. De screening waarnaar in de context van dit Koninklijk Besluit wordt verwezen, is bedoeld voor iedereen die een verhoogd risico loopt van infectie met hiv of een soa en die behoort tot een of meer van de volgende doelgroepen:

- migranten uit een land met een hiv-prevalentie die minstens 10 keer hoger ligt dan de hiv-prevalentie in België;
- mannen die seks hebben met mannen;
- intraveneuze druggebruikers en hun partners;
- sekswerkers en hun partners;
- klanten van sekswerkers en hun partners;
- mensen die onbeschermd seksuele betrekkingen hebben buiten de context van een permanente relatie;
- mensen die meerdere partners hebben of die seks hebben met een partner die meerdere partners heeft.

Die personen kunnen een gratis (en anonieme) hiv-test krijgen, indien nodig aangevuld met een soa-screening. De screeningactiviteiten kunnen buiten het screeningcentrum gebeuren (gedecentraliseerd testen), om ze beter toegankelijk te maken voor de doelgroepen.

v. Sciensano

Sciensano, het Belgisch Instituut voor Gezondheid, is bevoegd voor de epidemiologische surveillance van hiv en aids in België. Daartoe verzamelt Sciensano meldingen van nieuwe hiv-diagnoses van de ARL's en van nieuwe aidsgevallen door klinici. Sinds 2006 verzamelt Sciensano ook individuele routinegegevens over hiv-patiënten die medisch worden opgevolgd door de HRC's en de ARL's: dit is de Belgische hiv-cohorte. In 2018 werd ook de monitoring van PrEP- en PEP-gebruikers opgenomen in de hiv-surveillance.

Soa's als chlamydia, gonorroe en syfilis en ook enkele andere soa's worden door Sciensano gemonitord via verschillende surveillancebronnen.

vi. BREACH

BREACH, het Belgisch Onderzoek consortium voor aids en hiv, is een gezamenlijk initiatief van de Belgische hiv-referentiecentra, aids-referentielaboratoria, wetenschappelijke onderzoeksgroepen en belangenorganisaties op het terrein van hiv-infectie en aids. BREACH wil het Belgisch hiv-onderzoek van alle aard (klinische trials, epidemiologie, volksgezondheid, fundamenteel en translationeel onderzoek, gezondheidseconomie) bevorderen en ondersteunen, zowel op nationaal als op internationaal vlak en de algemene zichtbaarheid ervan verhogen. In dat kader worden jaarlijkse symposia en wetenschappelijke bijeenkomsten georganiseerd. BREACH telt ook een Werkgroep Volksgezondheid en een PrEP Task Force; de beide platforms bieden gelegenheid tot uitwisseling en samenwerking.

III. Belangrijkste verwezenlijkingen van het nationale hiv-plan 2014-2019

Het opstellen van het hiv-plan 2020-2026 vormt een goede gelegenheid om terug te blikken op wat het eerste hiv-plan 2014-2019²⁹ heeft kunnen verwezenlijken. Er zijn verschillende positieve realisaties te vermelden, waarop het nieuwe plan kan voortbouwen.

De wellicht belangrijkste verwezenlijking van het plan bestond erin wetenschappers, klinici, gezondheidswerkers op het terrein en andere actoren uit het hiv-werkveld in heel België bijeen te brengen. Het was de eerste keer dat actoren op het vlak van preventie, screening, klinische zorg en levenskwaliteit en ook MMH samenwerkten aan welomschreven doelstellingen voor een periode van zes jaar. Dit leidde tot een traject om de best mogelijke hulp, zorg en beleidsomgeving te bieden voor MMH en personen die risico lopen, met bijzondere aandacht voor de mensen met de grootste noden. De uitvoering van het plan werd opgevolgd door het Monitoring Comité, dat op 24 februari 2014 werd opgericht door de Interministeriële Conferentie voor Volksgezondheid (actie 54).

Het eerste hiv-plan werd ontwikkeld in een periode van grote veranderingen op het gebied van hiv-preventie, -screening en -zorg, waarop snel werd ingespeeld ook al brachten die veranderingen ook nieuwe uitdagingen met zich mee. Niet zonder trots en dankbaarheid kunnen we vaststellen dat de verschillende actoren de nieuwe ontwikkelingen niet alleen hebben verwelkomd, maar ze ook hebben aangegrepen en in hun diensten hebben opgenomen.

Tijdens de periode van het eerste hiv-plan werden onderzoeksprojecten opgezet om een beter inzicht te verwerven in de noden en het gedrag van mensen met een risico op een hiv-infectie terwijl ze Pre-Expositie Profylaxe (PrEP) gebruiken, in overeenstemming met actie 34 van het hiv-plan. De hoge mate van aanvaarding en de haalbaarheid van PrEP bij MSM werd aangetoond in een Belgisch PrEP-demonstratieproject³⁰. Achteraf waren hiv-zorgverleners, doelgroeporganisaties op het gebied van preventie en MMH tevreden over de beslissing van het federaal ministerie van Volksgezondheid om PrEP terug te betalen voor mensen met een hoog risico van hiv-infectie. Daardoor was België een van de eerste Europese landen waar PrEP werd ingevoerd op nationaal niveau.

²⁹ National HIV Plan for Belgium 2014-2019. Te raadplegen via: <http://www.breach-hiv.be/media/docs/HIVPlan/NationalPlanEng.pdf>

³⁰ Vuylsteke B, Reyniers T, De Baetselier I, et al. Daily and event-driven pre-exposure prophylaxis for men who have sex with men in Belgium: results of a prospective cohort measuring adherence, sexual behaviour and STI incidence. *J Int AIDS Soc.* 2019;22(10):e25407. doi:10.1002/jia2.25407

In overeenstemming met actie 1 en 3 bood het hiv-plan het kader om preventieboodschappen te herzien en mensen die een risico lopen te informeren over de verschillende opties die ze hebben om zichzelf en hun partners te beschermen. Een groot aantal studies heeft intussen uitgewezen dat het gebruik van preventietools, die worden afgestemd op de noden van de mensen, de meeste kansen biedt om de overdracht van hiv uiteindelijk terug te dringen.

Een andere verwezenlijking van het hiv-plan was de voortdurende inspanning om mensen zo vroeg mogelijk te testen en te behandelen. De toegang tot tijdige hiv-behandeling is vooral verbeterd dankzij actie 36, die opriep om de hiv-behandeling op te starten bij mensen die recentelijk een hiv-diagnose hebben gekregen, ongeacht hun CD4-waarde. Die actie heeft geleid tot een vroegere behandeling voor MMH en zo het sneller bereiken van een niet-detecteerbare virale lading, wat heel waarschijnlijk leidt tot minder overdracht binnen de community.

Daarnaast hebben de decentralisering en demedicalisering, het aanbieden van hiv-screening buiten het screeningscentrum of medische dienst, (actie 38) de mogelijkheid geboden om de meest kwetsbare doelgroepen te bereiken, die anders geen toegang zouden hebben tot diensten voor hiv-screening. De legalisering van het uitvoeren van sneltests door niet-medische zorgverstrekkers was belangrijk voor doelgroeporganisaties die screeningdiensten aanbieden met de hulp van niet-medische zorgverstrekkers. Er wordt een vormingsprogramma voor niet-medische zorgverstrekkers ontwikkeld en hoewel de uitvoering nog maar pas van start is gegaan, zijn er al een aantal vormingssessies georganiseerd.

Op die manier is het mogelijk geworden om hiv- en soa-screeningdiensten aan te bieden buiten de formele gezondheidsinstellingen om zo de toegankelijkheid van de screening te bevorderen en nieuwe diagnoses te kunnen stellen. We moeten er wel op wijzen dat die interventies vanuit de community niet enkel gericht zijn op screening. Ze proberen ook te sensibiliseren, de lokale gemeenschap te mobiliseren en nieuwe hiv- en soa-infecties te voorkomen. Het resultaat van die aanpak van gezondheidspromotie is dus veel breder dan blijkt uit enkel het aantal tests die worden afgenomen .

Met de steun van nationale en regionale gezondheidsautoriteiten en het RIZIV is België erin geslaagd een combinatie van behandeling, preventieve diensten zoals PrEP en gerichte screeninginitiatieven voor diverse communities te verzekeren. Uit de resultaten van de nationale hiv-surveillance blijkt een daling van het aantal nieuw geregistreerde hiv-gevallen binnen de groepen die het meest door de epidemie worden getroffen. We kunnen er redelijkerwijs van uitgaan dat die dalende trend een gevolg is van die aanpak van combinatiepreventie.

Ook op het vlak van behandeling en zorg is er succes bereikt. In tijden van stijgende aantallen MMH zijn de hiv-referentiecentra erin geslaagd om doeltreffende multidisciplinaire hulp te bieden aan MMH. België doet het vrij goed in het bereiken

van de 90-90-90-doelstellingen: een groot aantal mensen wordt getest, behandeld en gekoppeld aan zorg en in die zorg behouden (acties 42 en 43). Doordat MMH langer leven, zijn gezond ouder worden en levenskwaliteit belangrijke doelstellingen geworden in de zorg voor MMH. Er zullen blijvende inspanningen nodig zijn om MMH in de zorg te houden en hen te behoeden voor bijkomende infecties en comorbiditeit. Bijwerkingen op langere termijn blijven een aandachtspunt binnen de zorgverlening, vooral voor mensen die al vele jaren geleden hun diagnose kregen en die ouder worden met hiv.

