

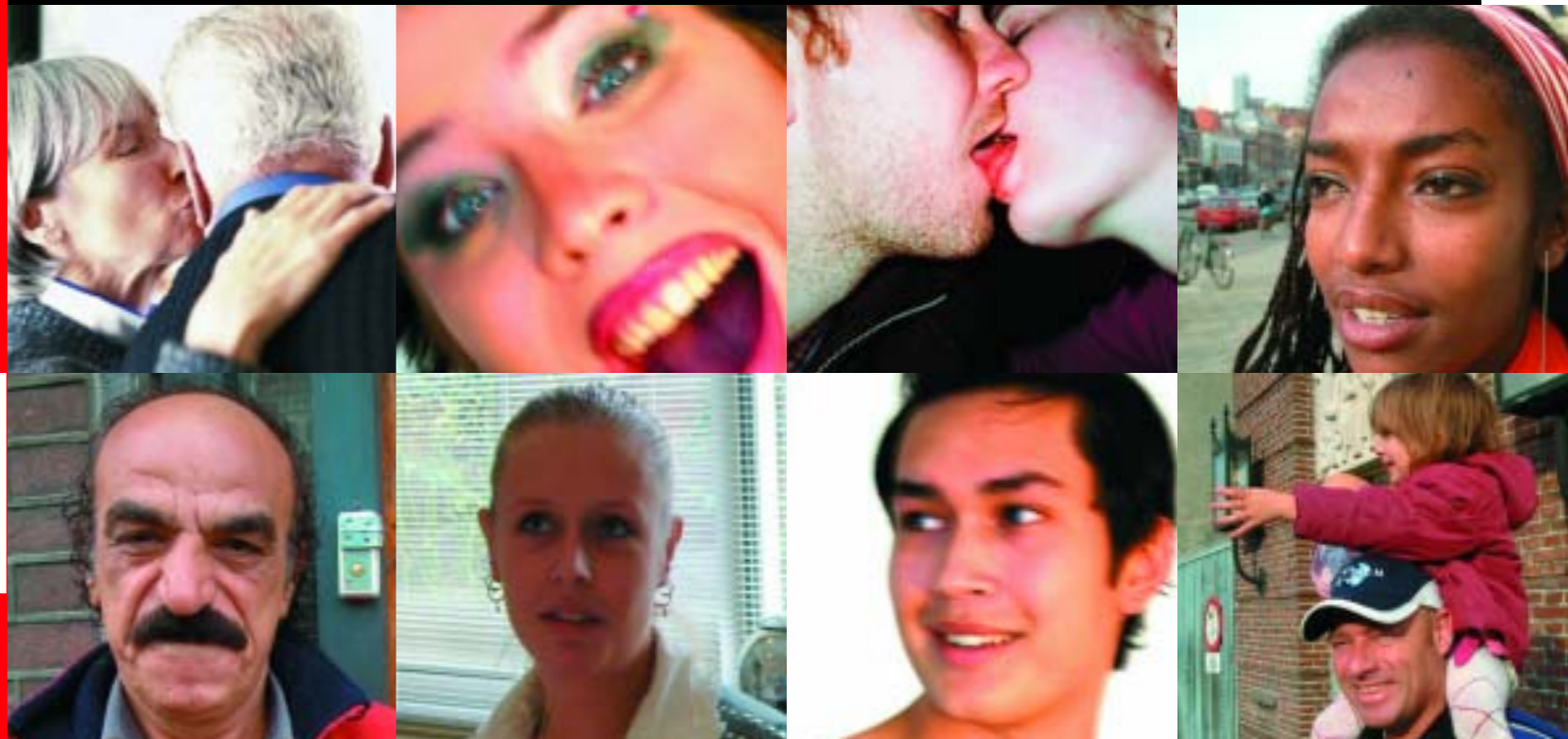


Een kwetsbaar evenwicht

Een kwetsbaar evenwicht

Stand van zaken hiv en andere soa in Nederland

SOAIDS



SOAIDS

Een kwetsbaar evenwicht

Stand van zaken hiv en andere soa in Nederland

SOAIDS

Colofon

Uitgave

Soa Aids Nederland
Keizersgracht 390 • 1016 GB AMSTERDAM
tel 020 - 62 62 669 • fax 020 - 62 75 221
www.soaids.nl • info@soaids.nl

Het overnemen van tekst uit deze publicatie – met bronvermelding – juicht Soa Aids Nederland toe. Het overnemen van beeldmateriaal zonder voorafgaande schriftelijke toestemming is niet toegestaan. Er is getracht alle auteursrechten van beeldmateriaal te regelen met de rechthebbenden. Degenen die menen aanvullende rechten te kunnen doen gelden, nodigen wij uit om contact op te nemen met Soa Aids Nederland.

Met dank aan Hiv Vereniging Nederland, Stichting HIV Monitoring en andere organisaties voor het ter beschikking stellen van onderzoeksgegevens en aan Expresso en de Rutgers Nisso Groep voor het ter beschikking stellen van portretfoto's.

Verantwoording beeldmateriaal: pagina 88

Tekst en productie

Eric Kollen en Fred Verdult, Volle Maan Communicatiebureau

Ontwerp

Erwin Rijs / Studio Deunk bv

Druk

PlantijnCasparie

1 december 2004
Amsterdam

Inhoud

Woord vooraf	5
Samenvatting	7
1 Epidemiologie	15
2 Aangrijpingspunten en uitgangspunten	25
3 Organisatie	29
4 Financiering	33
5 Kader	37
6 Primaire preventie	41
7 Testen, screenen en PEP	53
8 Gezondheid, behandeling en zorg	57
9 Mensen met hiv in de samenleving	65
10 Onderzoek	73
11 Internationale samenwerking	77
Begrippen en afkortingen	82
Literatuur	85



Woord vooraf

Liefde, ziekte en dood zijn van alle mensen en van alle tijden. Mensen die met elkaar vrijen lopen risico. Emotioneel: wie zich hecht kan verliezen. Maar ook lichamelijk: wie bemint kan ziek worden. Hiv en andere soa bedreigen ons op momenten waarop we ons blootgeven: als we intimiteit zoeken, als we opgewonden zijn of smoorverliefd.

Op het gebied van hiv en andere soa is er in Nederland de afgelopen decennia veel bereikt. Veel mensen vrijen veilig. Veel soa worden snel ontdekt en behandeld. Veel mensen met hiv in Nederland kunnen voorlopig weer lange-termijnplannen maken. Vrijwel iedereen weet hoe hij of zij het risico op een soa zo klein mogelijk kan maken.

Maar niet iedereen doet dat. En dat is op zich niet zo verwonderlijk: risico's nemen hoort bij mensen. Mensen nemen het risico op hiv of een andere soa om talloze redenen, als het al bewust gebeurt. Sommige redenen zijn voor velen makkelijk te begrijpen, andere niet. Iedere dag doen zo'n 550 jongeren in Nederland h t voor de eerste keer. Er zijn aanwijzingen dat mensen in Nederland de laatste paar jaar meer risico's nemen. Daarnaast staan wij in nauw contact met gebieden op de wereld waar hiv en andere soa wijd verbreid zijn of nog explosief toenemen. Door deze ontwikkelingen is er in Nederland sprake van een kwetsbaar evenwicht.

Soa Aids Nederland publiceert deze notitie op verzoek van het ministerie van VWS. Maar wij staan er niet alleen voor. Talloze mensen en organisaties in Nederland zetten zich in voor de bestrijding van hiv en andere soa, als professional of vrijwilliger. Het is meer dan ooit nodig dat wij onze opdracht vol vuur blijven uitvoeren. En onze opdracht is onder andere om mensen te vertellen hoe ze gezonde keuzes kunnen maken. Om ze motiveren om voor zichzelf en voor anderen te zorgen. En om te bevorderen dat hun omgeving gezonde keuzes stimuleert.

Deze notitie geeft de stand van zaken weer op het gebied van hiv en andere soa. Wat er goed gaat en wat er mis is. Wat veelbelovend is en wat ons verontrust. Het evenwicht is kwetsbaar; de liefde is, gelijk het hele leven, niet zonder risico's. Maar wie kan zonder liefde?

Ton Coenen

Directeur Soa Aids Nederland

1 december 2004



Samenvatting

Epidemiologie

Nieuwe hiv-diagnoses worden geregistreerd en de hiv-prevalentie wordt steekproefsgewijs onderzocht onder groepen met een hoger risico. De registratie van andere soa vindt sinds 2003 plaats bij vijf drempelvrije soa-poliklinieken en negen GGD'en. Zo kunnen epidemiologische ontwikkelingen en een eventuele uitbraak naar de algemene bevolking tijdig worden gesignaleerd.

Sinds 1995 is er een stijging van het aantal gevonden infecties met hiv en andere soa. In 2000 werd die stijging fors, in 2003 lijkt de toename iets te stagneren. De stijging heeft drie oorzaken: er wordt meer getest, bepaalde tests zijn verbeterd en vinden dus steeds meer en met name in bepaalde seksueel actieve netwerken zijn mensen minder veilig gaan vrijen. Hiv-infecties komen in Nederland steeds vaker bij vrouwen voor. Chlamydia is de meest voorkomende soa met zo'n 60.000 infecties per jaar. Chlamydia geeft meestal geen klachten maar kan op langere termijn leiden tot onvruchtbaarheid bij vrouwen. Doordat het aantal infecties met hiv en andere soa in de afgelopen jaren is toegenomen en ons contact met de rest van de wereld ook, is het de verwachting dat de stijging van het aantal gevonden infecties in Nederland zal doorzetten. Er zijn onder bepaalde bevolkingsgroepen netwerken met veel risicogedrag, namelijk onder prostituees en prostituanten, allochtonen, migranten en asielzoekers, homo- en biseksuele mannen en jongeren. Hiv en enkele andere soa kunnen ook worden verspreid door het delen van injectienaalden door druggebruikers; inmiddels gebruikt een meerderheid veilig. Bij jonge Surinaamse, Antilliaanse en Arubaanse vrouwen is ongewenste zwangerschap een probleem. Onder deze groepen komen ook meer soa voor dan onder autochtone jonge vrouwen. Het aantal tienerzwangerschappen steeg van 1996 tot 2001, maar daalt sinds 2002. Onder allochtone meisjes zijn de percentages beduidend hoger dan onder autochtone. In de jaren negentig is het aantal abortussen zeer sterk toegenomen: onder jonge meisjes is het aantal abortussen tussen 1992 en 2000 zelfs meer dan verdubbeld. Ongeveer 60% van de abortuscliënten is allochtoon.

