

EEN KWETSBAAR EVENWICHT

Stand van zaken hiv en andere soa in Nederland

Update 2007

Soa Aids Nederland
Amsterdam
27 februari 2007

INHOUD

1. Woord vooraf.....	3
2. Epidemiologie	4
3. Aangrijpingspunten en uitgangspunten	9
4. Organisatie.....	11
5. Financiering.....	13
6. Kader	15
7. Primaire preventie.....	17
8. Testen, screenen en PEP	20
9. Gezondheid, behandeling en zorg	22
10. Mensen met hiv in de samenleving	24
11. Onderzoek.....	26
12. Internationale samenwerking.....	27
13. Literatuur.....	29

1. 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.'

Dit waren de inleidende woorden van de publicatie Een kwetsbaar evenwicht uit 2004 – en ook voor deze Update 2007 zijn ze nog steeds waar. Daarom blijven ze ongewijzigd. Het doel van deze update is om aan te geven wat er veranderd is sinds 2004.

Een Kwetsbaar evenwicht is in 2004 gepubliceerd op verzoek het Ministerie van VWS als overzicht van de stand van zaken hiv en andere soa in Nederland. Omdat ontwikkelingen bij hiv en andere soa en de bestrijding daarvan niet stilstaan, is een regelmatige update wenselijk. Het doel van deze Update 2007 is het bieden van een overzicht van nieuwe ontwikkelingen en bestaande knelpunten. Daarbij wordt het stramien van de vorige versie gevolgd.

Een concept van de Update 2007 is ter toetsing voorgelegd aan het Platform Soa en seksuele gezondheid, het Centrum voor Infectieziektebestrijding en het Ministerie van VWS. Soa Aids Nederland kan dit werk niet alleen doen.

Doelgroep voor deze update zijn uitvoerders in de soa- en hiv-bestrijding in Nederland, maar ook besluitvormers en financiers. Op basis van dit actuele overzicht kunnen zij prioriteiten stellen, besluiten nemen en tot actie overgaan.

De focus van deze update ligt op de soa- en hiv-bestrijding, waarbij aandacht is voor aspecten van de seksuele gezondheid(zorg) waar er een verbinding ligt met de soa- en hiv-bestrijding.

Ook uit deze update blijkt dat er veel goed gaat, maar nog lang niet alles. Er zijn veelbelovende ontwikkelingen, maar er is ook reden tot zorg. Het evenwicht blijft kwetsbaar; de liefde is, gelijk het hele leven, niet zonder risico's. Maar wie kan zonder liefde?

Ton Coenen
Directeur Soa Aids Nederland
Februari 2007

2. Epidemiologie

Een Kwetsbaar Evenwicht baseerde zich op epidemiologische cijfers voor hiv en andere soa uit 2003, zowel voor Nederland als de rest van de wereld. Als knelpunten werden in 2004 benoemd: de toename van hiv en aids in Afrika, het Caribische gebied, Oost Europa en Azië, de toename van hiv in West Europa onder homo/biseksuele mannen en heteroseksuelen uit hiv-endemische gebieden, de stijging van hiv en andere soa in Nederland sinds 2000.

Nieuwe informatie sinds 2004

Soa- en hiv-surveillance Nederland

In het soa-peilstation nam het absolute aantal gevallen van chlamydia en hiv in 2005 toe met 15% en 25%, maar ook het aantal testen steeg. Gonorrhoe en syfilis daalden licht met respectievelijk 2% en 7%. De meeste gevallen van syfilis werden gevonden bij mannen die seks hebben met mannen (hierna: MSM); 85% van de infecties bij mannen. Chlamydia is nog steeds de meest voorkomende soa in het peilstation. De meeste chlamydia- en gonorrhoe-infecties worden gevonden bij vrouwen jonger dan 25 jaar (70%). Enkele etnische groepen, onder andere afkomstig uit Suriname, de Nederlandse Antillen en Aruba, hebben vaker een positieve uitslag voor chlamydia en gonorrhoe. Het aantal genitale wratten, de meest voorkomende virale soa in het peilstation, bleef gelijk, evenals hepatitis B, maar het aantal gevallen van genitale herpes steeg. Bij de soa-centra worden de hoogste percentages hiv-infecties gezien bij MSM (5-6%, 2005). Hiv bij heteroseksuelen varieert van 0,2% tot 0,4%. (Boer, 2006).

Bekend hiv-positieve personen nemen een belangrijk deel van de soa voor hun rekening: 15% van alle de chlamydia, gonorrhoe en syfilis onder MSM werd gevonden bij bekend hiv-positieven. In 60% respectievelijk 51% van de en gonorrhoe gevallen betrof dit een anorectale infectie (Boer, 2006).

Per 1 juni 2006 zijn er in Nederland totaal 12.059 mensen met hiv geregistreerd in het nationale observationele ATHENA-cohort. Vergeleken met 2005 zijn er 1.205 nieuwe mensen met hiv bijgekomen. Het totale aantal bestaat voor 77,5% uit mannen en 22,6% uit vrouwen met hiv; 0,9% (106) was jonger dan 13 jaar. Uit de verdeling over risicogroepen blijkt dat 52,2% is geïnfecteerd via homoseksueel contact. MSM bepalen in Nederland nog steeds de hiv-epidemie. Daarnaast is er een kleinere, maar wel geleidelijk groeiende groep mensen met hiv, die via heteroseksuele contacten is geïnfecteerd. Meer dan de helft daarvan is vrouw. (Gras, 2006).

Bij hiv-surveys onder hoog-risicogroepen in Rotterdam, Amsterdam en Den Haag zijn onder prostituees, klanten van prostituees, injecterende drugsgebruikers en migranten afkomstig uit hiv-endemische gebieden wisselende hiv-prevalenties gevonden. Onder de onderzochte migranten varieerden hiv-prevalenties in Rotterdam van 1% bij Kaapverdianen en 0% bij Surinamers en Antillianen, in Amsterdam van 1% bij Ghanezen en Surinamers en 0% bij Antillianen en in Den Haag van 0,6% bij Antillianen, 0,7% bij Surinamers en 1,8% bij Ghanezen. Bij de onderzochte prostituees varieerden de gevonden hiv-prevalenties van 7% in Rotterdam, 7% in Amsterdam en 3,5% in Den Haag. Onder prostituees zijn de hiv-prevalenties hoger bij de verslaafde en transgender-prostituees en bij de prostituees die werken op de tippelzone. De hiv-prevalentie onder klanten van prostituees in Amsterdam bleek 0% en die onder injecterende drugsgebruikers in Rotterdam bleek 10% (Van Veen, 2005a; 2005b; 2006).

Uit de PILOT CT-studie, het eerste landelijke onderzoek naar Chlamydia in Nederland, bleek een prevalentie van 2%, met aanmerkelijke verschillen tussen niet stedelijke gebieden (0.6%) en sterk verstedelijkte gebieden (3.2%) (Van Bergen, 2005).

Infecties met gonorrhoe komen weinig voor in de algemene bevolking (Van Bergen, 2006a).