Zoals blijkt uit recent behoeftenonderzoek vormen stigmatisering en discriminatie nog altijd een belangrijke belemmering voor MMH om voluit te leven. Het was positief om vast te stellen dat steeds meer MMH uit verschillende communities en met een andere achtergrond bereid en in staat zijn om hiv een gezicht te geven en hiv te helpen normaliseren in de samenleving (acties 50 en 51). De oprichting van de Positieve Raad door de Interministeriële Conferentie voor Volksgezondheid van 24 februari 2014 heeft de MMH een belangrijk platform geboden om een actieve partner te worden binnen het nationaal hiv-plan (actie 55).

Het eerste Belgische hiv-plan was een nationale oefening en een initiatief van onderuit dat kon daarom rekenen op veel enthousiasme van alle actoren op het hiv-werkterrein. Met de opvolger, het tweede hiv-plan voor 2020-2026, hopen we te kunnen voortbouwen op de verwezenlijkingen van het eerste plan en de nieuwe uitdagingen met evenveel succes te kunnen aanpakken. Het hiv-plan biedt hiervoor een stevig beleidskader, maar een volgehouden politieke inzet en de samenwerking van alle partners zullen nodig zijn om de ambitieuze doelstellingen van dit plan te kunnen verwezenlijken.

IV. Naar een nieuw hiv-plan: methodes

In de loop van 2018 startte het Monitoring Comité de procedure voor het ontwikkelen van een nieuw nationaal hiv-plan.

Dat nieuwe plan wordt nodig geacht omdat het een beleidskader voorziet voor de samenwerking en de communicatie met de overheidsdiensten voor volksgezondheid. De voorgestelde prioriteiten en acties moeten dus worden gekaderd in de bevoegdheden van de federale overheidsdiensten op het gebied van volksgezondheid en chronische ziekten. En bovendien moet het hiv-plan worden ingebed in de respectievelijke regionale kaders voor gezondheidspromotie en preventie.

De inhoud van het plan werd opgebouwd rond de vier strategische pijlers voor hiv-bestrijding: preventie, screening, zorg en levenskwaliteit, volgens dezelfde structuur als het vorige hiv-plan.

Voor elke pijler werd een werkgroep met deskundigen uit het werkveld opgericht. Op basis van een evaluatie van de epidemiologische context en lacunes in de aanpak, formuleerden de werkgroepen een aantal prioriteiten en acties. In een eerste fase werden die voorgelegd aan en bekrachtigd door terreinorganisaties en andere relevante actoren. Dat gebeurde door middel van verschillende methodes, zoals gesprekken in focusgroepen, workshops, enquêtes met vragenlijsten en een Delphi-consultatie. De Positieve Raad leverde transversale feedback bij de hogervermelde pijlers. In een volgende fase werd een overlegronde georganiseerd met de regionale gezondheidsautoriteiten. De ontvangen feedback werd meegenomen en er werd een redactiegroep met vertegenwoordigers van elke pijler opgericht om de synchronisatie en afwerking van het plan verder te coördineren. Er werden interne naleesrondes georganiseerd om de redactie te finaliseren. Ten slotte nodigde het Monitoring Comité de vertegenwoordiger van UNAIDS bij de Europese Unie uit om het hiv-plan 2020-2026 te steunen.

V. Prioriteiten en acties

1. DE PREVENTIEPIJLER

Algemene principes en achtergrond

Een aanpak van combinatiepreventie met verschillende strategieën en interventies is van cruciaal belang voor een doeltreffende hiv-preventie. De Belgische hiv-aanpak bouwt voort op de verwezenlijkingen en ervaringen van de voorbije decennia en wordt bepaald door de belangrijkste uitdagingen en kansen die zich aandienen.

De toolbox voor hiv-preventie is uitgebreid met biomedische instrumenten zoals Post-Expositie Profylaxe (PEP) voor mensen die mogelijk zijn blootgesteld aan hiv, de onmiddellijke behandeling van MMH na diagnose om seksuele overdracht te vermijden (TasP) en sinds kort ook het aanbod van Pre-Expositie Profylaxe (PrEP) voor mensen met een verhoogd risico op een hiv-infectie.

Het gebruik van de biomedische middelen voor hiv-preventie, die weliswaar veel voordelen bieden, kunnen ook uitdagingen met zich mee brengen. Ze worden immers gebruikt door mensen in de setting of de context van een specifieke community. Daarom moet de hiv-preventie ernaar streven om die biomedische instrumenten zo goed mogelijk te integreren in het al bestaande preventieaanbod. Verder moet ook rekening worden gehouden met de gemeenschappelijke overdrachtswijze van hiv en soa-infecties. Daardoor ontstaat een overlap tussen de getroffen prioritaire doelgroepen en is een geïntegreerde aanpak voor de preventie van hiv en soa's vereist.

Daarom wil dit hiv-plan een vernieuwde focus leggen op combinatiepreventie met de nadruk op structurele preventiemaatregelen ingebed in een algemene aanpak van seksuele gezondheid. Een primaire preventie moet mensen en communities de juiste kennis en vaardigheden aanreiken om zeggenschap te hebben over hun seksuele gezondheid, met een bevredigende en aangename seksualiteit. De toegang tot preventiemiddelen moet aangepast zijn aan de specifieke setting en context van de community, ook aan die van jongeren. Daarvoor zullen ook institutionele of structurele belemmeringen op de toegang tot middelen voor hiv- en soa-preventie uit de weg moeten worden geruimd, zoals stigmatisering omwille van hiv.

Uit wetenschappelijke en door de praktijk onderbouwde gegevens blijkt dat subgroepen binnen de bevolking niet allemaal op dezelfde wijze worden getroffen door hiv en verwante soa's. Daarom leggen de prioriteiten en acties voor preventie in dit hiv-plan de nadruk op groepen die grotere risico's lopen en kwetsbaarder zijn. Het gaat onder andere om mannen die seks hebben met mannen en mensen met een migratieachtergrond, vooral Sub-Saharaans Afrikaanse migranten. Mensen met

meerdere van deze kenmerken, zoals MSM met een achtergrond van een etnische minderheid, kunnen bijzonder kwetsbaar zijn en sterker worden getroffen door hiv³¹.

Ten slotte staan de bestaande hiv- en soa-preventiestrategieën momenteel onder druk door de recente trends van afnemend condoomgebruik, toenemende cijfers voor andere soa's dan hiv³² ³³ en geseksualiseerd gebruik van drugs³⁴. Een combinatiepreventie om die nieuwe fenomenen aan te pakken, zal het meest doeltreffend zijn als ze rekening houdt met de contextfactoren die het individuele gedrag bepalen en probeert de doelgroepen met een verhoogd risico te bereiken in hun eigen sociale setting.

De geplande acties zullen zoveel mogelijk volgens een participatieve aanpak verlopen. Op die manier ontstaat de kans om ze op zinvolle wijze af te stemmen op de noden van de mensen. Dat zal ook hun succes bepalen.

Doelstellingen

Het doel van de preventiepijler bestaat erin het risico van overdracht van hiv en andere soa's bij de algemene bevolking, en bij prioritaire doelgroepen in het bijzonder, te verminderen, door de beschikbare preventiestrategieën en -middelen te combineren.

Waar gaat het om?

De preventiepijler heeft betrekking op de primaire preventie van hiv en soa's in de brede context van seksuele gezondheidspromotie. Deze pijler omvat de combinatie van preventiecomponenten zoals informatie en voorlichting, gedragsverandering en structurele preventie-interventies. Hij bouwt voort op een intersectorale aanpak door de gezondheidssector – met gezondheidswerkers op het terrein, hiv-deskundigen, huisartsen en geestelijke-gezondheidswerkers – en door vakmensen uit de sectoren onderwijs, maatschappelijk werk, migratie en onderzoek. Hoewel de hiv- en soa-screening en hiv-behandeling duidelijk deel uitmaakt van de hiv-combinatiepreventie, komen deze aspecten aan bod in respectievelijk de Testpijler en de Zorgpijler.

³¹ Bil JP, Zuure FR, Alvarez-del Arco D, Prins JM, Brinkman K, Leyten E, van Sighem A, Burns F, Prins M. Disparities in access to and use of HIV-related health services in the Netherlands by migrant status and sexual orientation: a cross-sectional study among people recently diagnosed with HIV infection. BMC infectious diseases. 1 dec. 2019; 19(1):906.