In de westerse wereld worden hiv-infecties voor het merendeel overgedragen door homoseksueel contact, in Oost-Europa en in Azië meestal door druggebruik en in Afrika voornamelijk door heteroseksueel contact. Mondiaal is het ontbreken van een adequate bescherming bij seksueel contact, na ondervoeding, de belangrijkste



oorzaak voor gezondheidsverlies. Het kan leiden tot hiv en andere soa en tot abortus en moedersterfte. Veel soa worden in ontwikkelingslanden niet behandeld. Dit speelt een belangrijke rol bij de sterke heteroseksuele verspreiding van hiv in ontwikkelingslanden.

Uitgangspunten bij de bestrijding

- *Respect voor de mensenrechten van mensen met en zonder hiv, aids of andere soa.*
Daarom wordt bijvoorbeeld niet verplicht op hiv getest.
- *Pragmatische aanpak.*
De bestrijding van hiv en andere soa is gebaseerd op epidemiologische feiten. Moralisme speelt geen rol. Daarom wordt niet gepleit voor onthouding en monogamie, maar voor veilig vrijen: een pragmatische manier om de grootste risico's effectief te voorkomen.
- *Doelstelling van preventie is veilig gedrag.*
Met name omdat individuele keuzes niet alleen effect hebben op individuele gezondheid, maar ook op de volksgezondheid.
- *Vrijwillige medewerking.*
Seksueel contact vindt veelal in afzondering plaats. Dwang en sancties zijn dan geen optie, bijvoorbeeld omdat mensen 'ondergronds' gaan en niet meer bereikbaar zijn voor preventie en behandeling.
- *Preventie van hiv wordt gecombineerd met die van andere soa.*

Het is niet vanzelfsprekend dat deze uitgangspunten door alle betrokkenen worden gehanteerd. Er zijn ontwikkelingen en incidenten die indruisen tegen deze uitgangspunten.

Organisatie

De landelijke overheid zorgt voor de landelijke infrastructuur en de randvoorwaarden. De taken van gemeenten zijn:

- surveillance
- Infectieziektenwet/verwerking meldingen
- beleidsadvisering
- preventie
- bron- en contactopsporing/screening, onderzoek en partnerwaarschuwing
- regie- en netwerk
- vangnet
- *outbreakmanagement*
- onderzoek

Gemeenten financieren de GGD'en voor voorlichting, preventie en – samen met het ministerie van VWS – soa-poliklinieken. Hiervoor krijgen gemeenten geld van



het Gemeentefonds. Dit geld is echter niet gelabeld en kan dus door gemeenten ook aan andere doelen worden besteed. GGD'en voeren in opdracht van hun gemeenten de openbare gezondheidszorg uit voor alle inwoners van Nederland. GGD Nederland is de landelijke vereniging van GGD'en en behartigt hun belangen. De regionale uitvoering van de infectieziektebestrijding verloopt volgens allerlei verschillende regelingen; ook is de organisatie van de laagdrempelige poliklinieken lokaal verschillend. Daarom is er op dit moment geen uniforme laagdrempelige soa-zorg landelijk beschikbaar.

Kenmerkend voor de bestrijding van hiv en andere soa in Nederland is dat de overheid niet het voortouw neemt. De uitgangspunten voor de bestrijding van hiv en andere soa worden door professionals in de bestrijding ontwikkeld; de overheid formaliseert ze vervolgens. Deze traditie lijkt te worden doorbroken. Sinds 2004 neemt de minister van VWS de regie meer in handen. Hij heeft bijvoorbeeld besloten tot het opzetten van een nieuw systeem van soa-poliklinieken en tot de oprichting in 2005 van het Centrum voor Infectieziekten. De taken van het Centrum voor Infectieziekten, dat onder het

RIVM zal vallen, zijn: bundeling van kennis van infectieziektebestrijding, communicatie namens de rijksoverheid, ondersteuning van beroepsbeoefenaren en centrale aansturing bij volksgezondheidsdreiging.

Soa Aids Nederland is een centrale speler bij de bestrijding van hiv en andere soa. De missie van Soa Aids Nederland is om de verspreiding van hiv en andere soa tegen te gaan, de kwaliteit en slagkracht van de nationale en internationale bestrijding van hiv en andere soa te bevorderen en mensen met hiv en andere soa te ondersteunen. Het Aids Fonds mobiliseert sinds 1985 de samenleving voor de nationale en internationale strijd tegen hiv/aids. Het Platform soa en seksuele gezondheid heeft als doel het ontwikkelen van een totaalvisie op preventie, afstemming met curatie, praktijk, wetenschap, beleid en uitvoering. Andere belangrijke organisaties zijn: Hiv Vereniging Nederland (belangenorganisatie van mensen met hiv), Schorerstichting (landelijk kenniscentrum van gezondheidszorg voor homoseksuele mannen en lesbische vrouwen), NIGZ (dat zich richt op allochtonen en jongeren), Rutgers Nisso Groep (die zich richt op jongeren), AFAPAC (de organisatie van Afrikanen die zich richt op preventie en zorg rondom hiv en andere soa), Mainline en het Trimbos-instituut (die zich richten op druggebruikers) en het RIVM (surveillance).

Financiering

Hiv en andere soa zorgen voor een bescheiden aandeel in de kosten van de gezondheidszorg: in 1999 0,04% voor hiv en aids en 0,07% voor overige soa. Dit is inclusief alle uitgaven voor collectieve preventie. Ook in vergelijking met de kosten van andere ziekten veroorzaakt



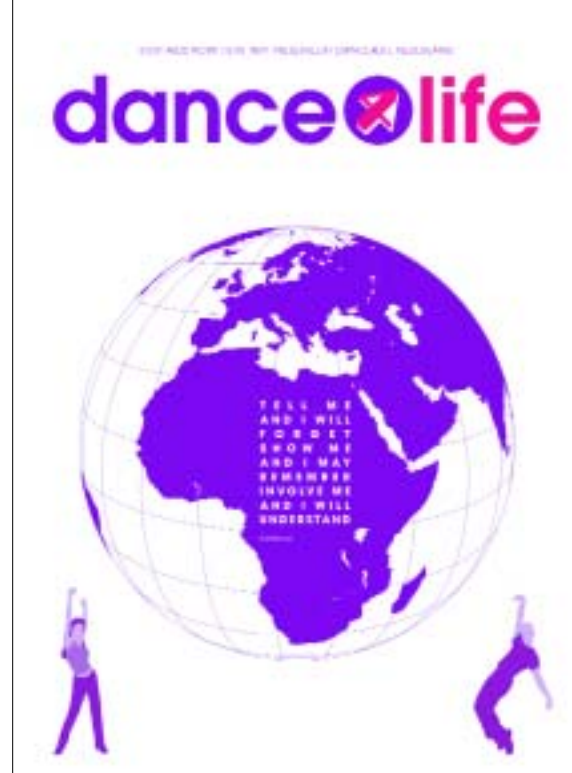
door exogene risicofactoren, zijn de kosten beperkt. De kosten van hiv en andere soa waren in 1999 bijvoorbeeld gelijk aan 8% van de kosten veroorzaakt door roken en 29% van de kosten door onvoldoende groenten en/of fruit. De belangrijkste Nederlandse financieringsbronnen van de bestrijding van hiv en andere soa zijn:

- Het ministerie van VWS, dat instellings- en programmasubsidies geeft.
- Intermediaire organisaties zoals ZonMw, die overheidsmiddelen besteden aan innovatieve projecten, onderzoek en uitvoering.
- Zorgverzekeringen.
- Gemeenten, die de activiteiten van GGD'en financieren.
- Burgers die belasting en ziektekostenpremies betalen en bijdragen aan het Aids Fonds en STOP AIDS NOW!

Kader

Het beleid met betrekking tot hiv en andere soa wordt ingevuld door professionals; de randvoorwaarden voor die invulling worden bepaald door verschillende kaders. Mondiaal zijn er internationale verklaringen en overeenkomsten: sommige zijn verplichtend, andere meer vrijblijvend. De belangrijkste zijn het 6^e *UN Millennium Development Goal*, dat oproept tot het stoppen van de verspreiding van hiv/aids en malaria, en de Verklaring van Commitment bij hiv/aids, geformuleerd tijdens de bijzondere zitting van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties over hiv en aids (UNGASS). Verder zijn er richt-

lijnen van bijvoorbeeld UNAIDS, WHO en ILO. Het Verdrag van Dublin, waarbij 55 Europese en Centraal-Aziatische staten de intentie uitspraken om hiv en aids actief te bestrijden, vormt een belangrijk Europees kader. De infectieziektenwet, de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid en de Wet op Bijzondere Medische Verrichtingen vormen belangrijke wettelijke kaders op het terrein van hiv en andere soa. Beroepsorganisaties zoals de Nederlandse Vereniging van Aids Behandelaren en de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venerologie formuleren zelf behandelingsrichtlijnen voor de beroepsgroepen. De curatieve soa-hiv-richtlijnen zijn de laatste jaren geactualiseerd.