Soa- en hiv-surveillance internationaal

Volgens gegevens van het EuroHiv surveillance netwerk werden er in 2005 in de Europese Unie 23.620 nieuwe hiv-diagnosen gesteld (dit aantal is met uitsluiting van Italië en Spanje die geen nationale surveillancesysteem hebben). In de meerderheid betreft dit mannen (65%), maar het aandeel van vrouwen is stijgende en 12% betreft jongeren in de leeftijd van 15 tot 24 jaar. Heteroseksueel contact is de transmissieroute bij 55% van de nieuwe hiv-diagnosen, seks tussen mannen bij 34% en drugsgebruik bij 10%. In 2005 werd 46% van de heteroseksuele hiv-diagnosen vastgesteld bij migranten, voornamelijk afkomstig uit Afrikaanse landen ten zuiden van de Sahara, die de infectie meestal buiten de EU hadden opgelopen. Het aantal nieuwe hiv-infecties in de EU door heteroseksueel contact en door seks tussen mannen heeft zich tussen 1998 en 2005 verdubbeld. Er leven naar schatting 740.000 mensen met hiv in West en Centraal Europa en 1.7 miljoen in de buurlanden van Oost Europa en Centraal Azië (Hamers, 2006).

Wereldwijd leven er naar schatting 39.5 miljoen mensen met hiv. In 2006 zijn er 2.8 miljoen hiv-infecties bijgekomen, waarvan 2.8 miljoen (65%) in Afrika ten zuiden van de Sahara. In delen van Oost Europa en Centraal Azië is het aantal hiv-infecties sinds 2004 gestegen met meer dan 50%. In 2006 zijn 2.9 miljoen mensen overleden aan aidsgerelateerde ziekten (WHO/UNAIDS, 2006).

Gedragssurveillance

Voor het eerst sinds 15 jaar zijn er weer gegevens beschikbaar over de seksuele gezondheid van de Nederlandse bevolking. Daaruit blijkt onder andere dat de meeste seks plaatsvindt in vaste, monogame relaties en dat men dan minder vaak seks heeft dan 15 jaar geleden. Het seksuele repertoire is breder geworden: vrouwen hebben vaker meerdere sekspartners, manuele en orale seks zijn onder jongeren toegenomen, een op de twintig respondenten bedrijft regelmatig anale seks. Ongeveer één op de 11 Nederlanders loopt een verhoogd risico op soa, óf omdat men zelf onbeschermd seks heeft gehad, óf omdat men een partner heeft die dit heeft gehad. Ongeveer de helft van de onderzochte Nederlanders ervaart problemen in de seksuele gezondheid: als gevolg van seksueel geweld, functieproblematiek, overmatig verlangen, identiteitsproblematiek en de emotionele last bij reproductieve kwesties zoals abortus of onvruchtbaarheid (Bakker, 2006).

In een online-onderzoek onder meer dan 4.000 mannen die seks hebben met mannen bleek onder andere dat 60% eerder een hiv-test had gedaan (50% in het voorafgaande jaar), dat van de geteste mannen 11% meldde hiv te hebben en dat bij 14% van alle respondenten in het voorafgaande jaar één of meerdere soa waren vastgesteld. Meer dan de helft van de mannen die seks hadden met een vaste partner rapporteerde onbeschermd anale seks. Het niet correct toepassen van zogenaamde negotiated-safetystrategieën bleek hier van invloed. Van de hele groep respondenten met losse partners rapporteerde 30% onbeschermd anale seks met losse partners. Drugsgebruik, meer moeite hebben met veilig vrijen, sekspartners zoeken op internet of in darkrooms en een hiv-positieve serostatus bleken van invloed op dit risicogedrag. De vaccinatiegraad voor hepatitis B en kennis over de vaccinatiecampagne bleek in de onderzochte groep laag (Hospers, 2006).

Het onderzoek Seks onder je 25^{ste} laat zien dat het beschermingsgedrag bij de eerste keer onder jongeren in vergelijking met 10 jaar geleden is verbeterd. Pilgebruik steeg van 36 naar 46%, condoomgebruik van 69% naar 79% en gebruik van pil én condoom van 24% naar 37%. Jongeren die de eerste keer een condoom hebben gebruikt, gebruiken daarna vaker een condoom. Jonge starters en christelijke jongeren, voor wie het geloof belangrijk is, beschermen zich de eerste keer minder goed (De Graaf, 2005).

Sinds 2003 zijn er geen significante verschuivingen waargenomen in de determinanten van veilig vrijgedrag, condoomgebruik en testgedrag in de leeftijdscategorie 15 – 35 jaar binnen de onderzoeksgroep van de monitoring van de Veilig Vrijen Campagne. In de afgelopen drie jaar heeft ongeveer de helft van de respondenten 'niet altijd' een condoom gebruikt bij vaginale seks met een losse partner. Eenderde van de totale groep overkomt het wel eens dat ze geen condoom bij de hand hebben als ze willen vrijen; bijna de helft hiervan vrijt vervolgens (vaginaal) onveilig. Deze proporties zijn sinds 2003 redelijk constant (Kuyper, 2006).

Bij hiv-surveys onder hoogerisicogroepen is een aanzienlijk niveau van risicogedrag gevonden onder migranten afkomstig uit hiv-endemische gebieden: veel partners, meer gelijktijdige partners en weinig condoomgebruik bij zowel losse als vaste partners, vaker seks met losse partners in herkomstland en vaker mixen met partners van een andere etniciteit. Het risicogedrag was hoger bij mannen dan bij vrouwen. In Amsterdam heeft 9-16% van de onderzochte migranten onbeschermd sekscontacten gehad met tenminste twee partners in de voorgaande zes maanden. In Den Haag is dit 4-20% (Van Veen, 2005a; 2005b;2006).

Bij hiv-surveys in hoogerisicogroepen is aanzienlijk condoomgebruik gevonden onder prostituees, in combinatie met een relatief hoog niveau van condoomfalen. Condoomgebruik ligt in de drie steden rond de 80%, condoomfalen rond de eenderde. Daarnaast bleek dat het condoomgebruik met privé partners aanzienlijk lager lag dan met klanten (Van Veen, 2005a; 2005b;2006).

In 2005 zijn 32.982 abortussen uitgevoerd, dit komt neer op 8.6 op de 1.000 vrouwen tussen de 15 en de 45 jaar. Dit aantal is licht gedaald ten opzichte van 2004. Het aantal abortussen onder tieners is ook gedaald. Allochtone vrouwen hebben nog steeds een aanzienlijk grotere kans op abortus. De vier groepen met de hoogste cijfers zijn afkomstig uit de Nederlandse Antillen, Suriname, Midden- en Zuid-Amerika en Afrika. De snelste stijging is te zien met name onder Marokkaanse en Turkse meiden; dit is opvallend omdat zij in vergelijking met andere groepen een relatief laag abortuscijfer hadden (Wijsen, 2006).

Huisartsen zien naar schatting tweederde van de soa-consulten in Nederland (Van Bergen, 2006b).

Knelpunten

De trend in het totale aantal soa-diagnosen bij soa-poli's en GGD's over de afgelopen vijf jaar laat in absolute aantallen overwegend een continue toename zien voor syfilis en chlamydia. Deze trend wordt waarschijnlijk veroorzaakt door een combinatie van factoren, zoals een actiever testbeleid en toegenomen risicogedrag in bepaalde seksuele netwerken. Het ontbreekt aan kwalitatief goede data om een gedegen analyse uit te voeren en te komen tot een weging van deze en andere factoren. In omringende landen is er sprake van eenzelfde soort trends (Boer, 2006).