³² Holt M, Lea T, Mao L, Kolstee J, Zablotska I, Duck T, Allan B, West M, Lee E, Hull P, Grulich A. Community-level changes in condom use and uptake of HIV pre-exposure prophylaxis by gay and bisexual men in Melbourne and Sydney, Australia: results of repeated behavioural surveillance in 2013–17. The lancet HIV. 1 aug. 2018; 5(8):e448-56.

³³ Vuylsteke B, Reyniers T, De Baetselier I, Nöstlinger C, Crucitti T, Buyze J, Kenyon C, Wouters K, Laga M. Daily and event-driven pre-exposure prophylaxis for men who have sex with men in Belgium: results of a prospective cohort measuring adherence, sexual behaviour and STI incidence. Journal of the International AIDS Society. 22 okt. 2019; (10):e25407.

³⁴ Rosińska M, Gios L, Nöstlinger C, Berghe WV, Marcus U, Schink S, Sherriff N, Jones AM, Folch C, Dias S, Velicko I. Prevalence of drug use during sex amongst MSM in Europe: results from a multi-site bio-behavioural survey. International Journal of Drug Policy. 1 mei 2018; 55:231-41

Relevante bevoegdheden

De verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor de primaire preventie liggen bij de regionale gezondheidsautoriteiten. Meestal worden subsidies op korte of langere termijn verstrekt aan doelgroeporganisaties, die de belangrijkste actoren zijn bij het uitvoeren van activiteiten van primaire preventie. Daarnaast zijn de centra voor gezinsplanning in Wallonië en Brussel ook belangrijke actoren op het gebied van preventie. Ook steden en gemeenten kunnen een bijdrage leveren aan de financiering van preventieactiviteiten.

Het leveren van PrEP- en PEP-diensten wordt echter georganiseerd door de federale overheidsdiensten voor volksgezondheid en gefinancierd door het RIZIV.

Echte combinatiepreventie vergt een multisectorale aanpak, waarbij naast de sector van de volksgezondheid ook diensten voor maatschappelijk werk, onderwijs en migratie op gewestelijk of lokaal niveau betrokken zijn.

Prioriteiten

De relevante actoren op het vlak van primaire preventie hebben zich via een participatief proces akkoord verklaard met de volgende prioritaire actiedomeinen en acties.

Prioritair actiedomein 1: Het bewustzijn en de kennis op het vlak van seksuele gezondheid, inclusief combinatiepreventie van hiv en soa's en strategieën voor risicobeperking, verhogen

- 1.1 De algemene bevolking informeren en voorlichten, inclusief combinatiepreventie van hiv en soa's, via seksuele gezondheidseducatie op school en campagnes in de media
- 1.2 De prioritaire doelgroepen informeren en voorlichten over seksuele gezondheid, inclusief combinatiepreventie van hiv en soa's, via gerichte initiatieven en campagnes in de media
- 1.3 Informatie- en voorlichtingsmateriaal actualiseren, ontwikkelen en gebruiken over hiv- en soa-preventie en risicobeperking voor prioritaire doelgroepen, inclusief het beperken van stigmatisering en discriminatie omwille van hiv

Prioritair actiedomein 2: De toegankelijkheid en het gebruik van middelen voor hiv- en soa-preventie en risicobeperking voor prioritaire doelgroepen vergroten

- 2.1 Zorgen voor de ruime verspreiding van gratis mannen- en vrouwencondooms en glijmiddelen in de community settings van de prioritaire doelgroepen, bv. in ontmoetingsplaatsen en op plaatsen waar Sub-Saharaans Afrikaanse migranten bijeenkomen, zoals terreinorganisaties, bars en kerken.
- 2.2 De beschikbaarheid, toegankelijkheid en het gebruik van PEP, PrEP en vaccinatieprogramma's voor hepatitis A, hepatitis B en HPV bevorderen

- 2.3 Zorg- en hulptrajecten aanbieden voor mensen die aan chemseks doen
- 2.4 De toegang tot en het gebruik van middelen voor hiv- en soa-preventie en risicobeperking vergroten door structurele barrières en belemmeringen op het niveau van verstrekkers en gebruikers weg te werken
- 2.5 Nagaan hoe de plaats- en doelgroepenaanpak voor hiv- en soa-preventie, en vooral het ‘fast-track city’-initiatief van UNAIDS, kan worden toegepast en uitgerold in de Belgische context

Prioritair actiedomein 3: Het verstrekken van PrEP-diensten uitbreiden en verbeteren

- 3.1 De huidige verstrekking van PrEP in kaart brengen en vernieuwende verstrekkingmodellen onderzoeken, zoals het betrekken van huisartsen en verstrekking door leden van de doelgroep (peers).
- 3.2 Ervoor zorgen dat het verstrekken van PrEP-diensten wordt gecombineerd met counseling over seksuele gezondheid, soa-preventie, toegang tot condooms en glijmiddel, regelmatige soa-screening en hulp in de context van chemseks
- 3.3 De kennis en het bewustzijn van PrEP bij prioritaire doelgroepen vergroten en misvattingen en negatieve houdingen tegengaan
- 3.4 De toegang en het gebruik van PrEP door prioritaire doelgroepen vergroten door structurele barrières en belemmeringen op het niveau van verstrekkers en gebruikers weg te werken

Prioritair actiedomein 4: Gezondheidswerkers en gezondheidswerkers op het terrein in staat stellen om prioritaire doelgroepen te helpen bij het gebruik van de middelen voor combinatiepreventie en risicobeperking van hiv en soa's

- 4.1 De kennis en het bewustzijn van de beschikbare preventiemethodes zoals PEP, PrEP, TasP en van de toegangspunten tot hiv- en soa-screening verhogen
- 4.2 De kennis en het bewustzijn van problematisch druggebruik, zoals chemseks, vergroten en dat benaderen vanuit een context van geestelijke gezondheid en welzijn
- 4.3 De communicatie- en interculturele vaardigheden verbeteren om proactief aandacht te besteden aan seksuele gezondheid in het algemeen en hiv- en soa-preventie zonder stigma en discriminatie
- 4.4 De intersectorale samenwerking tussen verstrekkers van gezondheidszorg en actoren buiten de gezondheidssector (bv. onderwijs, migratie en maatschappelijk werk) vergroten om te komen tot betere interventies op het vlak van combinatiepreventie, inclusief structurele preventie
- 4.5 Seksuele gezondheid en combinatiepreventie van hiv en soa's opnemen in het curriculum van studenten in medische en psychosociale richtingen

Prioritair actiedomein 5: (Actie)onderzoek opzetten over belangrijke gezondheidsdeterminanten en het gedrag van prioritaire doelgroepen als input voor wetenschappelijk onderbouwde preventieacties

- 5.1 Kwalitatief, kwantitatief en participatief actieonderzoek via verschillende methodes opzetten over belangrijke gezondheidsdeterminanten en het risico- en beschermingsgedrag van prioritaire doelgroepen om input te leveren voor hiv- en soa-preventie en seksuele gezondheidspromotie
- 5.2 De (gedrags)surveillance verder ontwikkelen en verbeteren om de hiv-preventie en seksuele gezondheidspromotie te monitoren

2. DE TESTPIJLER

Algemene principes en achtergrond

Een prioritaire maatregel om invloed te kunnen uitoefenen op de hiv-epidemie en verwante soa-epidemieën, bestaat erin de mensen zo snel mogelijk nadat ze de infectie hebben opgelopen te diagnosticeren en hen te koppelen aan de juiste diensten voor preventie, behandeling, zorg en hulp. Zoals de internationale richtlijnen het aanbevelen, moet de organisatie van hiv- en soa-testactiviteiten gebeuren vanuit het oogpunt van de volksgezondheid en de mensenrechten. Het testen moet daarom toegankelijk zijn en vrijwillig en vertrouwelijk gebeuren op basis van geïnformeerde toestemming.

In België wordt een strategische mix van hiv- en soa-testdiensten aangeboden in zowel medische als niet-medische voorzieningen. Daarnaast zijn er drie laagdrempelige screeningcentra in Antwerpen, Brussel en Luik, die de mogelijkheid bieden van een gratis en anonieme hiv-test voor populaties die een groot risico lopen³⁵. Sinds 2016 mogen niet-medische zorgverstrekkers onder bepaalde omstandigheden hiv-sneltests uitvoeren³⁶. En bovendien is ook een hiv-zelftest te koop in de Belgische apotheken.

België heeft geen nationaal hiv-testbeleid. In 2019 werden klinische richtlijnen opgesteld over de diagnose en de aanpak van gonorroe, syfilis en chlamydia in de eerstelijnszorg³⁷. Om eerstelijnsgezondheidswerkers te helpen bij het aanbieden van hiv- en soa-tests, werd een interactieve screeningtool “Testen op soa’s bij consultaties over seksuele gezondheid” gepubliceerd³⁸. Tenslotte hebben ook de HRC’s strategieën voor soa-screening, zowel voor MMH als voor PrEP-gebruikers.