Ten slotte zijn er normen voor de externe toetsing van kwaliteitsmanagementsystemen in de infectieziektebestrijding.

Preventie

Om hiv, andere soa en de gevolgen ervan te bestrijden, wordt een mix van instrumenten ingezet. Deze instrumenten zijn in te delen in drie categorieën:

- primaire preventie: het voorkomen van nieuwe infecties met hiv of een andere soa;
- secundaire preventie: het vroegtijdig opsporen van infecties met hiv of andere soa;
- tertiaire preventie: voorkomen dat mensen die ziek zijn door hiv of een andere soa vermijdbaar lijden.

Welke aangrijpingspunten zijn er bij het voorkomen van nieuwe infecties met hiv en andere soa?

- De kans op overdracht. Deze wordt bepaald door de kenmerken van de ziekteverwekker en door het gedrag van mensen: hoe veilig vrijt men en wat voor soort seks heeft men?
- Het aantal seksuele partners en contacten.
- De duur van de infectieuze periode. Een aantal soa is niet meer infectieus op het moment dat de soa effectief is behandeld.

Gedragsgerichte preventie richt zich op de determinanten van het gedrag. Het is wenselijk, maar ook kostbaar en tijdrovend om een interventie via wetenschappelijk onderzoek op te zetten en de effectiviteit ervan te bepalen. Zelfs als de effectiviteit is aangetoond, is het niet altijd mogelijk om een interventie breed in te voeren. Soms worden nieuwe interventies ook in de professionele praktijk ontwikkeld om op actuele ontwikkelingen in te spelen.

Mensen die meer risico's nemen met meer verschillende sekspartners krijgen statistisch gezien vaker hiv of een andere soa en geven die natuurlijk ook door aan meer mensen. Mensen die al een soa hebben zijn bevattelijker voor hiv en voor andere soa. Wie hiv heeft, loopt makkelijker een soa op en geeft dan weer makkelijker zijn hiv door. Daarom zijn gecumuleerde infecties bij kleine groepen een belangrijk aandachtspunt bij de bestrijding van hiv en andere soa en besteedt preventie veel aandacht aan groepen met hoger risico: homo- en biseksuele mannen, jongeren, allochtonen, asielzoekers, de prostitutie, druggebruikers en mensen met hiv en andere soa. De ontwikkelingen op het gebied van seksueel gedrag binnen deze groepen worden door preventiewerkers intensief gevolgd: bijvoorbeeld de seksualisering van de jongerencultuur en de toename van anale seks bij homo- en biseksuele mannen. Er worden voor elke doelgroep interventies op maat ontwikkeld, bijvoorbeeld:

- een interventie via internet gericht op jonge homoseksuelen in een vaste relatie;
- het multiculturele lespakket 'Lang leve de liefde' over veilig vrijen, relaties, seksualiteit en zwangerschap;
- de dialoog met Afrikaanse en Caribische gemeenschappen;
- een toneelstuk voor en door asielzoekers;
- de website www.prostitutie.nl;
- spuitomruilprogramma's voor druggebruikers;
- bijeenkomsten en gespreksgroepen voor mensen met hiv.



Schorerstichting

AMSTERDAM SCHORERSTICHTING HONDELIJZING AMSTERDAM

Doe mee aan de gay community!

Gay Health gespreksgroepen

April 2003 starten in Amsterdam vijf gespreksgroepen met uiteenlopende thema's

Vaccinatie kan mensen beschermen als ze met een ziekteverwekker in aanraking komen. Zo wordt het individu ziekte last bespaard en wordt tevens verdere verspreiding voorkomen. Vaccineren is de meest betrouwbare manier om te voorkomen dat mensen een infectie krijgen en is op dit moment alleen mogelijk tegen hepatitis A en B. Sinds 2002 wordt met succes een landelijk hepatitis-B-vaccinatieprogramma uitgevoerd door GGD'en onder groepen met hoger risico. Tegen betaling is ook vaccinatie tegen hepatitis A mogelijk. Wereldwijd worden enorme inspanningen geleverd om tot een vaccin tegen hiv te komen; een veilig en effectief preventief vaccin tegen hiv wordt echter niet binnen tien jaar verwacht.

Testen, screenen en PEP

Omdat hiv sinds 1996 in veel gevallen goed behandelbaar blijkt, wordt mensen die risico hebben gelopen actief geadviseerd om zich te laten testen. Het aantal mensen dat zich meldt voor een test op hiv en/of andere soa blijft stijgen. Dit zet de capaciteit van GGD'en en soa-poliklinieken onder druk. In september 2004 is de site www.soatest.nl gelanceerd, die anoniem advies biedt over de wenselijkheid van een test. De hiv-sneltest is in Nederland geïntroduceerd door Checkpoint (de hiv-test-poli van de Hiv Vereniging Nederland). Sinds 2004 worden zwangere vrouwen als zij hier geen bezwaar tegen hebben getest op hiv, om de overdracht van hiv van moeder op kind te voorkomen. PEP is een kortdurende behandeling met hiv-remmers kort nadat men risico heeft gelopen, bijvoorbeeld door prikaccidenten of onbeschermd seksueel contact; het doel van PEP is het voorkomen van een hiv-infectie. Een knelpunt is dat hulpverleners, mensen met hiv en mensen uit groepen met een hoger risico niet goed op de hoogte lijken te zijn van PEP.

Gezondheid, behandeling en zorg

De situatie van mensen die al voor 1996 zijn gestart met de behandeling met slechts één of twee hiv-remmers is vaak ongunstig. Ziekte en overlijden komen onder hen veel voor. Sinds 1996 bestaat de combinatietherapie tegen hiv. Nieuwe hiv-remmers worden sneller toegelaten en vergoed dan veel andere medicijnen, omdat een nieuwe hiv-remmer voor hiv-positieven die vrijwel alle hiv-remmers al hebben gehad, de laatste redding kan zijn.

Na verloop van tijd kan het hiv-virus ongevoelig worden voor een of meer middelen; dan begint het zich weer te vermenigvuldigen. In Nederland zijn zo'n twintig verschillende hiv-remmers in vier verschillende categorieën beschikbaar. Het innemen van hiv-remmers luistert heel nauw en het aantal keer dat iemand kan overstappen op een andere combinatie is beperkt. Het succes van de behandeling is groot bij mensen die niet al voor 1996 zijn gestart met de behandeling met slechts één of twee hiv-remmers. In een onderzoek gaf 89% van de hiv-positieven een voldoende aan zijn of haar gezondheid. 87% van de respondenten gaf aan dat hiv een grote rol in zijn of haar leven speelt. 63% vindt het zwaar om te leven met hiv.

Veel voorkomende fysieke klachten zijn minder energie en maag- en darmklachten. De behandeling van hiv brengt ook een aantal belangrijke gezondheidsbedreigingen op langere termijn met zich mee: een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en het risico op alveolairontsteking, lipodystrofie (onder andere een ingevallen gezicht), neuropathie (een zenuwaandoening) en lactaat acidose (opgehoopt van melkzuur).

In augustus 2004 waren er in Nederland 9.732 hiv-positieven in zorg bij een van de 22 hiv-behandelcentra, die moeten voldoen aan de eisen in het kader van de Wet op Bijzondere Medische Verrichtingen. Elk centrum heeft vastgestelde minimumaantallen (nieuwe) patiënten. Uit onderzoek door de Hiv Vereniging Nederland blijkt dat patiënten doorgaans heel tevreden zijn over de behandeling in het ziekenhuis. In de behandelingsrichtlijn van internisten staat dat elk kwartaal bloedonderzoek moet worden verricht bij mensen die hiv-remmers gebruiken.

Veel hiv-behandelcentra lijken hier niet aan te voldoen. Veel niet-westerse allochtonen komen pas bij een hiv-behandelcentrum in een laat stadium van de ziekte. Het interculturaliseren van de zorg is momenteel een belangrijk aandachtspunt voor hiv-behandelcentra. Mensen zonder verblijfsvergunning en onverzekerden krijgen in Nederland dezelfde medisch noodzakelijke zorg als anderen; alle zorg met betrekking tot hiv, aids en andere soa is medisch noodzakelijk. Knelpunten bij psychosociale zorg en maatschappelijke hulpverlening voor hiv-positieven zijn dat de problematiek van mensen met hiv soms laat zichtbaar wordt en dat er soms lange wachtlijsten zijn. In heel Nederland ondersteunen buddies meer dan 400 hiv-positieve cliënten.

Curatieve zorg voor mensen met een andere soa vindt plaats bij huisartsen, dermatologen en venerologen. Daarnaast zijn er zes door de overheid gefinancierde soa-poliklinieken in de grote steden en zijn er door gemeenten en VWS gefinancierde soa-poliklinieken bij GGD'en. De huidige poliklinieken bieden bij elkaar jaarlijks 43.000 consulten, waarvan ruim 19.000 in Amsterdam. Omdat de minister van VWS een aantal problemen constateert, is hij van plan om in 2005 een nieuwe opzet van soa-poliklinieken te realiseren: acht uniforme, landelijk gespreide organisaties, die worden georganiseerd door de GGD en die jaarlijks minstens 55.000 consulten kunnen leveren.