Mannen die seks hebben met mannen blijven in Nederland een belangrijke risicogroep. Zowel wat betreft het voorkomen van infecties (met name hiv en syfilis), maar ook vanwege de lage kennis over de eigen hiv-status en het risicogedrag. De uitdagingen betreffen het actief testen op hiv en andere soa, het verhogen van de hepatitis B vaccinatiegraad, het ondersteunen van veilig vrijen binnen de vaste relatie en het versterken van de norm voor 100% condoomgebruik bij losse partners.

Homomannen met hiv vormen een specifieke aandachtsgroep omdat hier soa-infecties interacteren met de bestaande hiv-infectie, de hiv-infectie invloed heeft op gedrag (variërend van geen seks tot serosorteren) en de mannen deel uitmaken van seksuele netwerken waarin meestal niet wordt gecommuniceerd over serostatus.

Belangrijke risicogroep vormen ook de etnische minderheden: sommige etnische groepen zijn oververtegenwoordigd in de hiv-registratie, bij de chlamydia- en gonorroediagnosen en in de abortusregistratie. Ook zijn er indicaties voor risicogedrag binnen de eigen gemeenschap, tussen verschillende etnische groepen en tijdens verblijf in herkomstlanden.

Specifieke uitdagingen voor prostituees zijn het terugdringen van het condoomfalen en het condoomgebruik bij privécontacten. Bij injecterende drugsgebruikers blijft het seksuele risicogedrag een aandachtspunt: er wordt meer veilig gebruikt dan veilig gevreeën.

Jongeren zijn altijd al belangrijk omdat er telkens een nieuwe generatie seksueel actief wordt, maar de chlamydia- en gonorroe- infecties die met name bij jonge vrouwen worden gevonden maken duidelijk dat hier nog een probleem ligt.

Het ontbreekt aan inzicht welk deel van de mensen met hiv in Nederland de grootste bijdrage levert aan de verdere verspreiding van hiv in Nederland (getesten of ongetesten, behandeld of onbehandeld, met of zonder soa co-infecties).

De hiv- en soa-surveillance kan op onderdelen worden verbeterd (Van de Laar, 2005). Dit betreft de nationale surveillance van resistente gonorrhoe, de surveillance van recente hiv-infecties (zie ook hoofdstuk 9), de monitoring van soa in de huisartspraktijk en de gedragssurveillance.

3. Aangrijpingspunten en uitgangspunten

In Een Kwetsbaar Evenwicht worden drie instrumenten benoemd die worden ingezet in de soa- en hiv- bestrijding: primaire preventie, secundaire preventie en behandeling/zorg/ondersteuning. Aangrijpingspunten liggen bij: kans op overdracht, aantal seksuele partners en contacten en de duur van de infectieuze periode. Uitgangspunten zijn: mensenrechten, pragmatische aanpak, veilig gedrag, vrijwillige medewerking en een gecombineerde soa- en hiv-bestrijding. Tot knelpunten zijn benoemd: de inzet van strafwettelijke vervolging tegen mensen met hiv die onveilig vrijen zonder vooraf te melden dat zij hiv hebben en schending van mensenrechten.

Nieuwe informatie sinds 2004

In Nederland is de vrijwilligheid bij een hiv-test een belangrijk uitgangspunt. Er is echter een voorstel in voorbereiding bij het Ministerie van Justitie over het afdwingen van een test op besmettelijke ziekten (waaronder hiv) bij daders en bij prik- en snij-accidenten (Ministerie van Justitie, 2006).

Het kabinet adviseerde in 2005 de Tweede Kamer om niet over te gaan tot het strafrechtelijk vervolgen van mensen met hiv die onveilig vrijen en daarbij hun hiv-status niet vooraf melden, als hun sekspartner niet wordt geïnfecteerd met hiv. Het seksuele contact moet vrijwillig zijn. Volgens het kabinet was een aanvullende wet die in dergelijke situaties vervolging mogelijk maakt niet bevorderlijk voor de volksgezondheid. Het is van mening dat er voldoende informatie beschikbaar is over de risico's van onveilig vrijen en noemt het de eigen verantwoordelijkheid van de burger om vrijwillig onveilig te vrijen. Daarnaast signaleert het kabinet dat het lastig is om iemand te vervolgen voor mogelijke overdracht, als deze niet wist dat hij hiv had (Ministerie van Justitie, 2005).

In 2005 stelde de SGP kamervragen naar aanleiding van de opmerkingen van een inspecteur voor de gezondheid, die meende dat zogenaamde 'bareback parties' van homomannen verboden moesten worden. Minister Hoogervorst antwoordde dat het fenomeen van bewust onveilig vrijen onder homomannen beperkt is tot een kleine groep die minder ontvankelijk is voor preventieboodschappen, dat andere beleidsinstrumenten in discussie zijn en dat hij zich daarover laat adviseren. Hij signaleerde dat gemeenten volgens de WCPV de verantwoordelijkheid hebben om te bepalen of ze boven op bestaande instrumenten willen werken met verordeningen of het weigeren van vergunningen als het gaat om 'barebacking' op openbare plaatsen (Blom, 2005).

Knelpunten

Er zijn discussies over de (grenzen aan de) pragmatische aanpak van de bestrijding van hiv en andere soa in Nederland en een roep om over te gaan tot meer ingrijpende maatregelen, waarvan de effectiviteit echter niet altijd vaststaat. Op verzoek van het Cib zal Soa Aids Nederland een advies uitbrengen over de meerwaarde van een meer normatieve aanpak in de hiv- en soa-voorlichting en preventie en/of de toepassing van wet- en regelgeving voor de bestrijding van hiv en andere soa (wordt februari 2007 verwacht).

Het ontbreekt in Nederland aan een breed gedragen visie op de integratie van de soa- en hiv-bestrijding met de bevordering van seksuele gezondheid. Verschillende betrokken partijen (VWS, ZonMw, StiSAN, RNG, CASA, Soa Aids Nederland) ondernemen in 2006 initiatieven om tot zo'n visie te komen (zie ook hoofdstuk 3).

Onbekend is of het toepassen van een genderspecifieke aandacht, zoals die in het buitenland gewoon is, in de Nederlandse situatie een meerwaarde heeft ten opzichte van de bestaande geïntegreerde aanpak. Als in Nederland in de soa- en hiv-bestrijding aandacht wordt besteed aan gender, dan wordt dit meestal vertaald naar meisjes/vrouwen en niet naar jongens/mannen.

4. Organisatie

In Een Kwetsbaar Evenwicht worden de plaats en de taken toegelicht van de belangrijkste actoren in de soa- en hiv-bestrijding: landelijke overheid, centrum voor infectieziektebestrijding, gemeenten, regionale/lokale instellingen. Het Platform soa en seksuele gezondheid en Soa Aids Nederland. De drie peilers in de curatieve soa-zorg: huisartsen, soa-centra en hiv-behandelcentra. Landelijke soa/hiv-preventieprogramma's, beroepsorganisaties en organisaties voor onderzoek.

Nieuwe informatie sinds 2004

Als gevolg van het Preventieplan soa en hiv van VWS uit 2004 verhuisde het landelijk programma soa- en hiv-preventie etnische minderheden per 1 januari 2006 van het NIGZ naar Soa Aids Nederland, is Soa Aids Nederland verantwoordelijk voor de coördinatie van de landelijke soa- en hiv-preventieprogramma's en voor de afstemming tussen het landelijk ondersteuningsaanbod en de lokale/regionale behoeften (Hoogervorst, 2004).