In vergelijking met andere Europese landen heeft België een vrij hoog en stabiel hiv-testpercentage, met meer dan 700 000 hiv-tests per jaar. In 2019 werden 1,2 nieuwe diagnoses vastgesteld per 1000 tests. Meer dan de helft van de hiv-diagnoses

³⁵ Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten tot regeling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de prestaties voor specifieke vormen van aidsbestrijding (KB van 6 maart 2017, gepubliceerd op 23 maart 2017)

³⁶ Koninklijk besluit houdende de toepassing van artikel 124, 1° van de wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen teneinde een kader te scheppen voor de diagnostische oriëntatietests voor het humaan immuundeficiëntievirus (KB van 19 juli 2018, gepubliceerd op 19 september 2018)

³⁷ Jespers V, Stordeur S, Desomer A, Carville S, Jones C, Lewis S, Perry M, Cordyn S, Cornelissen T, Crucitti T, Danhier C, De Baetselier I, De Cannière A-S, Dhaeze W, Dufrainmont E, Kenyon C, Libois A, Mokrane S, Padalko E, Van den Eynde S, Vanden Berghe W, Van der Schueren T, Dekker N. Diagnosis and management of gonorrhoea and syphilis. Good Clinical Practice (GCP) Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2019. KCE Reports 310. D/2019/10.273/21. Te raadplegen via: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_310_Diagnosis_management_Gonorrhoea_and_Syphilis_Report.pdf

³⁸ Jespers V, Stordeur S, Desomer A, Cordyn S, Cornelissen T, Crucitti T, Danhier C, De Baetselier I, De Cannière A-S, Dhaeze W, Dufrainmont E, Kenyon C, Libois A, Mokrane S, Padalko E, Van Den Eynde S, Vanden Berghe W, Van Der Schueren T, Dekker N. Sexually Transmitted Infections in primary care consultations: development of an online tool to guide healthcare practitioners. Good Clinical Practice (GCP) Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2019. KCE Reports 321. D/2019/10.273/60. Te raadplegen via: <https://www.sti.kce.be/en/>

gebeurden door huisartsen, gevolgd door internisten en gynaecologen. Tot dusver zijn er geen nationale gegevens beschikbaar over het aandeel van hiv-tests uitgevoerd door doelgroeporganisaties in het aantal nieuwe diagnoses. Ten gevolge van barrières tot hiv-testing en de migratiestromen krijgen veel mensen met hiv in België pas een hiv-diagnose in een laat stadium van de infectie (<350 CD4/mm³). Op populatieniveau is een laattijdige diagnose verantwoordelijk voor het bestaan van een "verborgen" epidemie die de verdere verspreiding van de epidemie aandrijft.

Het testpercentage van soa's vertoont een stijgende trend. Voor chlamydia was er bij vrouwen een stijging van 30 tests per 1000 inwoners in 2017 tot 37 tests/1000 inwoners in 2019 en voor gonorroe van 25 tests/1000 inwoners in 2017 tot 35 tests/1000 inwoners in 2019. Bij mannen was er voor chlamydia een stijging van 12 tests/1000 inwoners in 2017 en 17 tests/1000 inwoners in 2019, voor gonorroe van 12 test/1000 inwoners in 2017 en 21 tests/1000 inwoners in 2019. Voor syfilis blijkt uit de cijfers van het RIZIV ook een stijgende trend in het aantal treponemale tests. Die stijgende trends kunnen gelinkt worden aan een hoger aantal opportunistische en gerichte soa-test en aan de uitvoering van screeningprogramma's bij risicogroepen zoals MSM³⁹.

Doelstelling

Het doel van de testpijler is het verbeteren van de frequentie, de regelmaat en de doelgerichtheid van de hiv- en soa-tests bij prioritaire doelgroepen om het percentage vroege diagnoses te verhogen, de snelle start van een volgehouden behandeling te verbeteren en overdracht te vermijden.

Waar gaat het om?

De testpijler heeft betrekking op de volledige procedure van screening tot de uiteindelijke hiv- en soa- diagnose, met inbegrip van de geïnformeerde toestemming, counseling, partnerverwittiging en het koppelen aan de juiste diensten voor preventie, zorg en hulp.

Relevante bevoegdheden

De verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor het testen op hiv en soa's zijn verdeeld over de federale en de regionale gezondheidsautoriteiten. De kosten van de hiv-tests die worden voorgeschreven door een arts worden terugbetaald volgens de regels van het RIZIV. De bevestiging van reactieve screeningtests gebeurt uitsluitend in de ARL's die eveneens worden gefinancierd door het RIZIV. De kosten voor de soa-tests worden ook terugbetaald volgens de regels van het RIZIV.

³⁹ Vanden Berghe. W, De Baetselier. I, Van Cauteren. D, Moreels. S, Sasse. A, Quoilin. S. Surveillance van seksueel overdraagbare aandoeningen. Gegevens voor de periode 2014-2016. Brussel, België: Sciensano; 2020. 26p. Depotnummer: D/2020/14.440/2

Verder financiert het RIZIV de drie laagdrempelige screeningcentra en verstrekt het subsidies voor programma's voor hiv- en soa-tests voor sekswerkers in Vlaanderen, Brussel en Wallonië. De regionale gezondheidsautoriteiten en de steden en gemeenten dragen ook bij aan de financiering van die sociaal-medische gezondheidscentra voor sekswerkers.

De organisatie van hiv- en soa-testactiviteiten door doelgroeporganisaties wordt gefinancierd door de regionale gezondheidsautoriteiten. Het gaat vooral om projectfinanciering die wordt toegewezen via periodieke oproepen in de context van het regionale beleidskader voor gezondheidspromotie en preventie.

Prioriteiten

De relevante actoren op het vlak van screening hebben zich via een participatief proces akkoord verklaard met de volgende prioritaire actiedomeinen en acties.

Prioritair actiedomein 1: Het bewustzijn en de kennis van zorgverleners, gezondheidswerkers op het terrein en prioritaire doelgroepen van de indicaties voor hiv- en soa-screening vergroten

- 1.1 Informatieve initiatieven voor gezondheidswerkers en gezondheidswerkers op het terrein over de indicaties voor hiv- en soa-screening actualiseren, ontwikkelen en uitvoeren
- 1.2 De bestaande richtlijnen en aanbevelingen voor hiv- en soa-screening voor tests in de eerstelijnszorg promoten, in het bijzonder de richtlijnen van het KCE over diagnose en aanpak van gonorroe, syfilis en chlamydia in de eerstelijnszorg en de screeningtool "Testen op soa's bij consultaties over seksuele gezondheid"
- 1.3 Netwerken voor samenwerking opzetten met betrekking tot de vorming van niet-medische zorgverstrekkers in community settings
- 1.4 De prioritaire doelgroepen informeren en voorlichten over de indicaties voor hiv- en soa-screening

Prioritair actiedomein 2: De toegankelijkheid en het gebruik van de hiv- en soa-screening verbeteren en de methodes en de diensten voor screening aanpassen aan de specifieke noden van de prioritaire doelgroepen

- 2.1 Een actuele inventaris van alle beschikbare toegangspunten voor hiv- en soa-screening bijhouden, zowel binnen medische als niet-medische settings
- 2.2 De communicatieve en interculturele vaardigheden van gezondheidswerkers – vooral van huisartsen – en terreinwerkers verbeteren om proactief hiv- en soa-tests aan te bieden
- 2.3 De toegang tot gratis en anonieme hiv-tests verzekeren
- 2.4 Verder werken aan de ontwikkeling van het wettelijk kader voor gecombineerde hiv- en soa-screening door niet-medische zorgverstrekkers
- 2.5 Kits voor zelfafname van hiv- en soa-tests aanbieden aan mensen die behoren tot groepen of communities waar hiv-infecties relatief vaker voorkomen

- 2.6 Gegevens verzamelen over de aankoop van de hiv-zelftest om na te gaan of het mogelijk is om het gebruik ervan beter te ondersteunen en te bevorderen
- 2.7 Nagaan hoe de plaats- en doelgroepenpak voor het testen, en vooral het 'fast-track city'-initiatief van UNAIDS, kan worden toegepast en uitgerold in de Belgische context
- 2.8 In samenwerking met de relevante beleidsmakers een uitgebreid hiv- en soa-testbeleid uitstippelen, dat de combinatie van alle bestaande testbenaderingen omvat

Prioritair actiedomein 3: Wetenschappelijk onderbouwde middelen inzetten om niet-gediagnosticeerde MMH te identificeren en lacunes in screening en preventie aan te pakken

- 3.1 De bestaande kennis uit verschillende disciplines over de dynamiek van de epidemie en de onderliggende gedragspatronen combineren
- 3.2 Gebruik maken van gemodelleerde schattingen en wetenschappelijke evidentie over overdrachtsnetwerken als middel om niet-gediagnosticeerde MMH te identificeren
- 3.3 Praktische instrumenten ontwikkelen en toepassen om gezondheidswerkers – vooral huisartsen – en terreinwerkers in staat te stellen om niet-gediagnosticeerde MMH te identificeren
- 3.4 De hiv- en soa-partnerverwittiging beter aanvaardbaar maken bij de verschillende prioritaire doelgroepen door structurele barrières en belemmeringen op het niveau van verstrekkers en gebruikers weg te werken
- 3.5 Het gebruik van instrumenten voor partnerverwittiging bevorderen