Mensen met hiv in de samenleving

De komst van aids heeft in Nederland in tegenstelling tot in andere landen niet geleid tot veel angst, verontwaardiging en moralistische reacties onder het algemene publiek. Door verschillende factoren liggen stigmatisering en discriminatie van mensen met hiv toch voortdurend op de loer. Daarom wordt sinds 1986 de publieke opinie ten aanzien van (mensen met) hiv en aids regelmatig gepeild. Vooral ouderen en lager opgeleiden stigmatiseren mensen met hiv en aids. Vrouwen en jongeren voelen zich meer betrokken bij hen. Uit een onderzoek bleek dat 17% van de repondenten die hiv-positief zijn en geen lid zijn van de Hiv Vereniging, geen enkel familielid heeft verteld over zijn of haar hiv. 12% heeft geen enkele vriend verteld dat men hiv heeft.



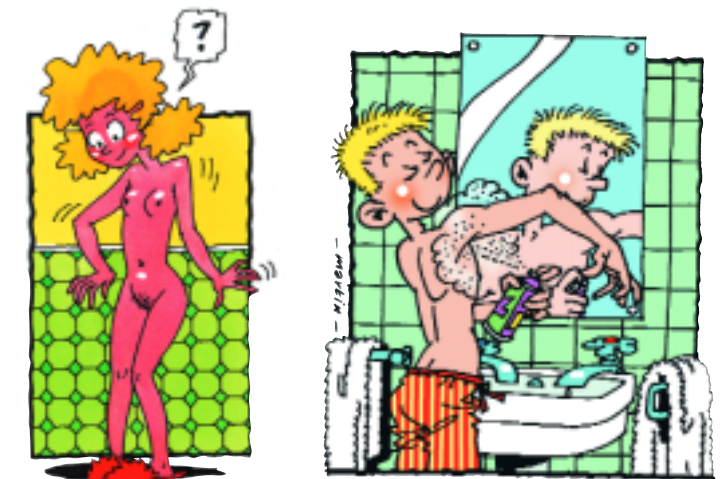
dat deze vervolgingen ingrijpende gevolgen hebben voor de bestrijding van hiv en kunnen bijdragen aan het ontstaan nieuwe hiv-infecties.

- **Inreisbeperkingen**
Mensen met hiv en aids ondervinden in 101 landen beperkingen op het gebied van verblijfs- en werkvergunningen. Zeven landen laten zelfs geen toeristen met hiv toe (bijvoorbeeld de Verenigde Staten).

De Hiv Vereniging Nederland, de belangenorganisatie van en voor mensen met hiv in Nederland, telt 1.500 leden, 15% van de mensen die weten dat ze hiv hebben. De Hiv Vereniging richt zich op belangenbehartiging, informatievoorziening en het organiseren van onderling contact en ondersteuning en biedt innovatieve diensten, zoals de introductie van de hiv-sneltest in Nederland.

Aandachtspunten bij de maatschappelijke positie van mensen met hiv:

- **Financiële positie**
Zeven tot vijftien procent van de hiv-positieven heeft financiële problemen. Afnemende inkomsten (met name door niet of minder werken) en toenemende kosten (met name medische kosten die niet worden vergoed) leiden bij deze groep tot een koopkrachtverlies van eenderde van het oorspronkelijk inkomen.
- **Verzekeringen**
Mensen met hiv ervaren beperkingen bij ziektekostenverzekeringen, levensverzekeringen, verzekeringen tegen arbeidsongeschiktheid en bij verzekeringen voor de nabestaandenwet. Het actief testbeleid en het (beperkte) standaardpakket in de nieuwe basisverzekering maken de verzekeringsproblematiek urgent.
- **Arbeidsparticipatie**
Weer aan het werk gaan met hiv en werken met hiv zijn twee aandachtspunten. De Hiv Vereniging biedt projecten voor behoud van werk en reïntegratie.
- **Strafrechtelijke vervolging**
Het Openbaar Ministerie heeft een aantal mensen met hiv vervolgd, omdat zij onveilige seks hadden en hieraan voorafgaand niet hun hiv-status kenbaar hebben gemaakt, terwijl zij daarvan zelf op de hoogte waren. Een commissie met deskundigen concludeerde



◀ **Hoe voorkom je een seksueel overdraagbare aandoening (soa)? Door een condoom te gebruiken bij het vrijen, doceert het biologieboek 'Nectar'. Door trouw te blijven aan je partner, leert hetzelfde boek in een aangepaste, reformatorische versie. (...) Zo is ook de zinsnede 'als je besmet bent met het hiv- of aidsvirus...' vervangen door 'als mensen besmet zijn met het hiv- of aidsvirus'. 'Het oorspronkelijke boek gaat ervan uit dat jongeren op jonge leeftijd al seksuele gemeenschap hebben', licht Vermeulen (directeur Stichting Dienstverlening Gereformeerd Schoolonderwijs) deze meer afstandelijke manier van formuleren toe. 'Wij gaan daar niet van uit.' (...) Een vrolijke tekening over een jonge vrouw die met verwondering naar haar blote lichaam kijkt, is op verzoek van de reformatorische scholen geschrapt en vervangen. Ook een passage over klaarkomen en masturbatie is verwijderd.**

Twee versies van hetzelfde boek, Trouw, 8 oktober 2004, journalist Gonnie ten Haaf



Onderzoek

Er is in Nederland een omvangrijke kennisinfrastructuur voor onderzoek naar hiv en aids. Naar andere soa wordt veel minder structureel onderzoek verricht. Universiteiten spelen een belangrijke rol bij onderzoek. Het onderzoek op het gebied van hiv en aids loopt uiteen van klinisch onderzoek, dat zich richt op het ziektebeloop, de behandeling, eventuele bijwerkingen en bijkomende infecties, tot gedragswetenschappelijk onderzoek. De onderzoeksprestaties zijn uitstekend: de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen concludeerde bijvoorbeeld dat aidsonderzoek het voorbeeld is van hoe onderzoeksbevindingen in zeer korte tijd kunnen leiden tot toepassingen in de praktijk en een dramatische daling van ziekte en sterfte. In Nederland wordt niet alleen onderzoek verricht dat voor Nederland relevant is, maar ook onderzoek gericht op (de gevolgen van) de mondiale aids-epidemie.

Public Health onderzoek richt zich op vraagstukken van de openbare gezondheidszorg. Dit type onderzoek wordt in Nederland nog niet veel verricht, omdat er bij de meeste GGD'en geen onderzoekscultuur bestaat. De belangrijkste financiers van onderzoek zijn de ministeries van OCW en VWS, het Aids Fonds, Europese en internationale fondsen en farmaceuten. Onderzoek gericht op de praktijk is een Nederlandse traditie. De Amsterdamse Cohort Studies, het RIVM, het NATEC en de Stichting HIV Monitoring spelen bij praktijkgericht onderzoek een belangrijke rol.

Internationale samenwerking

Bij de bestrijding van hiv en andere soa worden ervaringen uitgewisseld met andere landen en waar mogelijk en zinvol de krachten gebundeld. Nederland heeft zich op een aantal concrete terreinen laten inspireren door buitenlandse voorbeelden en andere landen hebben Nederlandse initiatieven overgenomen. Bij de Nederlandse bijdrage aan de mondiale aidsbestrijding speelt het ministerie van Buitenlandse Zaken een belangrijke rol, met name in Sub-Sahara-Afrika. Dit ministerie verdubbelt de komende jaren zijn financiële inspanning. Er zijn enkele internationale netwerken die van groot gewicht zijn bij de mondiale bestrijding van hiv en andere soa, waarvan een aantal door Nederlandse organisaties is geïnitieerd.



1 Epidemiologie

1.1	Nederland	16
1.1.1	Gevonden infecties	16
1.1.2	Risicogedrag	19
1.1.3	Ongewenste zwangerschappen en tienerzwangerschappen	19
1.1.4	Surveillance	20
1.2	Mondiaal	20

1.1 Nederland

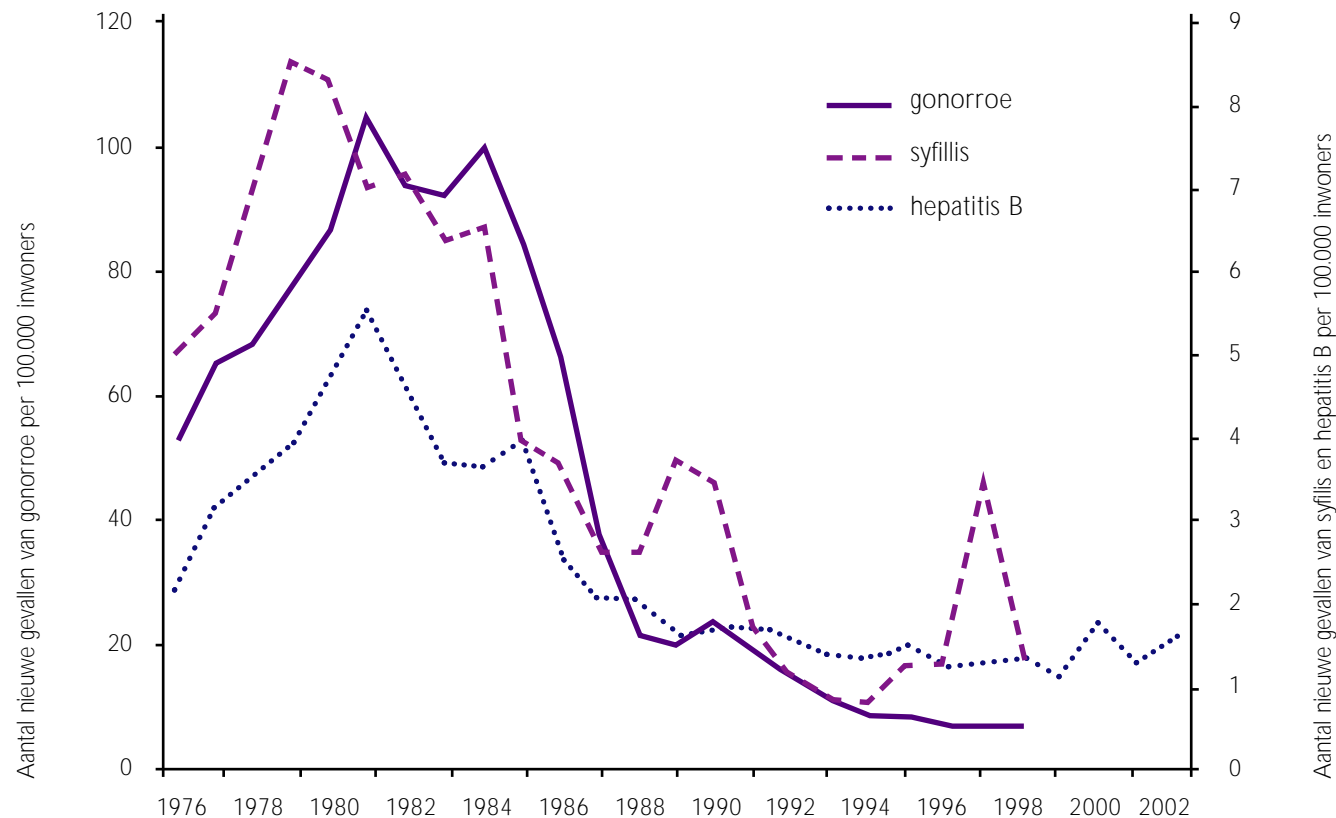
Na een sterke daling in de jaren tachtig werd een stijging van het aantal gevonden infecties met hiv en andere soa zichtbaar in 1995 (figuur 1 en 2). Die stijging blijkt fors te worden sinds 2000 (figuur 3), al lijkt de toename iets te stagneren in 2003 (RIVM, Fact Sheet Soa en Hiv, Stand van zaken, 2004). De groei van het aantal gevonden infecties heeft verschillende oorzaken:

- er wordt meer getest en er worden dus meer infecties gevonden;
- bepaalde soa-tests worden steeds verder verbeterd en vinden dus steeds meer (Van Bergen, 1998);
- met name in bepaalde seksueel actieve netwerken zijn mensen minder veilig gaan vrijen (Van de Laar, 2004).

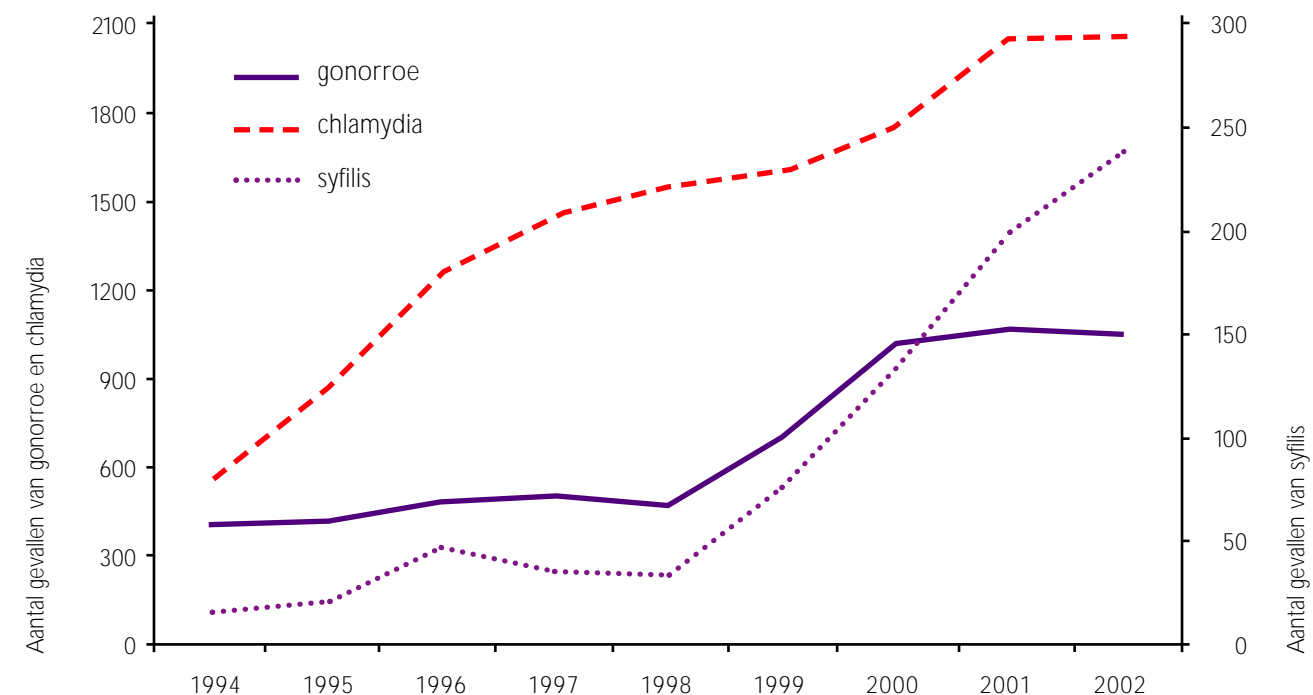
De eerste twee punten zijn winst en dragen bij tot de effectieve bestrijding van hiv en andere soa, het laatste is verontrustend.

1.1.1 Gevonden infecties

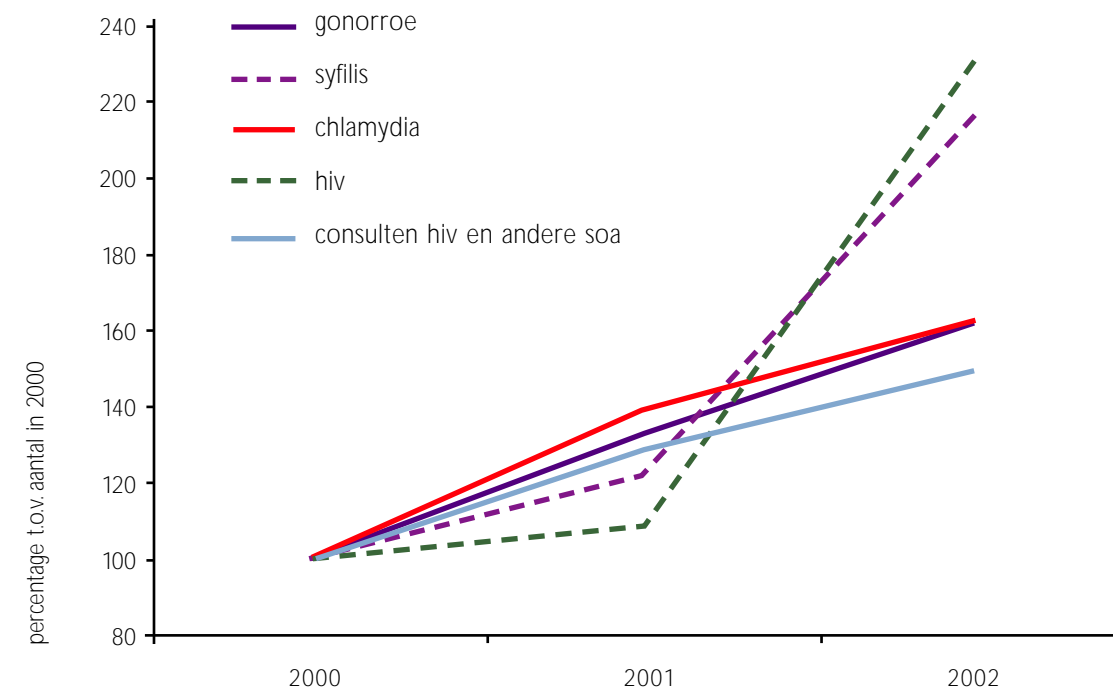
Mensen die een consult willen over hiv of een andere soa kunnen naar de huisarts, de GGD of een soa-polikliniek gaan. Tweederde van de mensen die een consult willen over een andere soa dan hiv gaan naar de huisarts (Van Bergen, 2003); groepen met een hoger risico, zoals homo- en biseksuele mannen, allochtonen, immigranten, asielzoekers en werkers in de prostitutie en hun klanten komen vaker bij de GGD of soa-poli. Bij de door huisartsen gevonden infecties is de genoemde stijging in veel mindere mate terug te vinden (NIVEL, 2004; Bartelds, 2004). Dit wijst erop dat het aantal infecties voornamelijk groeit onder de groepen met een hoger risico. Hiv-infecties komen in Nederland steeds vaker bij vrouwen voor: van 1992 tot 2003 is hun relatieve bijdrage aan de totale populatie gestegen van 15% tot meer dan 30% (Stichting HIV Monitoring, 2004). De situatie in Nederland en die elders in de wereld hangen samen. De mobiliteit tussen hiv-endemische gebieden en Nederland neemt toe: door



Figuur 1 • Incidentie (aantal nieuwe infecties) per 100.000 inwoners van gonorrhoe (linker Y-as), syfilis en hepatitis B (rechter Y-as) op basis van de aangifte. Bron: RIVM, IGZ, 2004. Deze grafiek is eerder gepubliceerd in Bijblijven, jaargang 20, nr 3 (BSL, Houten)



Figuur 2 • Aantal gevallen van gonorrhoe, chlamydia en syfilis op de Amsterdamse soa-polikliniek. Bron: jaarverslagen soa-polikliniek GG&GD Amsterdam. Deze grafiek is eerder gepubliceerd in Bijblijven, jaargang 20, nr 3 (BSL, Houten)



Figuur 3 • Trend in het aantal consulten en het aantal gevallen van hiv en enkele andere soa op de soa-polikliniek ten opzichte van het aantal in 2000. Bron: RIVM, soa-registratie, jaarverslag 2002, 2003. Deze grafiek is eerder gepubliceerd in Bijblijven, jaargang 20, nr 3 (BSL, Houten)

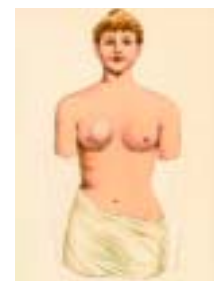
migratie, door bezoek van migranten aan het thuisland, door toerisme en door een groeiende mobiliteit in het kader van werk en sociale contacten:

- van de mensen met hiv die in Nederland onder behandeling zijn is 54% van de vrouwen en 18% van de mannen geboren in een hiv-endemisch gebied (Stichting HIV Monitoring, 2003);
- 50% van de prostituees die in Nederland werken is afkomstig uit het buitenland (Van Mens, 1999); sinds de jaren negentig bepaalt de aanwezigheid van jonge Oost-Europeanen de subcultuur van de jongensprostitutie (op straat en in bars) in Amsterdam (www.amoc.nl, 10 oktober 2004);
- 20% van de hepatitis-B-infecties wordt opgelopen tijdens een reis naar het buitenland (Van de Laar, 2004).