Op 1 januari 2006 startte de regeling voor de nieuwe structuur van de aanvullende curatieve soa-zorg. Deze leidt tot 8 verzorgingsgebieden met een coördinerende GGD en een landelijk dekkend netwerk van ongeveer 30 posten voor soa-zorg (Hoogervorst, 2005). Uit een tussentijdse evaluatie na 5 maanden kan worden afgeleid dat de structuur op hoofdlijnen goed werkt, maar in verschillende stadia van opstarten op onderdelen aanleiding geeft tot nader onderzoek, ontwikkeling en besluitvorming (Schaafsma, 2006).

Na voorbereidingen in 2005 werd op 21 maart 2006 het Centrum voor Infectieziektebestrijding officieel geopend. Het Centrum streeft naar een landelijk dekkend netwerk van laboratoria voor diagnostiek en een representatief netwerk voor surveillance, een goed samenwerkende keten van professionals en organisaties, totstandkoming van richtlijnen, samenwerkingsafspraken voor outbreakmanagement en crisisbeheersing, voorkomen van infectieziekten door vaccinatie, screening en gedragsbeïnvloeding, onderbouwing van beleid met wetenschappelijk bewijs, een nationaal onderzoeksprogramma infectieziekten, een heldere en actuele voorlichting aan professionals en algemeen publiek en een optimale afstemming en samenwerking met de internationale infectieziektebestrijding (Cib, 2005). Het neemt in 2006 onder andere het initiatief tot een audit van de soa- en hiv-preventie gericht op MSM in 2006 (zie hoofdstuk 6). En zal in samenspraak met betrokken organisaties en deskundigen de eigen coördinatierol op het gebied van soa- en hiv-bestrijding nader invullen (Cib, 2006).

Het Ministerie van VWS kondigde eind 2005 aan dat het de structuur en financiering van de seksuele gezondheidszorg in Nederland gaat heroverwegen (Kok, 2005). Na een inventarisatie van het veld (Pontier, 2006) maakte VWS de hoofdlijnen van de nieuwe structuur duidelijk met als hoofdpunten: een betere taakverdeling, het aanwijzen van één coördinator op nationaal niveau met betrekking tot de gezondheidsbevordering en een betere inrichting van de lokale/regionale aanvullende eerstelijns seksuele hulpverlening waarbij wordt gekeken naar een verbinding met de aanvullende curatieve soa zorg (Ross-Van Dorp, 2006).

In 2006 vindt de officiële start plaats van een drietal experimenten met een geïntegreerde organisatie van de eerstelijns hulpverlening seksuele gezondheid; een combinatie van abortushulpverlening, seksuele hulpverlening en soa-zorg. Deze vinden plaats onder de naam 'Sense' en worden mogelijk gemaakt door het programma Seksualiteit van ZonMw (Gort, 2005).

De Europese Commissie heeft als vervolg op de Vilnius-conferentie over hiv/aids (2004) een denktank en een Civil Society Forum over hiv/aids opgezet. Het forum heeft een adviserende functie naar zowel de denktank als de Commissie. AIDS Action Europe en de European AIDS Treatment Group (EATG) zijn voorzitter van dit forum. Het forum bestaat uit ongeveer 35 NGO's en netwerken uit Europa. AIDS Action Europe en EATG hebben samen 6 zetels in de denktank, wat een adviesorgaan is waarin alle lidstaten zitting hebben (AAE/EATG, 2006).

Knelpunten

Er is geen compleet overzicht van de inspanningen en resultaten van de vele partijen actief in de soa- en hiv-bestrijding in Nederland, ook niet per soort speler (rijksoverheid, landelijke organisaties, gemeenten/GGD-en). Het ontbreekt ook aan meetbare indicatoren aan de hand waarvan kan worden vastgesteld of op onderdelen van de hiv- en soa-bestrijding de gewenste resultaten worden bereikt.

Er vinden veel veranderingen tegelijkertijd plaats in de soa- en hiv-bestrijding; in de surveillance, de nationale aansturing, in de landelijke preventie en in de regionale structuur van de curatieve soa-zorg; het is zaak te monitoren of deze veranderingen elkaar onderling versterken of elkaar belemmeren.

In de praktijk verbinding leggen tussen curatie en preventie is in de soa- en hiv-bestrijding tot nu toe incidenteel, beperkt tot een project, doelgroep of functie en niet breed, systematisch en structureel ingezet. Een heldere – en breed gedragen visie op de onderlinge samenhang wordt tot op heden gemist.

5. Financiering

In Een Kwetsbaar Evenwicht wordt informatie gegeven over de kosten van soa en hiv en over een reeks financieringsbronnen zoals: VWS, ZonMw, NWO, Fonds PGO, Fonds OGZ, Zorgverzekeringen, Gemeenten, Ministerie van Buitenlandse Zaken, Europese Unie, betrokken burgers.

Nieuwe informatie sinds 2004

Het Ministerie van VWS heeft meer geld vrijgemaakt voor soa- en hiv-bestrijding: onder andere voor het landelijke programma soa- en hiv-preventie etnische minderheden (Hoogervorst, 2004) en voor de nieuwe opzet van de aanvullende curatieve soa-zorg (Hoogervorst, 2005). Het Ministerie laat de subsidies voor de soa- en hiv-bestrijding beheren door het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Een deel van de extra gelden voor het landelijk programma soa- en hiv-preventie etnische minderheden wordt uit de budgetten gehaald van de programma's gericht op homomannen en jongeren.

ZonMw start een nieuw programma Preventie voor de periode 2008-2011 en krijgt daarvoor van VWS een budget van in totaal 47,3 miljoen euro; daarnaast start een nieuw Programma Seks onder je 25^{ste} bij ZonMw met een budget van 5 miljoen; het Fonds OGZ beëindigt in 2006 zijn werkzaamheden. Het fonds heeft diverse innovatieve soa- en hiv-interventies mogelijk gemaakt; bestaande projecten moeten worden geïmplementeerd binnen het nieuwe ZonMw Preventieprogramma (De Goei, 2006).

Per 1 januari 2006 wordt een nieuw regeling in werking gesteld voor de financiering van de aanvullende curatieve soa zorg. Deze maakt een eind aan de versnippering van regelingen voorheen en aan een plafond; het is een open einde regeling met een bonus voor het vinden van infecties met hiv en andere soa (Subsidieregeling, 2005).

Per 1 januari 2006 wordt een aantal subsidies op het terrein van vroegdiagnostiek en preventie van de AWBZ overgeheveld naar de rijksbegroting. Het gaat daarbij onder andere om de drempelvrije aanvullende curatieve soa-zorg en het nationaal programma pre- en postnatale preventie (De Goei, 2005).

In 2006 wordt in de GGZ en verslavingszorg proefgedraaid met de DBC structuur; het is onduidelijk of en in hoeverre de soa- en hiv-bestrijding in de verslavingszorg hierin is opgenomen (Ensdorff, 2005).

Knelpunten

de budgetten voor de landelijke soa- en hiv-preventieprogramma's zijn sinds jaren niet meer geïndexeerd, tegelijkertijd wordt verwacht dat op meer aspecten resultaten worden geleverd. Op het budget voor het landelijke soa- en hiv-preventieprogramma gericht op homomannen is bezuinigd, terwijl dit zich juist richt op een van de belangrijkste risicogroepen.