Prioritair actiedomein 4: Ervoor zorgen dat alle mensen met een diagnose van hiv en andere soa's zonder uitzondering snel worden gekoppeld aan diensten voor preventie, zorg en ondersteuning (door lotgenoten)

- 4.1 Initiatieven uitvoeren en begeleiding opzetten om zorgverstrekkers – vooral huisartsen – en terreinwerkers te ondersteunen bij het omgaan met testresultaten, inclusief het meedelen van een hiv-diagnose
- 4.2 De communicatie en samenwerking tussen diensten voor screening, zorg en hulp verbeteren
- 4.3 Duidelijke doorverwijzingstrajecten van screening naar zorg uitstippelen

Prioritair actiedomein 5: Een geharmoniseerde verzameling van gegevens over hiv- en soa-tests uitgevoerd door doelgroeporganisaties met terreinwerking consolideren

- 5.1 De verzameling van gegevens over hiv- en soa-testactiviteiten door doelgroeporganisaties met terreinwerking harmoniseren
- 5.2 De kwaliteit van de gegevens verbeteren
- 5.3 Alle toepasselijke gegevens samenvoegen tot een zinvolle nationale dataset die de testactiviteiten van de verschillende organisaties omvat
- 5.4 De consolidatie van de nationale gegevensverzameling coördineren

Prioritair actiedomein 6: Gegevens verzamelen en verspreiden om de huidige methodes van soa-screening en behandelingsstrategieën voor prioritaire doelgroepen, inclusief PrEP-gebruikers en MMH, te evalueren

- 6.1 Verder werken aan het ontwikkelen en verbeteren van surveillanceactiviteiten voor het monitoren van soa's bij prioritaire doelgroepen, inclusief PrEP-gebruikers en MMH
- 6.2 Het doel en de impact van de soa-screening en de behandelingspraktijken evalueren, en de wetenschappelijke evidentie ervan verbeteren
- 6.3 De nieuwe ontwikkelingen op het gebied van (snel)tests voor soa's volgen en de werking en de toepasbaarheid van die procedures en methodes evalueren.

3. DE ZORGPILJER

Algemeen principe - achtergrond

Duurzame kwaliteitszorg voor MMH is noodzakelijk om de morbiditeit en mortaliteit bij MMH te verkleinen, alsook een noodzakelijke voorwaarde voor een goede gezondheidsgelateerde levenskwaliteit en een betere deelname aan het actieve leven. Het gebruik van ART beperkt ook de verdere overdracht van hiv en helpt zo de epidemie onder controle houden. Daarom wordt kwaliteitszorg beschouwd als een rendabele investering. De indicatoren voor de klinische zorg bij hiv-infectie in België zijn tegenwoordig uitstekend. De huidige inspanningen moeten echter verder worden ondersteund om het hoge niveau van klinische zorg te behouden en die hoge normen voor alle MMH te kunnen garanderen, ook voor de moeilijk te bereiken en kwetsbare bevolkingsgroepen, met name door het verlagen van de barrières voor de toegang tot zorg te verkleinen. Meer aandacht voor psychosociale hulp is belangrijk om vergelijkbare kwaliteitsnormen te behalen.

Doelstellingen

De doelstellingen van de derde pijler bestaan erin multidisciplinaire zorg van een goede kwaliteit te verzekeren voor alle MMH en daarbij een betere gezondheid en een betere gezondheidsgelateerde levenskwaliteit voor alle MMH te garanderen en bij te dragen aan de bestrijding van de hiv-epidemie in België.

De specifieke doelstellingen zijn

(1) bijdragen aan de verbetering van de zorgcascade door een optimalisering van de stappen die verband houden met de hiv-zorg, namelijk:

- tijdige toegang tot hiv-zorg verzekeren voor alle MMH die een hiv-diagnose hebben gekregen
- ervoor zorgen dat iedereen die hiv-zorg krijgt, die zorg ook blijft krijgen
- een snelle toegang tot ART verzekeren voor iedereen die zorg krijgt
- ervoor zorgen dat iedereen die ART krijgt, een niet-detecteerbare virale lading bereikt

(2) alle MMH de hulp bieden om te komen tot de best mogelijke gezondheidsgelateerde en psychosociale levenskwaliteit.

Naast de hierboven vermelde prioriteiten voor de zorg moet er ook steun zijn voor een doeltreffend nationaal epidemiologisch register en voor de surveillance van klinische en psychosociale hiv-activiteiten, evenals voor verder operationeel en klinisch onderzoek. Dit is noodzakelijk om de gezondheidsgelateerde levenskwaliteit te monitoren en de hiv-zorg te verbeteren,.

Waar gaat het om?

Deze pijler van de hiv-zorg heeft betrekking op de medische en psychosociale zorg voor MMH, van de diagnose van de hiv-infectie tot het bereiken van een niet-detecteerbare virale lading, met bijkomende aandacht voor de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit gedurende het hele zorgcontinuüm.

Relevante bevoegdheden

De verantwoordelijkheden en bevoegdheden om de medische behandeling en zorg in hiv-referentiecentra of andere medische voorzieningen te verzekeren, liggen vooral bij de federale overheid.

Voor hiv-patiënten die onder de nationale ziekteverzekering vallen, worden de uitgaven voor medische zorg gedekt door het RIZIV. Het OCMW en Fedasil dekken de kosten voor niet-verzekerde hiv-patiënten. De Federale Overheidsdiensten voor Binnenlandse Zaken en voor Volksgezondheid financieren de medische zorg voor patiënten in detentie.

Prioriteiten

De relevante actoren in de hiv-zorg hebben zich via een participatief proces akkoord verklaard met de volgende prioritaire actiedomeinen en acties.

Prioritair actiedomein 1: Toegang verzekeren tot kwaliteitszorg en ART voor alle MMH in België, ongeacht hun administratieve situatie

- 1.1 Ervoor zorgen dat alle MMH met een hiv-diagnose voldoende informatie krijgen over hiv-zorg en multidisciplinaire hulp
- 1.2 Ervoor zorgen dat alle MMH met een hiv-diagnose tijdig voor een volledig onderzoek worden doorverwezen naar zorgverleners die gespecialiseerd zijn in de hiv-zorg
- 1.3 Ervoor zorgen dat alle MMH die in België wonen, snel toegang krijgen tot de meest aangewezen ART
- 1.4 De administratieve belemmeringen voor de toegang tot ART voor MMH die in een asielprocedure zitten of afhankelijk zijn van dringende medische zorg aanzienlijk verminderen
- 1.5 Toegang verlenen tot hiv-zorg van een goede kwaliteit voor MMH in gevangenissen of andere detentiecentra
- 1.6 Toegang verlenen tot hiv-zorg van een goede kwaliteit voor MMH in centra voor asielzoekers
- 1.7 Toegang verlenen tot hiv-zorg van een goede kwaliteit voor MMH in psychiatrische centra, verzorgingstehuizen, rusthuizen of andere centra voor langdurig verblijf
- 1.8 MMH informeren over de beschikbaarheid van lotgenotensteun via patiëntenorganisaties

Prioritair actiedomein 2: Ervoor zorgen dat alle MMH zorg blijven krijgen via empowerment van patiënten en een aanpak van samenwerking met huisartsen en patiëntenorganisaties

- 2.1 Ervoor zorgen dat patiënten die zijn weggevallen voor follow-up systematisch worden gecontacteerd.
- 2.2 Bij alle nieuwe hiv-patiënten systematisch nagaan hoe zij te bereiken zijn in geval van een gemiste afspraak
- 2.3 Patiënten identificeren die een groter risico lopen om af te haken en die gerichte hulp moeten krijgen om zorg te blijven ontvangen
- 2.4 Steun verlenen aan ondersteuning (door lotgenoten) en empowerment van MMH over hun (hiv-)zorg en het gebruik van eHealth
- 2.5 De kennis en het bewustzijn van de huisartsen verbeteren over de hiv-epidemie in België, over TasP, N=N en de 95-95-95-doelstellingen van UNAIDS en gezondheidsgelateerde levenskwaliteit
- 2.6 Zorgen voor heldere communicatiekanalen tussen de HRC's en de huisartsen en hen informeren over het aanbod aan multidisciplinaire hiv-zorg die beschikbaar is binnen die HRC's

Prioritair actiedomein 3: Alle MMH de meest aangewezen en doeltreffende ART bieden die aansluit bij hun klinische toestand en verwachtingen om te komen tot een niet-detecteerbare virale lading

- 3.1 Ervoor zorgen dat ART wordt voorgeschreven in overeenstemming met de Europese richtlijnen (EACS), in samenspraak met elke patiënt
- 3.2 Informatie en vorming bieden aan zorgverleners die gespecialiseerd zijn in hiv-zorg over de meest recente wetenschappelijke evidentie in verband met het voorschrijven van ART om zo uitstekende zorg voor MMH te behouden en te versterken
- 3.3 De deelname van de HRC's aan de nationale hiv-surveillance opvolgen
- 3.4 Het operationeel en klinisch onderzoek ondersteunen