Doordat het aantal infecties met hiv en andere soa in Nederland de afgelopen jaren is toegenomen en het contact met de rest van de wereld ook, is het de verwachting dat de stijging van het aantal gevonden infecties in Nederland zal doorzetten.

Chlamydia

Chlamydia is de meest voorkomende soa. Op basis van een in 2004 afgerond landelijk screeningsonderzoek wordt het jaarlijkse aantal nieuwe infecties geschat op 60.000. De prevalentie onder 15- tot 29-jarigen in grote steden is 3,2%, in dunbevolkte gebieden 0,6%. Chlamydia geeft meestal geen klachten, maar kan op langere termijn leiden tot onvruchtbaarheid bij vrouwen (Soa Aids Nederland, Fact Sheet Pilot Ct., 2004). Op de soa-poli in Amsterdam werden in 2003 zo'n 2.000 infecties met chlamydia vastgesteld (Bovée, 2004).



Hiv

Het aantal personen met hiv in zorg bedraagt bijna 9.800. In 2003 werden 735 nieuwe hiv-infecties geregistreerd. Het totaal aantal hiv-geïnfecteerden (inclusief niet-getesten) in Nederland ligt naar schatting tussen de 16.500 en de 23.000 (Stichting HIV Monitoring, 2003).

Herpes genitalis

Over het aantal nieuwe infecties met de virale soa herpes genitalis bestaan geen goede cijfers omdat uit de registraties niet duidelijk is of het een eerste, nieuwe infectie betreft of een recidief. In 2001 bezochten zo'n 7.000 mensen met herpes genitalis de huisarts (Van der Linden, 2004). Op de soa-poli in Amsterdam werden in 2003 zo'n 300 gevallen vastgesteld (Bovée, 2004) en in de soa-registratie van de GGD'en in 2002 werd een vergelijkbaar aantal gemeld (Van de Laar, 2003).

Genitale wratten

Ook het aantal nieuwe gevallen van genitale wratten is onbekend. Veel infecties verlopen zonder symptomen. Uit de registratie is niet duidelijk of het nieuwe wratten betreft of een recidief. In 2001 bezochten zo'n 10.000 mensen met genitale wratten de huisarts (Van der Linden, 2004). Op de soa-poli in Amsterdam werden in 2003 600 gevallen vastgesteld en in de soa-registratie van de GGD'en in 2002 werden bijna 1.000 gevallen gemeld (Bovée, 2004; Van de Laar, 2003).

Hepatitis B en C

Het aantal nieuwe geregistreerde gevallen van hepatitis B per jaar bedraagt 1.900 (RIVM/IGZ, 2004). Naar schatting 0,5% van de Nederlandse bevolking is drager (Nationaal Hepatitis Centrum). Voor hepatitis C wordt geschat dat 0,1% - 0,4%, drager is (Van Hattum, 2002). Huisartsen stelden in 2001 bij zo'n 6.000 patiënten de diagnose virale hepatitis (Van der Linden, 2004).

Gonorrhoe

Het aantal opgespoorde nieuwe infecties met gonorrhoe in 2003 op de Amsterdamse soa-poli bedraagt 800 (Bovée,

2004). De GGD'en registreerden in 2002 de diagnose gonorrhoe 660 keer (Van de Laar, 2003). Het aantal infecties met gonorrhoe dat in de huisartsenpraktijk wordt behandeld is onbekend, mede omdat bij mannen met afscheiding nogal eens wordt behandeld met een breed werkend antibioticum zonder dat de ziekteverwekker wordt geïdentificeerd.



Syfilis

Syfilis werd in 2003 op de Amsterdamse soa-poli 240 maal geconstateerd en in de GGD-registratie in 2002 250 maal (Bovée, 2004). In de huisartsenregistraties wordt syfilis niet teruggevonden.

1.1.2 Risicogedrag

Seksueel gedrag dat leidt tot het risico op het oplopen en doorgeven van hiv en andere soa is geslachtsgemeenschap zonder condoom – waarbij anale seks riskanter is dan vaginale seks – en in mindere mate orale seks zonder condoom. Door een condoom te gebruiken wordt de kans op overdracht drastisch verkleind. Er is weinig inzicht in de ontwikkelingen van het risicogedrag van de algemene volwassen bevolking: het onderzoek daarnaar is verouderd (Van Zessen, 1991) en actuele informatie wordt pas in 2005 of 2006 verwacht. Wel is uit vele onderzoeken bekend dat er onder bepaalde bevolkingsgroepen netwerken zijn met veel risicogedrag, namelijk onder prostituees en prostituanten, allochtonen, migranten en asielzoekers, homo- en biseksuele mannen en jongeren.

Hiv en enkele andere soa kunnen ook worden verspreid zonder seksueel contact, namelijk door het delen van injectienaalden door intraveneus druggebruikers; inmiddels gebruikt een meerderheid veilig (De Boer, 2004). Een ander niet-seksueel risico wordt gevormd door bloedproducten: begin jaren tachtig zijn veel hemofielepatiënten met hiv geïnfecteerd geraakt door geïnfecteerde bloedproducten. Sinds 1984 is de screening zodanig verbeterd dat dit wordt voorkomen; voor andere via bloed overdraagbare infecties was dat al het geval. Tot slot kunnen aandoeningen worden overgedragen door prik- en bijtincidenten.

Groepen met een hoger risico verdienen extra aandacht

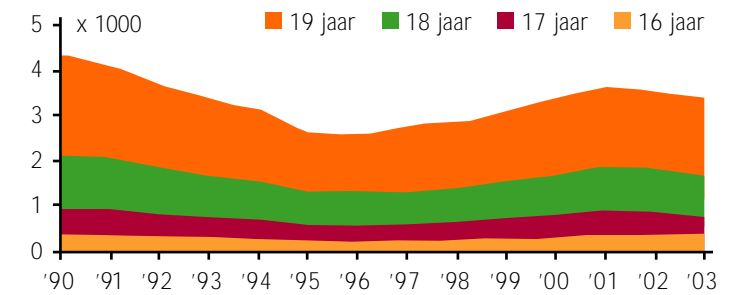
Mensen die meer risico's nemen met meer verschillende sekspartners krijgen statistisch gezien vaker hiv of een andere soa, maar geven die natuurlijk ook door aan meer mensen. Mensen die al een soa hebben zijn bevattelijker voor hiv en andere soa omdat bij hen de slijmvliezen zijn aangetast. Wie hiv heeft loopt makkelijker een andere soa op door een verminderde weerstand en geeft vervolgens, door die soa, weer makkelijker zijn hiv door. Daarom zijn gecumuleerde infecties bij kleine groepen een belangrijk aandachtspunt bij de bestrijding van hiv en andere soa (Fleming, 1999; Van Bergen, 1998).

1.1.3 Ongewenste zwangerschappen en tienerzwangerschappen

Seksueel contact zonder condoom kan, behalve hiv en andere soa, ook ongewenste zwangerschap tot gevolg hebben. Bij jonge Surinaamse, Antilliaanse en Arubaanse vrouwen is ongewenste zwangerschap een probleem. Onder deze groepen komen ook meer soa voor dan onder autochtone jonge vrouwen. Hetzelfde geldt voor tienerzwangerschappen. Hoewel die uiteraard niet altijd ongewenst zijn, is de gezondheidsprognose voor de pasgeborenen ongunstig (Vogels, 2002).

Tienerzwangerschappen

Het aantal zwangerschappen onder tieners in Nederland steeg van 1996 tot 2001, maar daalt sinds 2002 (figuur 4).



Figuur 4 • Levendgeborenen naar leeftijd van de moeder. Bron: Garssen, 2004

Onder allochtone meisjes zijn de percentages beduidend hoger dan onder autochtone meisjes (figuur 5).

Aantal zwangerschappen per 1.000 tienermeisjes

Autochtone meisjes:	3,2
Turkse meisjes:	14,3
Marokkaanse meisjes:	11,1
Antilliaanse en Arubaanse meisjes:	29,7
Surinaamse meisjes:	16,8

Figuur 5 • Bron: Vogels, 2002

Abortus

In de jaren negentig is het aantal abortussen zeer sterk toegenomen; onder jonge meisjes is het aantal tussen 1992 en 2000 zelfs meer dan verdubbeld (figuur 6). In 2003 is het aantal abortussen onder tieners met 7%

gedaald (Garssen, 2004). In het najaar van 2004 sprak StISAN over voorlopige cijfers die weer op een lichte stijging wezen (Volkskrant, 25 september 2004). Ongeveer 60% van de abortuscliënten is allochtoon. Met name onder Antilliaanse en Arubaanse vrouwen is het abortuscijfer zeer hoog (figuur 7). Het condoomgebruik onder de allochtone abortuscliënten is aanzienlijk lager dan dat onder de autochtone, en is de afgelopen drie jaar verder afgenomen (Wijsen, 2004). In hoeverre het schrappen van de anticonceptiepill uit het ziekenfondspakket sinds 2004 invloed heeft op het aantal abortussen is nog onduidelijk.