Uit onderzoek van de Inspectie blijkt dat gemeenten wel doelen stellen voor lokaal gezondheidsbeleid maar daar niet altijd een budget aan koppelen, waardoor realisatie onwaarschijnlijk is (Inspectie Gezondheidszorg, 2005) Er is geen overzicht van de investeringen van gemeenten in de lokale/regionale soa- en hiv-bestrijding.

Veranderingen in de financiering van de aanvullende curatieve soa- zorg kunnen kunstmatige veranderingen in de registratie opleveren.

De veranderingen in de zorgverzekering kunnen nadelige gevolgen hebben voor de anonimiteit van jongeren onder de 18 jaar, als zij onder de zorgverzekering van de ouders vallen. De zorgverzekeraar rapporteert standaard de genoten zorg aan de verzekerde, in dit geval ook over de geboden zorg aan de jongeren.

Het ontbreekt nog steeds aan een vergoeding van de behandeling van lipoatrofie, een bijwerking van de hiv-medicatie die ernstige sociale gevolgen heeft voor de patiënt

De Europese Commissie heeft geen budget vrijgemaakt om haar eigen soa/hiv-beleid te implementeren (AAE/EATG, 2006).

Aids-NGO's in nieuwe lidstaten van de Europese Unie verliezen niet alleen de EU-steun voor buurlanden, maar ook andere vormen van ontwikkelingshulp nu ze deel uitmaken van de Unie. Ideaal gesproken nemen de nieuwe lidstaten de financiering van hun eigen NGO's over, er zijn echter signalen dat dit in veel gevallen niet gebeurt, waardoor sommige NGO's hun activiteiten niet meer kunnen uitvoeren of zelfs worden bedreigd in hun bestaan (Aids & Mobility, 2005).

6. Kader

In Een Kwetsbaar Evenwicht worden vier kaders voor de soa- en hiv-bestrijding benoemd: mondiale kaders, Europese kaders, nationale wet- en regelgeving, richtlijnen/protocollen/kwaliteitsborging.

Nieuwe informatie sinds 2004

De Nederlandse regering rapporteert aan de Verenigde Naties in hoeverre Nederland heeft voldaan aan de in 2001 onderschreven criteria van de UNGASS declaratie. De conclusie is dat de aidsbestrijding in Nederland op hoofdlijnen goed geregeld is. Wel wordt gesignaleerd dat de aandacht voor stigma en discriminatie en de positie van mensen met hiv zonder verblijfsvergunning in Nederland achterblijft (Ministerie van VWS, 2006). Een schaduwrapportage van Nederlandse NGO's komt ook tot de conclusie dat de hoofdlijnen in Nederland goed zijn geregeld, onderstreept de schrijnende positie van mensen met hiv zonder verblijfsvergunning en signaleert dat het in Nederland ontbreekt aan een gecoördineerde aanpak van de aids-bestrijding (Picavet, 2006)

De Infectieziektewet wordt geëvalueerd; er wordt niet voor gekozen de meldingsplicht voor soa opnieuw in de wet op te nemen omdat dit geen meerwaarde voor de partnerwaarschuwing oplevert, zoals bleek in de periode dat er wel sprake was van een meldingsplicht.

Er vindt invoering plaats van een nieuwe Zorgverzekeringswet (ziektekostenverzekering), een nieuwe Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA: arbeidsongeschiktheid) en een Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO: AWBZ-zorg) wordt voorbereid. Bij de laatste wordt een onderdeel van de Wet Collectieve Preventie betrokken, de WCPV blijft naast de WMO echter bestaan.

Nieuwe richtlijnen/protocollen die beschikbaar zijn gekomen betreffen: hiv-infectie (LCI, 2005), urogenitale chlamydia trachomatis en lymfogranuloma venereum (LCI, 2006), partnerwaarschuwing bij soa (Bos, 2006), wegwijzer regionale soa-bestrijding (LCI, 2006) het soa-consult voor huisartsen (NHG, 2004); daarnaast wordt kwaliteitsborging door middel van HKZ normen overwogen voor de nieuwe soa-centra.

De Europese Commissie heeft voor de periode 2006-2009 een nieuw aids-beleid ontwikkeld (EC, 2005)

Mondiaal zijn er nieuwe beleidskaders geformuleerd over Preventie (UNAIDS, 2005), over de toegang tot hiv-behandeling (UNAIDS, 2005) en over de mondiale strategie voor soa bestrijding (WHO, 2006) beschikbaar gekomen.

Knelpunten

In tegenstelling tot de internationale richtlijnen voldoet Nederland niet aan de drie kernbeginselen van aids-bestrijding (Three Ones); 1 overeengekomen nationaal plan van aanpak, 1 autoriteit voor de coördinatie van de uitvoering en 1 overeengekomen nationaal monitoring en evaluatie systeem (UNAIDS, 2005). Er is een discussie nodig of het gebruiken van die principes in de Nederlandse context een meerwaarde heeft.

In de ontwikkeling van richtlijnen/protocollen voor beroepsgroepen wordt vaker aandacht besteedt aan de juridische en maatschappelijke aspecten rond hiv en andere soa (bijvoorbeeld in de nieuwe richtlijn voor partnerwaarschuwing). Maar huisartsen en andere professionals signaleren een behoefte aan verdere ondersteuning in het omgaan met de ethische en juridische dilemma's waar zij in de praktijk bij met name hiv mee geconfronteerd worden.

Het ontbreekt aan inzicht op de implementatie van richtlijnen, protocollen en kwaliteitsstandaarden in de soa- en hiv-bestrijding.

7. Primaire preventie

Een Kwetsbaar Evenwicht geeft informatie over gedragsgericht preventie en over vaccineren. De gedragsgerichte preventie richt zich op algemeen publiek, homo- en biseksuele mannen, jongeren, etnische minderheden, asielzoekers, prostitutie, drugsgebruikers en mensen met hiv.

Nieuwe informatie sinds 2004

Het Ministerie van VWS heeft toegezegd de succesvolle Hepatitis B vaccinatiecampagne voor risicogroepen nog twee jaar te continueren.

Naast het bevorderen van veilig gedrag is het zo vroeg mogelijk vinden van infecties een tweede pijler geworden in de soa- en hiv-bestrijding in Nederland; hoewel dit in het professionele veld inmiddels is geïntegreerd (zie hoofdstuk 7), is dit met name bij drugsgebruikers en etnische minderheden onvoldoende terug te vinden in de voorlichting. Het Aids Fonds heeft in 2006 een programma gefinancierd gericht op het actiever testen onder drugsgebruikers.

algemeen publiek: de Aids Soa Infolijn startte in 2006 met het beantwoorden van vragen over anticonceptie en vervult voor steeds meer GGD's een rol in de beantwoording van informatieve vragen. Uit een evaluatie onder gebruikers blijkt dat deze de Infolijn positief waarderen en de meeste adviezen van de Infolijn opvolgende (Universiteit Maastricht, 2006).