Prioritair actiedomein 4: Een optimale zorgkwaliteit voor MMH garanderen vanuit een holistische benadering, inclusief preventie en aanpak van complicaties en comorbiditeit

- 4.1 De complementariteit van de zorg door huisartsen en HRC's garanderen (bijvoorbeeld op het vlak van vaccinatie, soa-screening en -behandeling, medicatie-interacties) door de taken van de huisartsen in de hiv-zorg te verduidelijken
- 4.2 De beschikbaarheid en toegankelijkheid, inclusief de terugbetaling, van vaccins voor MMH garanderen, zoals aanbevolen door de Europese richtlijnen (EACS)
- 4.3 De samenwerking tussen HRC's en andere specialisten verbeteren en de coördinatie van de multidisciplinaire zorg voor patiënten met comorbiditeit garanderen, met bijzondere aandacht voor ouder wordende patiënten en hun specifieke noden

- 4.4 De toegang tot multidisciplinaire hulp verbeteren, vooral inzake partnerverwittiging, soa-screening en -behandeling, seksuele en reproductieve gezondheid, geestelijke gezondheid, drugverslaving inclusief chemseks, dieetvoorschriften, stoppen met roken en maatschappelijke hulp
- 4.5 Monitoring van gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit en welzijn integreren in de werking van de HRC's om in samenwerking met MMH mogelijke verbeterpunten voor de zorg vast te stellen

4. DE PIJLER VAN DE LEVENSKWALITEIT

Algemene principes en achtergrond

Sinds de invoering van de antiretrovirale behandeling is de levensverwachting van MMH aanzienlijk gestegen tot een niveau dat vergelijkbaar is met dat van de algemene bevolking, ten minste in landen als België met een optimale behandeling en toegang tot behandeling.

De kwaliteit en de veiligheid van de behandeling zijn het voorbije decennium verbeterd ten opzichte van de eerdere behandelingen die ter beschikking waren sinds midden 1995. Er is aanzienlijke vooruitgang geboekt in het bereiken van de 90-90-90-doelstellingen van UNAIDS; België beoogt nu de 95-95-95-doelstellingen tijdig te behalen. Die medische vooruitgang heeft ook de levenskwaliteit van MMH verbeterd. Maar MMH kennen toch nog altijd moeilijkheden om een goede levenskwaliteit te bereiken en te behouden, vooral degenen die nog maar recent hun diagnose kennen en degenen die ouder worden met hiv.

Een hiv-diagnose krijgen, vormt nog altijd in verschillende opzichten een uitdaging en gaat meestal gepaard met een periode van persoonlijke crisis. Mensen die al lang met hiv leven, worden dan weer vaak geconfronteerd met multimorbiditeit en gezond ouder worden brengt op zich ook specifieke noden met zich mee. In dat opzicht klinkt de roep steeds luider om de aandacht te verleggen naar de levenskwaliteit van MMH en een vierde streefdoel aan de UNAIDS-doelstellingen toe te voegen 'die verder kijkt dan de virale lading', om aan te geven dat het onderdrukken van de virale lading niet het eindpunt is⁴⁰.

Tot dusverre bestaat er geen consensus over de definitie van levenskwaliteit voor MMH⁴¹, maar een aantal studies vermeldt wel de belangrijkste relevante factoren⁴². Naast klinische factoren zoals virale lading, bijwerkingen van medicatie, interactie van geneesmiddelen en comorbiditeit moeten we ook kijken naar andere fysieke en mentale factoren zoals de kwaliteit van de slaap, een gezonde levensstijl, angst en depressie. Tot slot moet ook worden gekeken naar maatschappelijke hulp, ervaringen van stigma en discriminatie, sociaaleconomische en juridische factoren om een goede levenskwaliteit te bereiken en te behouden. Uit een recent onderzoek naar de levenskwaliteit van MMH in Vlaanderen (N=505) bleek bij 26% ooit een depressie te zijn vastgesteld, 43% ondervond zwakke sociale steun, 41% gaf stigma aan als de

⁴⁰ Lazarus, J., Safreed-Harmon, K., Barton, S., Costagliola, D., Dedes, N., del Amo Valero, J., Gatell, J., Baptista-Leite, R., Mendão, L., Porter, K., Vella, S. & Rockstroh, J. (2016). Beyond viral suppression of HIV – the new quality of life frontier. *BMC Medicine*, 14:94.

⁴¹ Cooper, V., Clatworthy, J., Harding, R., Whetham, J. & Emerge Consortium (2017). Measuring quality of life among people living with HIV: a systematic review of reviews. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15:220.

⁴² Degroote, S., Vogelaers, D. & Vandijck, D. (2014). What determines health-related quality of life among people living with HIV: an updated review of the literature. *Archives of Public Health* 72:40.

belangrijkste belemmering om goed te leven met hiv en 65% had ooit te maken met discriminatie als gevolg van hiv⁴³.

De pijler van de levenskwaliteit stelt voor en steunt initiatieven die de levenskwaliteit van MMH verbeteren, zoals een gezonde levensstijl en een gezond seksleven. Het verband met de andere pijlers en met de Positieve Raad binnen het hiv-plan is duidelijk: mensen die een optimale behandeling krijgen en die in de zorg behouden blijven worden, maken ook meer kans op een goede gezondheid. Goede psychologische hulp zal helpen om beter om te gaan met hiv. En het consistent nemen van hiv-medicatie zorgt er ook voor dat MMH hiv niet zullen overdragen, wat een beter seksleven bevordert en het stigma van MMH vermindert.

MMH die in kwetsbare omstandigheden leven, zoals migranten, asielzoekers, transgenders en mensen die intraveneus drugs gebruiken, lopen nog altijd een hoger risico op een suboptimale behandeling en zorg als gevolg van verschillende belemmeringen. De pijler van de levenskwaliteit legt zich toe op het verbeteren van de situatie van mensen met bijzondere noden, niet alleen door hen individueel hulp te bieden, maar ook door te pleiten voor structurele en wettelijke veranderingen die een gelijke toegang tot zorg moeten garanderen.

Zorg en hulp binnen – maar ook buiten – de klinische setting zijn van fundamenteel belang voor een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid. Er zijn blijvende inspanningen nodig om geestelijke gezondheidsproblemen te vermijden en te voorkomen en ook om er een gezondere levensstijl op na te houden, gezien bijvoorbeeld het hoge gebruik van tabak, alcohol en drugs door MMH. Het is dan ook van cruciaal belang om de hulp tussen die settings optimaal met elkaar te verbinden. Vorming en capaciteitsopbouw van gezondheidswerkers op het terrein kan bijdragen aan betere hulp voor MMH, zodat zij beter kunnen omgaan met hiv. Het kan gaan om een brede waaier van initiatieven, zoals thematische informatiesessies, weekends voor lotgenotensteun, het ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal voor MMH, cultureel aangepaste informatie voor migranten.

Stigma en discriminatie vormen nog altijd een belangrijke belemmering voor de levenskwaliteit van MMH. Volgens het onderzoek in Vlaanderen werd stigma sterk in verband gebracht met een negatief zelfbeeld, omgaan met hiv en maatschappelijke hulp. Bijna de helft van de ondervraagden ondervond een geïnternaliseerd stigma (zelfstigma), dat hen ervan weerhoudt om bijvoorbeeld een relatie aan te gaan. Discriminatie wordt het vaakst vermeld bij nieuwe (seks)partners, maar één op drie ervaren ook discriminatie in de algemene gezondheidszorg. Er wordt hulp verwacht van de naasten van de MMH, zoals partners, verwanten en vrienden, maar ook van zorgverleners, werkgevers, andere dienstverleners en lotgenoten. Het aanpakken van stigma in de samenleving in haar geheel, maar ook binnen de gezondheidssector, en

⁴³ Scheerder, G., Van den Eynde, S., Reyntiens, P., Koeck, R., Deblonde, J., Ddungu, D., Florence, E., Joosten, C., Van Wijngaerden, E. & Dewaele, A. (2019). *Quality of life in people living with HIV: a regional survey in Flanders*. Poster voorgesteld tijdens de 17de Europese aids-conferentie (EACS), Basel.

ook het aanpakken van zelfstigmatisering zijn daarom prioriteiten binnen de pijler van de levenskwaliteit.

Ten slotte moeten structurele belemmeringen en discriminerende maatregelen die een actieve deelname aan de samenleving in de weg staan, zoals beperkingen op de toegang tot verzekeringen, huisvesting en werk worden aangepakt. Net als voor andere chronische ziekten zijn er inspanningen nodig om een optimale (re-)integratie in de samenleving te bevorderen, vooral in de werkomgeving en met aandacht voor de noden en capaciteiten van de betrokkenen.