Leeftijd	1992	2000
15-19	4,2	8,6
20-24	7,4	13,0
25-29	7,2	10,1
30-34	6,6	8,4
35-39	5,0	6,2
40-44	1,9	2,9
totaal	5,5	8,0

Figuur 6 • Aantal abortussen per 1.000 vrouwen.
Bron: Rademakers, 2002

Land van herkomst	1992	2000
Gemiddeld	5,5	8,0
Suriname	31,5	39,2
Ned. Antillen en Aruba	34,5	86,8
Turkije	17,4	21,8
Marokko	13,7	24,5

Figuur 7 • Geschat aantal abortussen per 1.000 vrouwen (15-44 jaar) Bron: Rademakers, 2002

1.1.4 Surveillance

Hiv-surveillance

Nieuwe hiv-diagnoses worden geregistreerd en de hiv-prevalentie wordt steekproefsgewijs onderzocht onder groepen met een hoger risico. Zo kunnen epidemiologische ontwikkelingen en een eventuele uitbraak naar de algemene bevolking tijdig worden gesignaleerd. Het huidige systeem bestaat uit (www.rivm.nl, 12 oktober 2004):

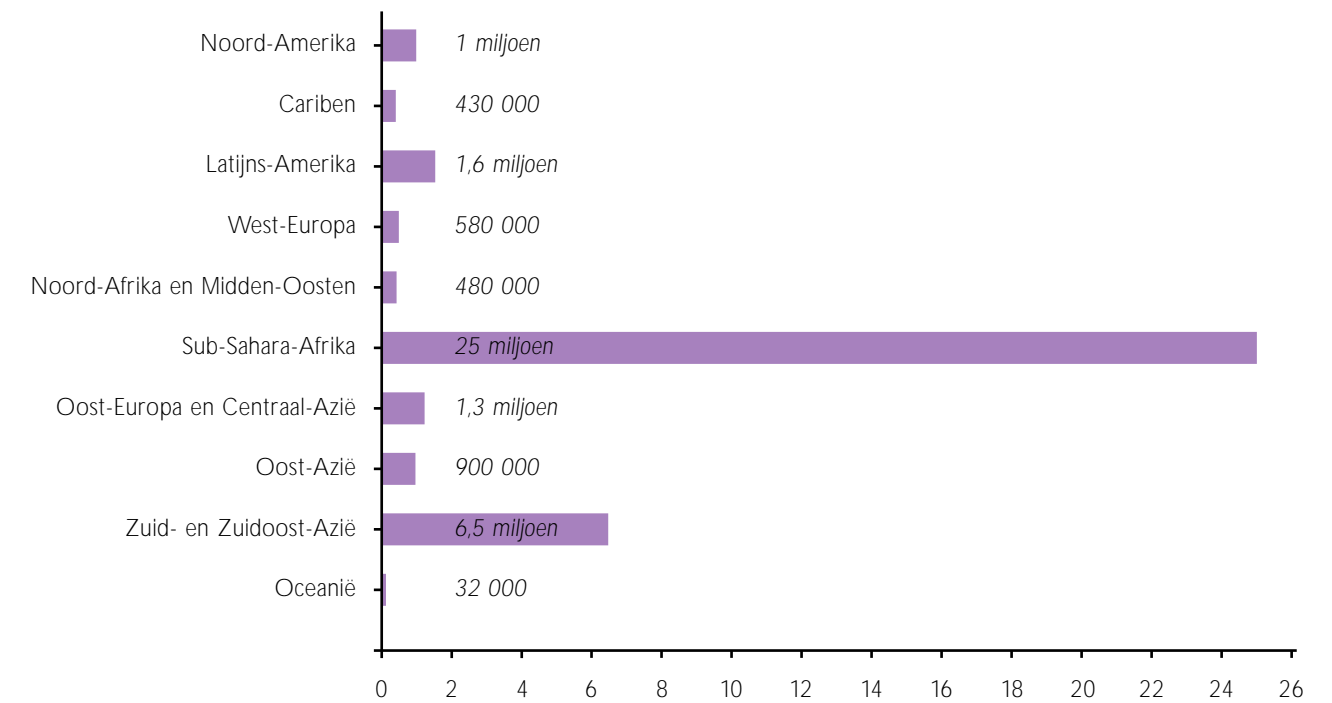
- gebruik van een aantal geanonimiseerde gegevens uit de landelijke registratie van de Stichting HIV Monitoring van nieuw gediagnosticeerde personen met een hiv-infectie;
- geanonimiseerde gegevens over hiv-prevalentie en risicogedrag onder groepen met hoger risico en onder bezoekers van soa-poliklinieken in Amsterdam en Rotterdam;
- hiv-screening bij zwangere vrouwen en bloeddonoren.

Soa-peilstation

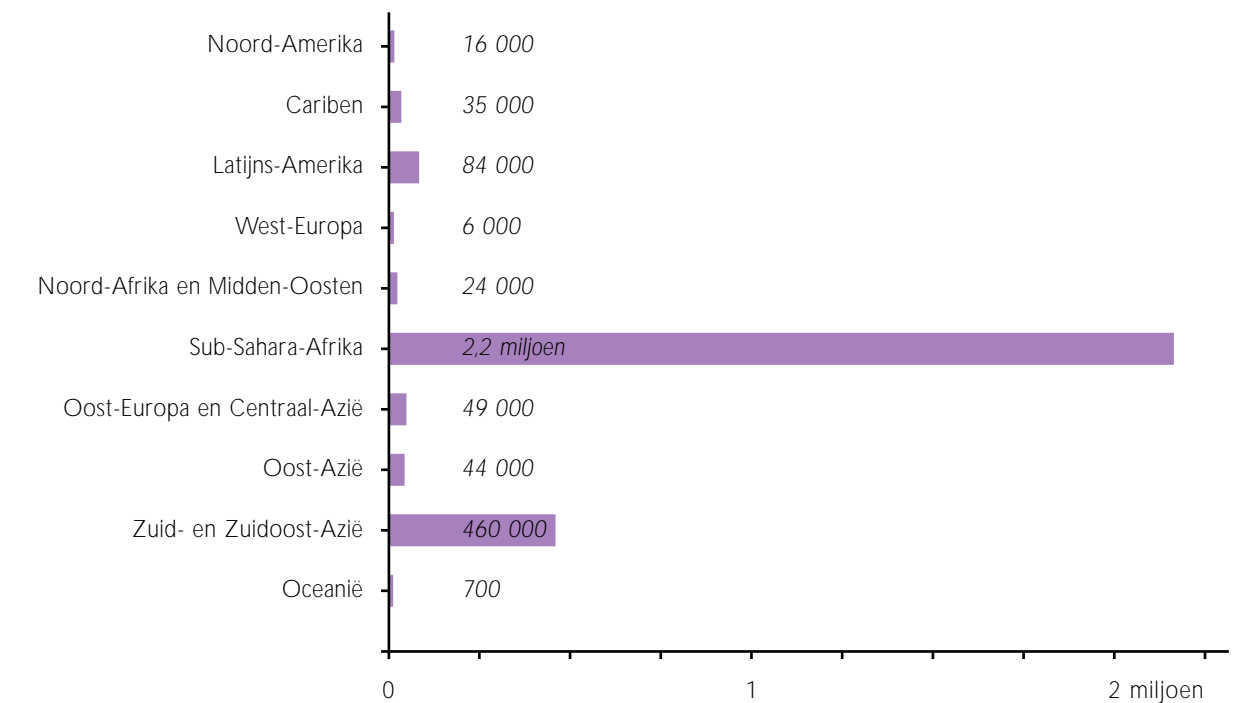
Van 1984 tot en met 2002 werden hiv en andere soa gevolgd door 42 meetpunten bij GGD'en en soa-poli's. De Amsterdamse soa-poli had een eigen registratie. Deze cijfers waren niet goed met elkaar te vergelijken. Sinds januari 2003 vindt de registratie van soa in Nederland plaats bij het Soa-peilstation: vijf laagdrempelige soa-poliklinieken en negen GGD'en, inclusief Amsterdam (www.rivm.nl, 12 oktober 2004).