Homo- en biseksuele mannen: er is een terugblik op 20 jaar homo-hiv-preventie beschikbaar gekomen (Dekkers, 2005) en in de steden Rotterdam en Amsterdam wordt in samenwerking met Schorer en met ondersteuning van het Aids Fonds gewerkt aan een bundeling van de diverse interventies gericht op homomannen; deze worden gekoppeld en toegankelijk gemaakt door een portal op internet. Door het CIB is een audit van de preventie van hiv en soa gericht op MSM uitgevoerd in 2006. Uitkomst was dat er weliswaar een goede aanpak is gevolgd in de preventie, maar een extra investering nodig is voor het meer betrekken van de homogemeenschap en het versterken van normen over testen en condoomgebruik (Meerburg, 2006)

Mensen met hiv: een Europese expertmeeting over Positive Prevention liet zien dat in Westeuropese landen wel dezelfde kwesties spelen, maar dat er verschillen zijn in aanpak (AAE, 2005). In Nederland werd in 2006 door Soa Aids Nederland een bijeenkomst georganiseerd om vast te stellen welke actie nodig is. Dit leidde tot een concept Actieplan Preventie gericht op mensen met hiv (Soa Aids Nederland, 2006). Factsheets over determinanten van (on)veilig vrijen door mensen met hiv laten zien dat die complex zijn en maatwerk vereisen (Van Kesteren, 2006). Een onderzoek onder mensen met hiv uit etnische minderheden en verpleegkundig specialisten hiv- en aids (aids-consulenten), onder de titel Care2Talk about sex?, maakte duidelijk dat er ook communicatieproblemen spelen (Soa Aids Nederland, 2006). Dat het bij de seksuele gezondheid van mensen met hiv niet alleen om (on)veilig vrijen gaat, bleek uit een publicatie van seksuoloog Van Lunsen (Van Lunsen, 2006). De helft van de mensen met hiv ervaart problemen met de seksualiteit, die niet alleen de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden, maar ook de therapietrouw en het veilig vrijen.

Jongeren: de resultaten van het onderzoek Seks onder je 25 ste worden omgezet in een actieplan, voor de implementatie daarvan maakt VWS een programma mogelijk bij ZonMw (Hoogervorst, 2005), een nieuwe Veilig Vrijen Campagne legt in 2006 de focus op condoomgebruik binnen een nieuwe relatie en op het belang van het testen voordat men stopt met condoomgebruik binnen een (monogame) relatie (Soa Aids Nederland, 2005).

Etnische minderheden: uit een review van 10 jaar aids-bestrijding allochtonen (Poek, 2005) blijkt dat er veel werk verzet is, minder duidelijk is welke leerervaringen naar de toekomst meegenomen kunnen worden. Het landelijk programma heeft daarom in 2006 een onderzoek laten uitvoeren naar de best practices op dit gebied. Hieruit blijkt dat er nog veel winst te behalen valt voor wat betreft het planmatig en systematisch werken. Dit vraagt om een verdere professionalisering van betrokken preventiewerkers, het meer systematisch delen van leerervaringen, maar ook om meer budget voor effect onderzoek (Vrolings, 2006).

Prostitutie: de soa- en hiv-voorlichting en preventie wordt gehinderd door nieuwe politieke initiatieven voor de sluiting van tippelzones en krijgt anderzijds kansen met toenemende initiatieven voor de resocialisatie van prostituees, door ZonMW wordt een programma mogelijk gemaakt dat de algemene gezondheid van prostituees moet bevorderen (Soa Aids Nederland, 2005).

Drugsgebruikers: in de verslavingszorg overheerst bij gemeentelijk beleid de overlastbestrijding en bij de instellingen voor verslavingszorg de welzijnsaanpak, hierdoor is de aandacht voor infectie ziekten bestrijding in dit veld laag; daarnaast wordt er steeds meer gebruik gemaakt van niet medisch of verpleegkundig personeel (Ensdorff, 2005).

Detentie: door de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) wordt een voorstel ontwikkeld dat de soa- en hiv-preventie in detentie moet bevorderen. Er is een aantal best practices, maar structurele implementatie ontbreekt. Door de Hepatitis B-vaccinatie campagne op risicogroepen is meer samenwerking ontstaan tussen GGD's en justitiële inrichtingen.

Knelpunten

Niet voor alle relevante doel- en subgroepen zijn er bewezen effectieve interventies voorhanden (voorbeelden: het ontbreekt aan een effectieve interventie die veilig vrijen bij drugsgebruikers bevordert, het ontbreekt aan een effectieve interventie gericht op ROC-leerlingen)

De randvoorwaarden voor een brede implementatie van bewezen effectieve interventies ontbreken in veel settings (scholen, verslavingszorg, prostitutiesector, detentie).

Hoewel mensen met hiv een van de belangrijkste doelgroepen voor soa- en hiv-preventie vormen, is het zowel inhoudelijk als praktisch complex om een effectief en passend preventieaanbod voor deze groep te ontwikkelen en blijft het aanbod achter bij de behoefte.

In de gemeenschappen van etnische minderheden bestaan er veel structurele barrières die ervoor zorgen dat de soa- en hiv-preventie niet breed geïmplementeerd kunnen worden; voorbeelden hiervan zijn sociaal-economische omstandigheden, tradities en het sterke taboe op hiv- en aids in eigen kring.

Gemeenten maken te weinig gebruik van instrumenten zoals regelgeving, om in relevante settings een omgeving te bevorderen die veilig vrijen stimuleert; regelgeving is wel ingezet bij het vergunningenstelsel voor bordelen maar in veel mindere mate bij locaties als parenclubs en in de homohoreca waar seks plaatsvindt. In Amsterdam vinden onderhandelingen plaats tussen Schorer, homohoreca en de wethouder over een convenant dat veilig-vrijenbeleid in homo-uitgaans-gelegenheden moet regelen.

Zorg- en hulpverleners maken te weinig gebruik van de mogelijkheid hun patiënten en cliënten te counsellen over veilig gedrag. Er zijn praktijksignalen dat in het zorgcircuit soms voorlichtingsboodschappen worden gegeven die tegenstrijdig zijn met de boodschappen die door de preventiewerkers worden gegeven (bijvoorbeeld over de risico's op hiv bij orale seks). De uitkomsten van een onderzoek naar effectieve counseling kunnen aangegrepen worden om de preventieve counseling in de zorg te optimaliseren (zie ook hoofdstuk 7).

Vertegenwoordigers uit de groep 'swingers' (heteroseksuele bezoekers van parenclubs en andere gelegenheden tot veel wisselende contacten) vragen om aangepaste voorlichting. Het is niet duidelijk of deze doelgroep epidemiologisch relevant is en welk maatwerk tot effectieve preventie leidt.

Vrouwencondoom en beflapje zijn in Nederland geïntroduceerd als middelen voor primaire preventie, maar in de bevordering van het gebruik hiervan is nooit geïnvesteerd, met als uitzondering de promotie van het vrouwencondoom bij asielzoeksters. Ook ontbreekt het aan inzicht in de mate van acceptatie van en tevredenheid over dit preventiemiddel onder vrouwen in Nederland.

Het Ministerie van VWS heeft budget ter beschikking gesteld aan ZonMw voor een Hepatitis C-informatiecampagne, gericht op het algemene publiek. Naar verwachting start deze campagne in 2007

Er is geen inzicht in het draagvlak voor een eventuele vaccinatie tegen HPV en HSV die binnenkort beschikbaar komen; HPV-vaccinatie is inmiddels beschikbaar, maar wel voor eigen rekening. De Gezondheidsraad komt in 2007 met een advies over de wenselijkheid van landelijke vaccinatie.

Het evidence based werken is toegenomen in de primaire preventie, maar de middelen voor de instrumenten die hierbij horen zijn niet toegenomen. Voorbeelden hiervan zijn: determinanten-onderzoek, planmatige ontwikkeling van interventies, effectonderzoek en implementatieonderzoek.