Doelstelling

Het doel van de pijler van de levenskwaliteit is te verzekeren dat alle MMH een optimale levenskwaliteit kunnen bereiken, ook op het vlak van geestelijke gezondheid en maatschappelijke hulp, in een omgeving die vrij is van stigma en discriminatie in alle aspecten van hun dagelijks leven.

Waar gaat het om?

De pijler van de levenskwaliteit wil de algemene levenskwaliteit van MMH gedurende hun hele leven verbeteren, met bijzondere aandacht voor het beperken van stigma en discriminatie, het weghalen van belemmeringen op de toegang tot diensten voor hulp- en zorgverlening, kwetsbare doelgroepen, een gezonde levensstijl, seksuele gezondheid en (geestelijk) welbevinden. Op die manier moet het mogelijk zijn om te voldoen aan alle noden van mensen met hiv en te komen tot een goede gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit.

Relevante bevoegdheden

De verantwoordelijkheden en bevoegdheden om de levenskwaliteit van MMH te verzekeren, liggen vooral bij de regionale gezondheidsautoriteiten, omdat ze te maken hebben met preventie en welzijn.

De strijd tegen discriminatie, onder andere op het werk, op school en op het gebied van huisvesting vereist samenwerking tussen de federale overheid en de regionale overheidsdiensten die bevoegd zijn voor gelijke kansen.

De strijd tegen discriminatie op het vlak van verzekeringen vereist samenwerking tussen de federale overheidsdienst voor Volksgezondheid en de federale overheidsdienst voor Economische Zaken, meer bepaald consumentenbescherming.

Werk vormt een belangrijke garantie tegen armoede en bevordert het maatschappelijk welzijn. Het beleid van terugkeer naar de arbeidsmarkt en sociaal-professionele re-integratie is het resultaat van de gezamenlijke inspanningen van de federale overheidsdienst voor Sociale Zaken en de federale overheidsdienst voor Werkgelegenheid en Arbeid.

Prioriteiten

De MMH en de relevante actoren op het terrein hebben zich via een participatief proces akkoord verklaard met de volgende prioritaire actiedomeinen en acties.

Prioritair actiedomein 1: MMH in staat stellen om te kiezen voor een gezonde levensstijl, een gezond (seks)leven te hebben en op te komen voor hun rechten

- 1.1 De kennis en het bewustzijn van MMH verbeteren met betrekking tot TasP, N=N, vaccinaties, omgaan met hiv en verwante comorbiditeit
- 1.2 Informatie- en sensibiliseringsmiddelen voor MMH actualiseren, ontwikkelen en inzetten, met bijzondere aandacht voor een gezonde levensstijl, inclusief de gevolgen van druggebruik, stoppen met roken en lichaamsbeweging
- 1.3 Initiatieven ontwikkelen en doorvoeren in verband met geestelijke gezondheid en emotioneel welbevinden voor MMH, met bijzondere aandacht voor de noden van een verouderende bevolking
- 1.4 Initiatieven ontwikkelen en doorvoeren die MMH helpen om te gaan met hiv, (zelf)stigmatisering en discriminatie aan te pakken en weerbaarheid op te bouwen
- 1.5 De maatschappelijke hulp voor MMH vergroten via contact met lotgenotengroepen en de uitbreiding van sociale netwerken
- 1.6 MMH, ongeacht hun administratief statuut, in staat stellen om juridische stappen te ondernemen tegen een discriminerende behandeling

Prioritair actiedomein 2: Ervoor zorgen dat gezondheidswerkers, gezondheidswerkers op het terrein en patiëntenorganisaties gevoelig zijn voor de noden van MMH en erop inspelen

- 2.1 De kennis en het bewustzijn van de zorgverleners vergroten, zodat ze passende diensten kunnen bieden die inspelen op de zorg- en hulpbehoeften van MMH, en vooral van degenen met een verhoogde kwetsbaarheid
- 2.2 In samenwerking met alle actoren, inclusief MMH, een traject van geïntegreerde zorg en hulp uitstippelen om vanuit een holistische benadering de lichamelijke en geestelijke gezondheid van MMH te verbeteren
- 2.3 De capaciteiten en de rol van terreinwerkers en patiëntenorganisaties verbeteren om de MMH diensten te bieden op het vlak van voorlichting, preventie, hulp en belangenbehartiging
- 2.4 De doorverwijstrajecten herzien en stroomlijnen, vooral de trajecten naar hulpdiensten buiten de klinische setting, die gezondheidswerkers en patiëntenorganisaties op het terrein voorstellen, zodat ze tegemoetkomen aan de noden en keuzes van MMH
- 2.5 De kennis en het bewustzijn van gezondheidswerkers in een niet-hiv-specifieke zorgomgeving vergroten, zodat zij zonder stigmatisering en discriminatie algemene gezondheidsdiensten leveren aan MMH
- 2.6 Rusthuizen en andere residentiële diensten beter voorbereiden om passend in te spelen op de specifieke noden van MMH binnen die settings en belemmeringen wegwerken

Prioritair actiedomein 3: Ervoor zorgen dat alle MMH een optimale levenskwaliteit bereiken, zonder stigmatisering en discriminatie

- 3.1 Een niet-discriminerende omgeving voor MMH bevorderen via informatie- en voorlichtingsinitiatieven die hiv normaliseren en het stigma in de samenleving beperken
- 3.2 De belangenbehartiging voor een niet-discriminerende wetgeving en beleid met betrekking tot MMH versterken, vooral op het gebied van toegang tot zorg, werkgelegenheid, verzekeringen en huisvesting
- 3.3 Wetten en beleidslijnen die een discriminatie van MMH inhouden, melden en aanvechten
- 3.4 Initiatieven ontwikkelen en doorvoeren die de structurele stigmatisering en discriminatie beperken en de impact op het gezondheidsbevorderend gedrag en de gezondheidsresultaten van mensen minimaliseren
- 3.5 Het toepassingsgebied van de wet van 4 april 2019 verruimen, zodat MMH in de context van bepaalde verzekeringscontracten ook vallen onder “het recht om vergeten te worden”
- 3.6 Zorgen voor een gunstige omgeving om, net als voor patiënten van andere chronische ziekten, de (re)-integratie van MMH in de werkomgeving te bevorderen via programma's als weeraandeslag.be / jeveuxrepandre.be
- 3.7 De strijd tegen de criminalisering van de hiv-overdracht voortzetten door hiv te normaliseren en de groeiende bewijzen van TasP en N=N te verspreiden
- 3.8 De gezondheidsgelateerde levenskwaliteit en het welbevinden van MMH evalueren op basis van gevalideerde en duurzame evaluatietools die worden gebruikt binnen de praktijk van de HRC's

VI. Het toezicht op de uitvoering van het hiv-plan

1. Instanties voor monitoring

Het Monitoring Comité

Het Monitoring Comité werd op 24 februari 2014 opgericht door de Interministeriële Conferentie voor Volksgezondheid. Het comité werd opgericht op basis van actie 54 uit het hiv-plan 2014-2019, om de uitvoering van het hiv-plan te helpen opvolgen.

Samen met de Positieve Raad vormen vertegenwoordigers van de pijlers preventie, screening, zorg en levenskwaliteit van het hiv-plan de permanente structuur van het Monitoring Comité.

De voorbije jaren heeft het Monitoring Comité het hiv-plan 2014-2019 gebruikt als beleidskader om te communiceren met de overheidsdiensten voor volksgezondheid. Er werden halfjaarlijkse bijeenkomsten georganiseerd om de recente ontwikkelingen op het gebied van hiv in België te bespreken. Elk jaar werd ook een shortlist met prioriteiten voorgesteld en bepleit.

Missie

Het Monitoring Comité wil 1/ de vorderingen bij de uitvoering van het hiv-plan opvolgen en 2/ de betrokken overheidsdiensten voor volksgezondheid op zowel federaal als gewestelijk niveau helpen bij het verwezenlijken van de prioriteiten en acties van het hiv-plan.

Het Monitoring Comité wil die doelstellingen bereiken door middel van acties in de volgende domeinen:

- Minstens twee keer per jaar een overlegvergadering organiseren met vertegenwoordigers van elke pijler en de Positieve Raad
- Een jaarlijks actieplan voorstellen
- Andere betrokken beleidspartners benaderen
- Beleidsinitiatieven voor het verwezenlijken van het hiv-plan bepleiten
- De opvolging van acties van het hiv-plan nagaan door gebruik te maken van monitoringsindicatoren
- Gegevens analyseren en beoordelen, waaronder ook het zorgcontinuüm per prioritaire doelgroep en geografische regio, om hiaten op te sporen en indien nodig aanpassingen in de aanpak van hiv voor te stellen

De Positieve Raad

De Positieve Raad is een adviesorgaan voor MMH die op 24 februari 2014 is ingesteld door de Interministeriële Conferentie voor Volksgezondheid. Sinds de oprichting is de Positieve Raad een permanent lid van het Monitoring Comité.

De Raad heeft het recht om op verzoek of op eigen initiatief deskundig advies te verstrekken over alle onderwerpen met betrekking tot MMH, zoals de medische behandeling en opvolging, hulp, levenskwaliteit en welzijn, voorlichting, de juridische context, sociaaleconomische belemmeringen en de bevordering van het hiv-onderzoek.