1.2 Mondiaal

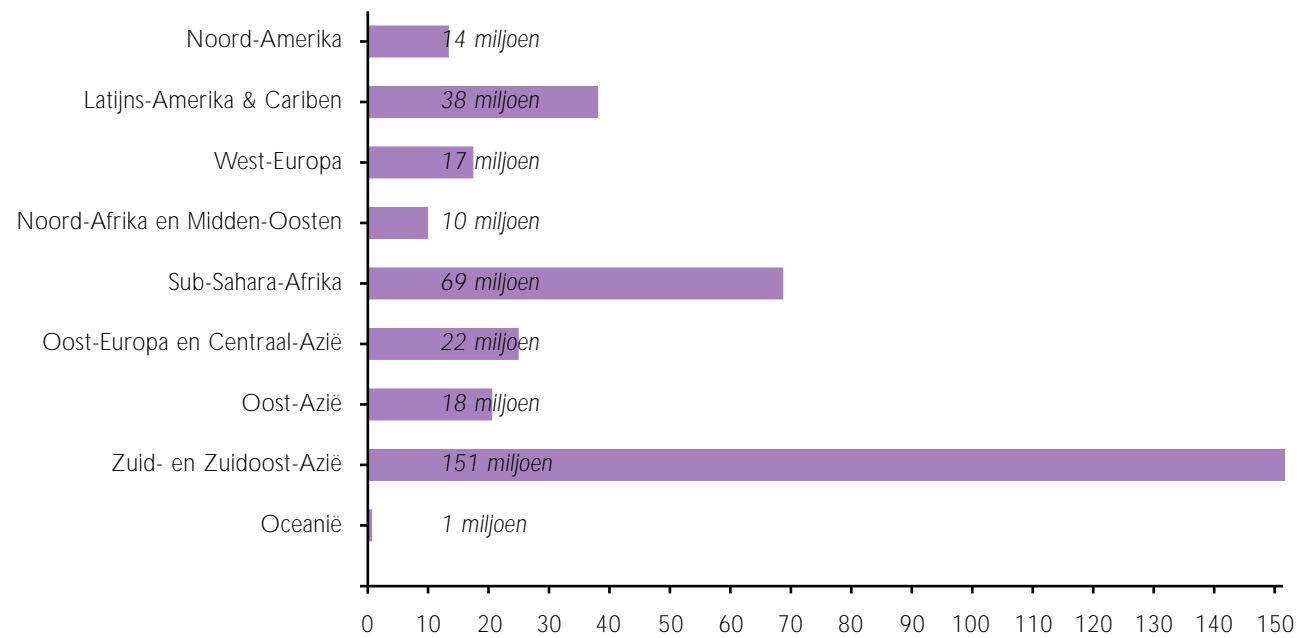
Mondiaal zijn hiv en andere soa een buitengewoon ernstig probleem. Na ondervoeding is het ontbreken van een adequate bescherming bij seksueel contact mondiaal de belangrijkste oorzaak voor gezondheidsverlies (Ezzati, 2002). Het kan leiden tot hiv en andere soa en tot abortus en moedersterfte. In 2003 stierven er 2,9 miljoen mensen aan de gevolgen van aids en kwamen er 4,8 miljoen nieuwe hiv-infecties bij (UNAIDS, 2004). Maar ook soa die voor het westerse publiek 'gewoon' zijn, zoals chlamydia, worden in ontwikkelingslanden vaak niet behandeld en leiden dan tot complicaties en dikwijls tot de dood. Onbehandelde soa spelen ook een belangrijke rol bij de sterke heteroseksuele verspreiding van hiv in ontwikkelingslanden.



Figuur 8 • Schatting van het aantal volwassenen en kinderen met hiv/aids eind 2003 – Totaal 37,8 miljoen
Bron: UNAIDS, 2004



Figuur 9 • Schatting van het aantal doden als gevolg van aids (volwassenen en kinderen) in 2003 – Totaal 2,9 miljoen
Bron: UNAIDS, 2004



Figuur 10 • Schatting van het aantal nieuwe gevallen van behandelbare soa bij volwassenen in 1999 – Totaal 340 miljoen
Bron: WHO, 2003

◀ **De Europese Commissie, het dagelijks bestuur van de EU, slaat alarm over de sterke stijging van het aantal hiv-besmettingen in Europa. (...) Telicka (Europees commissaris volksgezondheid) wijt de sterke stijging vooral aan het toenemend gebruik van vuile spuiten voor druginjecties en een zekere laksheid over hiv, omdat er steeds betere medicijnen komen om uitbraak van aids-verschijnselen te beteugelen. 'Verder blijft het in Europa vooral een ziekte van de jaren tachtig', aldus de Tsjechische eurocommissaris. 'Mensen denken soms dat de ziekte nauwelijks of niet meer bestaat.'**

Sterke stijging hiv-besmettingen Europa, De Telegraaf, 8 september 2004



Hierna komen de diverse regio's in de wereld aan de orde en worden de belangrijkste problemen bij de bestrijding van hiv en andere soa besproken. In de westerse wereld worden hiv-infecties voor het merendeel overgedragen door homoseksueel contact (maar overdracht door heteroseksueel contact neemt toe), in Oost-Europa en in Azië meestal door druggebruik en in Afrika voornamelijk door heteroseksueel contact.

West-Europa

Sinds begin jaren negentig is onder homomannen een sterke toename van het aantal sekspartners en van anale seks te zien. Er vindt meer onbeschermd seks plaats onder homomannen. Dat blijkt uit onderzoek in Zwitserland (1994), in Frankrijk (1995) en in Groot-Brittannië (1996). Er is weinig onderzoek gedaan naar het risicodrag onder andere groepen. Sommige landen hebben geen registratiesysteem, zijn daarmee net begonnen of hebben een registratiesysteem dat niet is aangesloten op EuroHIV (het Europese aids-surveillance-instituut) (Adam, 2004). Heteroseksuele transmissie, mede onder invloed van migratie uit hiv-endemische gebieden, neemt toe.



Midden-Europa

In Midden-Europa is de situatie op het gebied van hiv-infecties totnogtoe relatief gunstig. Er zijn twee uitzonderingen: in Polen zijn veel intraveneus druggebruikers geïnfecteerd en in Roemenië zijn duizenden kinderen geïnfecteerd door onveilige medische praktijken in de jaren tachtig en negentig. In de overige landen wijst de snelle stijging van hepatitis C onder intraveneus druggebruikers wel op veelvuldig uitwisselen van gebruikte naalden. Maar de hiv-epidemie lijkt nog niet tot deze groepen te zijn doorgedrongen (Aids Action Europe, 2003).

Oost-Europa

Nergens ter wereld stijgt het aantal hiv-infecties zo snel als in Oost-Europa. Door wijdverbreid intraveneus druggebruik, hiv-positieve gevangenen die in de samenleving terugkeren en via prostituees en hun klanten dreigt de epidemie onder groepen met een hoger risico over te slaan op het algemeen publiek. Volgens optimistische prognoses zullen er in Rusland in 2005 1,2 miljoen hiv-geïnfecteerden zijn (World Bank, 2003). Deze situatie wordt des te waarschijnlijker doordat het aantal syfilis-infecties in Rusland tussen 1989 en 1997 met een factor 43 is toegenomen tot 277 per 100.000 inwoners (Borisenko, 1999).

VS, Canada en Australië

Onder homo- en biseksuele mannen zijn dezelfde ontwikkelingen waar te nemen als in West-Europa (Adam, 2004).

Caribisch gebied

Met een hiv-prevalentie onder volwassenen van 2,3% is dit gebied na Afrika het zwaarst getroffen deel van de wereld.

Afrika

In Afrika ten zuiden van de Sahara is sprake van een ongecontroleerde epidemie van hiv, die in steeds hogere mate vrouwen treft: 60% van de mensen met hiv daar is vrouw. In sommige delen van Afrika blijkt zelfs meer dan 30% van de zwangere vrouwen hiv-positief te zijn, door armoede, analfabetisme, tekortschietende medische zorg in het algemeen en soa-zorg en hiv-behandeling in het bijzonder, de achtergestelde positie van vrouwen, natuur-rampen en oorlogen. Er zijn enkele uitzonderingen; in Oeganda begint de bestrijding van de hiv-epidemie vruchten af te werpen en neemt het aantal nieuwe infecties duidelijk af. In Senegal is men er in geslaagd het aantal hiv-infecties laag te houden: daar is de prevalentie minder dan 1% (UNAIDS, 2004).

◀ **De aanpak van aids is 's werelds grootste uitdaging op medisch gebied. Dat heeft de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gisteren in haar jaarlijkse rapport over de gezondheidssituatie in de wereld geschreven. Volgens de organisatie staat de wereld nu op een keerpunt. Was aids een kwart eeuw geleden nog onbekend, nu is het de belangrijkste doodsoorzaak van volwassenen. Rijke landen moeten meer geven aan arme landen, aldus het rapport, zodat medicatie voor veel meer mensen beschikbaar komt. Van de zes miljoen mensen in ontwikkelingslanden die behandeling nodig hebben, kregen vorig jaar slechts 400.000 mensen die. Meer dan 90 procent van de getroffen leeft in een beperkte groep van 34 landen.**

WHO: Hiv en aids speerpunt aanpak, Spits, 12 mei 2004





Azië

In Azië dreigt een vergelijkbare ontwikkeling als in Afrika; tot nu toe is de gemiddelde prevalentie relatief laag, maar het cijfer stijgt snel en door de grote aantallen inwoners staan ook lage prevalentiecijfers al voor enorme groepen mensen met hiv. Bovendien ligt de prevalentie in sommige gebieden nu al heel hoog: in Cambodja is 3% van de bevolking hiv-positief (UNAIDS, 2004).

Prevalentie van hiv onder volwassenen in percentages, eind 2003 (UNAIDS 2004).

Sub-Sahara-Afrika	7,5
Noord-Afrika en Midden-Oosten	0,2
Zuid- en Zuidoost-Azië:	0,6
Oost-Azië:	0,1
Latijns-Amerika:	0,6
Cariben:	2,3
Oost-Europa en Centraal-Azië:	0,6
West-Europa:	0,3
Noord-Amerika	0,6
Oceanië:	0,2

Knelpunten bij de bestrijding van hiv en andere soa in hoge-inkomenslanden (UNAIDS 2003):

- het preventiebeleid lijkt in kracht en zichtbaarheid af te nemen;
- er is een trend dat de hiv-epidemie zich verplaatst naar armere en marginale groepen;
- de hiv-overdracht in hoge-inkomenslanden heeft een sterke relatie met hiv-endemische gebieden (via migratie en toerisme);
- heteroseksuele hiv-overdracht neemt sterk toe.

Figuur 11



Aangrijpingspunten en uitgangspunten

2.1	Drie categorieën instrumenten	26
2.2	Aangrijpingspunten	26
2.3	Uitgangspunten	27