De stijging van soa- en hiv-cijfers wordt vaak direct vertaald in een kritiek op de landelijke organisaties die de preventie ondersteunen en op de betreffende doelgroepen. Hiermee wordt voorbij gegaan aan de verantwoordelijkheid van gemeenten (en hun GGD's) voor de uitvoering van de preventie. Ook wordt gemist dat de relatie tussen een waargenomen stijging en de kwaliteit van de preventie geen directe, maar een indirecte relatie vormt. In de kritiek ontbreekt het werken met een multicausaal model, zoals dat gewoon is in de gezondheidsbevordering.

8. Testen, screenen en PEP

In Een Kwetsbaar Evenwicht wordt in hoofdstuk 7 aandacht besteedt aan het actief testbeleid, pre- en posttestcounseling, de hiv-sneltest, zelftests, screening van zwangeren op hiv en screening op chlamydia en de toepassing van PEP.

Nieuwe informatie sinds 2004

Uit een evaluatie van het actief testbeleid blijkt dat het aantal consulten is toegenomen, dat de gecombineerde aanpak van soa-onderzoek en hiv-test terrein wint en dat het aantal infecties dat gevonden wordt toeneemt (Soa Aids Nederland, 2006). Dit alles leidt tot de gewenste vermindering van de infectieuze periode, wat een bijdrage levert aan de preventie van transmissie. Het aantal homomannen dat zich ooit heeft laten testen op hiv neemt in de achtereenvolgende Monitor onderzoeken toe van 42% in 2000 naar 54% in 2003 tot 60% in 2006 (Hospers, 2000, 2003 en 2006), een effectonderzoek naar de website www.soatest.nl laat zien dat deze de hiv-test bevordert onder homomannen (De Wit, 2005); onderzoek naar testbarrières en -facilitatoren levert inzicht op voor verdere interventieontwikkeling (Adam, 2006).

In de onderzoeksgroep voor de gedragsmonitor bij de Veilig Vrijen Campagne zegt 34% van de mensen van 15–35 jaar met een vaste relatie (korter dan twee jaar) zich te hebben laten testen op soa voordat men stopte met condoomgebruik (Kuyper, 2006).

Er vinden experimenten plaats met het stroomlijnen van het testen op hiv en andere soa. Voorbeelden zijn: het regelen van een syfilistest via internet (Van Leent, 2006) en het opsturen van urine voor een chlamydiatetest (Van Bergen, 2005), maar ook het outreach testen op hiv in de homogemeenschap (Schorer, 2005) en outreach voorlichting over en testen op chlamydia onder ROC-studenten in Rotterdam.

De soa-polikliniek Amsterdam, Soa Aids Nederland, Schorer en de Universiteit Utrecht ontwikkelen een gedifferentieerde werkwijze voor hiv- en soa-test, counseling en partnerwaarschuwing. Aan de hand van cliëntenprofielen wordt hulpverlening op maat gegeven. De (kosten)effectiviteit van deze nieuwe werkwijze wordt onderzocht door de Rutgers Nisso Groep. Dit door ZonMw gefinancierde onderzoek is in 2006 afgerond (RNG, 2006). Daarnaast is de Motivational Interviewing-methodiek geïntegreerd in het soa/aids gespreksmodel voor sociaalverpleegkundigen (Soa Aids Nederland, 2005).

De hiv-sneltest wordt inmiddels door meerdere GGD's aangeboden naast de reguliere test en met name toegepast op hoogrisicogroepen.

Er heeft in 2006 een procesevaluatie plaatsgevonden van de prenatale screening van zwangeren op hiv (TNO/CVZ); de resultaten daarvan zijn nog niet beschikbaar. Voorbereidingen voor een effect evaluatie starten in januari 2007.

De Minister van VWS heeft een positief advies afgegeven aan ZonMw voor de start van een proefimplementatie met chlamydia-screening in 2007 (Ross-Van Dorp, 2006)

Uit een inventarisatie onder GGD-s blijkt dat de implementatie van PEP na seks sterk te wensen overlaat; de implementatie is niet overal goed geregeld, in voorlichting wordt niet op de mogelijkheid gewezen, informatie over bereik wordt niet beschikbaar gesteld en het ontbreekt aan een uniforme indicatiestelling (Soa Aids Nederland, 2006).

Knelpunten

Het aantal mensen met hiv in Nederland dat niet op de hoogte is van de eigen status neemt langzaam af, maar is nog substantieel in groepen met een hoogrisicogedrag. Voor een aantal doelgroepen ontbreekt het aan promotie van de test. Het besluit van de CDC in de Verenigde Staten om over te gaan tot routinematig testen is aanleiding om te onderzoeken hoe het Nederlandse testbeleid effectiever gemaakt kan worden.

Het ontbreekt aan een structureel aanbod van soa-test aan mensen met hiv die wisselende seksuele contacten hebben.

Het toenemen van het aantal testen leidt tot een toename van een aantal counsellmomenten, zowel bij een positieve als bij een negatieve uitslag. Er zijn nog geen antwoorden op de vragen: hoe maak je counseling effectief, welke instrumenten voor counseling hebben de voorkeur bij getesten (persoonlijk gesprek, infolijn, e-mail service, SMS of een combinatie hiervan), welke minimale counseling-boodschap is passend bij een negatieve uitslag.

Met het stijgen van het aantal consulten en testen wordt de vraag pregnanter of de juiste groepen en personen in de aanvullende curatieve soa-zorg terecht komen. Er is geen inzicht in circuitkeuze (huisarts, soa-poli, dermatologie), de redenen daarvoor en eventuele verschuivingen daarin.

Implementatie van de hiv-sneltest bij GGD's voldoet in een aantal regio's niet aan de richtlijnen van microbiologen en laboratoria.

9. Gezondheid, behandeling en zorg

In Een Kwetsbaar Evenwicht wordt stilgestaan bij de gezondheid van mensen met hiv en daarnaast de hiv-zorg en de zorg voor andere soa.

Nieuwe informatie sinds 2004

In 2005 is de richtlijn voor de antiretrovirale therapie bij hiv herzien (NVAB, 2005) en in 2006 wordt op verschillende momenten stilgestaan bij het feit dat de therapie 10 jaar beschikbaar is in Nederland (KleinTank, 2006).

Sinds 2002 wordt 80% van de geregistreerde hiv-geïnfecteerde patiënten behandeld met HAART. Bijna 20% wordt niet behandeld omdat nog niet aan de criteria voor de start van een behandeling wordt voldaan. Een zeer kleine groep wordt behandeld met een combinatie van middelen die niet de definitie van HAART volgt (Gras, 2006). Virologisch falen tijdens behandeling met HAART nam af bij patiënten die al eerder met antivirale middelen waren behandeld van 39% in 1996 tot 18% in 2005. Gedurende dezelfde periode nam falen onder therapienaïeve patiënten toe van 7% in 1997 tot 10% in 2005. Op 1 juli 2005 waren in totaal 9019 ATHENA-patiënten nog steeds in de follow-up. In 1025 (11,4%) gevallen werd een hiv-RT/proteasesequentie verkregen waarin resistentie gerelateerde mutaties gevonden werden: 319 (35,4%) patiënten bleek besmet met hiv dat resistent was tegen één klasse antiretrovirale middelen. Resistentie tegen twee klassen werd gevonden bij 487 (54,0%) patiënten, terwijl bij 219 (24,3%) patiënten resistent hiv tegen drie klassen werd gedetecteerd. (Gras, 2005).