Ondanks het gebrek aan financiering voor zijn werking en personeel is de Positieve Raad heel actief geweest. De afgelopen jaren werd de Positieve Raad geconsulteerd door het ministerie van Volksgezondheid. Naar aanleiding van de besprekingen over de nieuwe conventie tussen RIZIV en de HRC's (2018) leverde de Positieve Raad input over de noden en bezorgdheden van de MMH.

Om zijn missie te kunnen uitvoeren, moet de Positieve Raad kunnen rekenen op de steun en medewerking van de verschillende actoren die betrokken zijn bij de aanpak van hiv in België. Verwacht wordt dat de Positieve Raad wordt geraadpleegd en betrokken telkens wanneer dat aangewezen is volgens het MIPA-principe.

Missie

De Positieve Raad wil 1/ de betekenisvolle betrokkenheid van MMH garanderen op alle niveaus die voor hen van belang zijn, 2/ het oogpunt van de patiënt toevoegen aan de deskundigheid van gezondheidswerkers, gezondheidswerkers op het terrein en andere vakmensen en 3/ optreden als consultatie-orgaan voor beleidsmakers, patiëntenorganisaties, doelgroeporganisaties, prioritaire doelgroepen en het Monitoring Comité.

De Positieve Raad wil die doelen bereiken door middel van acties in de volgende domeinen:

Overleg

- 1.1 Rekening houden met de brede diversiteit van de MMH-community
- 1.2 Zorgen voor communicatie en overleg met MMH via jaarlijkse vergaderingen en een overlegplatform
- 1.3 Individuele hulp bieden aan MMH en optreden als bemiddelaar wanneer dat nodig is
- 1.4 Een regelmatige interactie opzetten met de grote verscheidenheid aan patiënten- en doelgroeporganisaties
- 1.5 Op regelmatige basis en telkens wanneer nodig (beter) contact onderhouden met de HRC's en de actoren op beleidsvlak

Samenwerking

- 2.1 De samenwerking met het Monitoring Comité versterken om de betrokkenheid van de Positieve Raad bij de uitvoering van het hiv-plan te verzekeren
- 2.2 De adviserende activiteiten van de Positieve Raad inbedden in de werkprocedures van het Monitoring Comité

Raadpleging

- 3.1 Samenwerken met de HRC's om de doorverwijstrajecten naar de hulpdiensten te verbeteren, zodat die beantwoorden aan de noden van MMH en ook doorverwijzing door lotgenoten omvatten
- 3.2 De ontwikkeling ondersteunen van een monitoringtool om de uitvoering van het hiv-plan te evalueren en ervoor te zorgen dat rekening wordt gehouden met het oogpunt van de MMH

2. Indicatoren voor monitoring

Het hiv-plan zal enkel invloed hebben op de hiv-epidemie en het leven van MMH als de voorgestelde acties worden uitgevoerd. Om te weten of de acties die in het plan staan opgesomd, effectief worden uitgevoerd, moeten ze worden gemonitord.

Monitoringindicatoren zullen helpen om de vorderingen bij het bereiken van de doelstellingen van het plan te meten. De voorgestelde indicatoren verwijzen naar een combinatie van proces- en resultaatmetingen. Het zijn kernindicatoren die indien mogelijk moeten worden gebruikt op nationaal vlak, maar ook op regionaal en lokaal vlak wanneer dat beter haalbaar is. De raming van die indicatoren kan gebaseerd zijn op reorganisatie, triangulatie en strategisch gebruik van al bestaande indicatoren en gegevens. De monitoring is een dynamisch proces en naarmate het plan wordt uitgerold, kunnen er bijkomende of alternatieve indicatoren opduiken.

Doelstellingen	Monitoringindicatoren	Mogelijke bron van informatie
Het aantal mensen uit de prioritaire doelgroepen die informatie hebben gekregen over de bestaande preventiemaatregelen in verband met hiv en soa's vergroten	Het aandeel van de doelgroep dat informatie heeft gekregen over bestaande preventiemaatregelen in verband met hiv en soa's	Onderzoek bij prioritaire doelgroepen (bijvoorbeeld EMIS ⁴⁴ , PROMISE)
Het aantal mensen die preventieve dienstverlening krijgen (zoals condoomgebruik, counseling over strategieën voor risicobeperking, chemseks, hiv-tests) vergroten	Het aantal en aandeel van de doelgroep die preventieve diensten krijgen	Onderzoek bij prioritaire doelgroepen (bijvoorbeeld EMIS, PROMISE ⁴⁵) Activiteitenverslagen van doelgroeporganisaties
Ervoor zorgen dat alle mensen met een hoog risico van hiv-infectie toegang hebben tot PrEP	Het aantal en aandeel van de mensen met een hoog risico van hiv-infectie die PrEP krijgen	Onderzoek bij mensen met een hoog risico (bijvoorbeeld PROMISE) Nationale surveillancedata over PrEP in combinatie met een raming van het aantal mensen met een hoog risico
Ervoor zorgen dat alle zorgverleners opleiding krijgen over instrumenten voor combinatiepreventie en actuele sociaal-	Het aantal en aandeel van de zorgverleners die opleiding krijgen over instrumenten voor combinatiepreventie.	Audit van de artsenopleiding Monitoring van hiv- en soa-sessies die worden

⁴⁴ <http://sigmaresearch.org.uk/projects/item/project76>

⁴⁵ <https://promise-prep.be/nl/home/>

epidemiologische informatie over hiv om het testen te ondersteunen		georganiseerd in huisartsengroepen
Tegen 2030 bereiken dat 95% van de MMH hun status kennen (<i>eerste UNAIDS-doel voor het hiv-zorgcontinuüm</i>)	Het aantal en aandeel MMH met en zonder een hiv-diagnose in België	Geschatte <i>back-calculation</i> , op basis van de data van de nationale hiv-surveillance
Het aantal laattijdige diagnoses van hiv-infectie verminderen	Het aantal en aandeel laattijdige hiv-diagnoses	Data van de nationale hiv-surveillance
Ervoor zorgen dat niet-gediagnosticeerde groepen met het hoogste risico / prioritaire doelgroepen worden bereikt met hiv-tests uitgevoerd door doelgroeporganisaties met terreinwerking	Het aantal en aandeel van reactieve tests en bevestigde nieuwe hiv-diagnoses bij de tests uitgevoerd in en door voorzieningen van de community	Surveillance van testactiviteiten uitgevoerd door doelgroeporganisaties met terreinwerking (COBATEST = network of <i>community based testing</i> ⁴⁶)
De toegang van MMH en PrEP-gebruikers tot regelmatige soa-screening verzekeren	Het aandeel MMH en PrEP-gebruikers die worden gescreend op soa's volgens de richtlijnen	Data van de nationale hiv-surveillance
Zorgen voor een snelle koppeling aan hiv-zorg na de diagnose en vervolgens retentie in de hiv-zorg	Het aandeel patiënten met een hiv-diagnose die worden gekoppeld aan hiv-zorg	Data van de nationale hiv-surveillance
	Het aandeel mensen die de hiv-zorg onderbreken (exclusief de patiënten die zijn overleden, overgeplaatst of geëmigreerd)	Data van de nationale hiv-surveillance
Ervoor zorgen dat 95% van de MMH met een hiv-diagnose tegen 2030 ART krijgen (<i>tweede UNAIDS-doel voor het hiv-zorgcontinuüm</i>)	Het aandeel patiënten met een hiv-diagnose die ART krijgen	Data van de nationale hiv-surveillance
Ervoor zorgen dat meer dan 95% van de MMH die ART krijgen tegen 2030 een niet-detecteerbare virale lading bereiken (<i>derde UNAIDS-doel voor het hiv-zorgcontinuüm</i>)	Het aandeel patiënten met ART die een niet-detecteerbare virale lading bereiken	Data van de nationale hiv-surveillance
Ervoor zorgen dat er in settings van hiv-zorg	Wetenschappelijk onderbouwde instrumenten	Verslagen en mededelingen over instrumenten om de

⁴⁶ <https://cobatest.org/>

instrumenten worden ontwikkeld en gebruikt om de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit van patiënten te monitoren	om de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit te monitoren	levenskwaliteit te monitoren in settings van hiv-zorg
	Het aandeel patiënten die zorg krijgen van wie de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit wordt beoordeeld	PROMs-metingen
Ervoor zorgen dat alle MMH via patiëntenorganisaties toegang hebben tot lotgenotensteun in overeenstemming met hun noden	Ontwikkelde doorverwijstrajecten naar lotgenotenhulp op het gebied van preventie, screening, zorg en levenskwaliteit	Verslagen van hulp- en patiëntenorganisaties PREMs-metingen
De stigmatisering en discriminatie van MMH verminderen	Het aandeel MMH die stigmatisering of discriminatie melden	Onderzoek bij prioritaire doelgroepen Officiële klachten en gerechtelijke acties