Uit een tevredenheidsmeting onder 427 mensen met hiv bleek dat het overgrote deel uiterst tevreden is over zorg in het hiv-behandelcentrum. Als verbeterpunten voor de internist worden onder andere genoemd: aandacht voor hoe het in het algemeen gaat met de patiënt, goed luisteren en de tijd nemen. Voor de verpleegkundige worden genoemd: duidelijk maken wat hij of zij niet weet en een goede verwijzing geven naar ondersteuning op andere aspecten van het leven met hiv (HVN, 2005).

De WVAC heeft een nieuw beroepsprofiel 'verpleegkundig specialist hiv- en aids' ontwikkeld (WVAC, 2004) en viert in 2005 het 20-jarig bestaan met een symposium; ook de Landelijke Vereniging van Sociaal Verpleegkundigen heeft in 2006 een beroepsprofiel ontwikkeld (LVSV, 2004) en wel voor de verpleegkundigen openbare gezondheidszorg, met daarbinnen een competentieprofiel voor sociaal-verpleegkundige infectieziekten. Beide verpleegkundige groepen sluiten zich in 2006 aan bij de algemene verpleegkundigenorganisatie V&VN.

Voor de ondersteuning van anderstalige en analfabetische mensen met hiv zijn voor de hiv-behandelcentra beeldplaten ontwikkeld met een handleiding hoe deze gebruikt kunnen worden bij de patiëntenvoorlichting (Soa Aids Nederland, 2006).

Knelpunten

In het hiv-behandelcentrum wordt naast de aandacht voor monitoring van de hiv-infectie, de hiv-behandeling en therapietrouw in een toenemend aantal gevallen tijd en energie gevraagd voor de randvoorwaarden bij behandeling zoals inkomen, onderdak en verblijfstatus. Het ontbreekt aan een uniforme wijze van signalering, doorverwijzing en casemanagement bij dergelijke problematiek

Het ontbreekt aan een structurele aandacht voor de ondersteuning van de seksuele gezondheid van mensen met hiv. Hiervoor ontbreken taakafbakening, ontwikkeling van houding en vaardigheden, methodieken en inzicht in de problematiek met name onder heteroseksuelen en migranten met hiv (Soa Aids Nederland, 2006).

Het ontbreekt in de hiv-behandelcentra ook aan een uniform beleid op soa-onderzoek onder mensen met hiv; dit terwijl er uit de surveillance blijkt dat er onder sommige groepen mensen met hiv sprake is van co-infecties. In 2006 is door Soa Aids Nederland een expertmeeting belegd over dit onderwerp; naar verwachting worden in 2007 concrete maatregelen genomen.

Drempels in de toegang tot zorg voor onverzekerden in het algemeen maken het in de praktijk lastiger voor mensen met hiv zonder verblijfsvergunning om toegang tot zorg te krijgen. Baliepersoneel neigt naar een rol van poortwachter, terwijl alleen een arts mag vaststellen of er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. In individuele gevallen zijn interventies nodig om toegang tot de arts toch mogelijk te maken.

Gebrek aan toegang tot basisvoorzieningen ('bed, bad, brood') voor ongedocumenteerden met hiv bedreigen hun behandelingssucces.

10. Mensen met hiv in de samenleving

In Een Kwetsbaar Evenwicht worden de publieke opinie, de patiëntenorganisaties, de informatievoorziening en de maatschappelijke positie van mensen met hiv besproken. Die positie gaat over de financiële positie, toegang tot verzekeringen, arbeidsparticipatie, strafrechtelijke vervolgingen, sociale omgeving, inreisbeperkingen, zwangerschap en kinderen, asielzoekers en illegalen, verblijfstatus, detentie, stigma en discriminatie.

Nieuwe informatie sinds 2004

Financiële positie en hiv: de reorganisatie van de sociale zekerheid, de invoering van de wet inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) en de wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) leggen in 2006 meer nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van mensen en zetten in op een grotere maatschappelijke participatie. Dit geldt ook voor mensen met hiv. Welke gevolgen dit voor hen heeft wordt in 2007 onderzocht door Soa Aids Nederland. Verzekeringen en hiv: de toegang tot levensverzekeringen voor mensen met hiv is verbreed tot een deel van de mensen met hiv (Verbond van Verzekeraars, 2005 en 2006), bij de invoering van de Zorgverzekeringswet is gezondheidselectie voor de basisverzekering niet toegestaan, de Hiv Vereniging Nederland heeft met zorgverzekeraar Agis een collectieve ziektekostenverzekering afgesloten voor mensen met hiv.

Arbeidsparticipatie en hiv: de herbeoordelingen en herkeuringen van het UWV zetten sinds 2005 meer in op de mogelijkheden van mensen met hiv om weer te kunnen werken, de belastbaarheid van mensen met hiv in een werksituatie is opnieuw beschreven in Handboek Arbeid en belastbaarheid (Faas, 2005), projecten van de Hiv Vereniging Nederland met UWV bevorderen dat mensen met hiv blijven werken of weer herintegreren (HVN, 2003) . Op 1 december 2006 is de handleiding Positief Werkt! Uitgebracht, die zowel mensen met hiv als werkgevers moet ondersteunen (HVN, 2006).

Strafrecht en hiv: de Hoge Raad vernietigt in 2005 de veroordeling van een hiv-positieve man die onbeschermd seks had op basis van een geringe kans op overdracht (Hoge Raad, 2005); per 1 januari 2006 is een wettelijk verbod om mensen met een handicap of chronische ziekte te discrimineren opgenomen in het Wetboek van Strafrecht (Eerste Kamer, 2006), de juridische aspecten bij partnerwaarschuwing zijn duidelijker opgenomen in een nieuw Draaiboek Partnernotificatie (LCI, 2005).

Sociale omgeving: de Hiv Vereniging Nederland ontvangt regelmatig signalen dat er discriminatie, stigmatisering en uitstoting plaatsvindt zowel in institutionele kaders (school, werk, crèche, vereniging) als binnen gemeenschappen. Binnen etnische minderheden wordt negatief reageert op mensen met hiv, maar ook binnen de homogemeenschap worden mensen met hiv gediscrimineerd.

Inreisbeperkingen: de Verenigde Staten benoemden in 2006 de Gay Games tot Special Event en gingen over tot tijdelijk opheffing van het inreisverbod voor mensen met hiv via een z.g. 'blank waiver', wat leidde tot een discussie tijdens de UNGASS in 2006 over inreis- en werkbepalingen voor mensen met hiv die door veel landen worden gehanteerd, waaronder Aruba.

Zwangerschap en hiv: er zijn praktijksignalen dat de hiv-screening van zwangere vrouwen er toe leidt dat met name vrouwen uit etnische minderheden en hun geboren kind in schrijnende situaties terecht komen door verstoting en verlies van hun verblijfstatus.

Asielzoekers/illegalen/verblijfsstatus: het landelijk Advies- en Informatiepunt LAMPION geeft informatie aan hulpverleners die werken met hiv-geïnfecteerden zonder verblijfsvergunning (www.lampion.info), de Hiv Vereniging Nederland heeft factsheets voor deze mensen gemaakt over de gezondheidszorg en het vreemdelingenbeleid in Nederland. De Internationale Organisatie voor Migratie heeft van het Europees Vluchtelingfonds middelen gekregen voor een driejarig project in Nederland. Dit richt zich op het wegnemen van belemmeringen voor mensen met hiv die terug willen naar het land van herkomst (IOM, 2006).

Knelpunten

Hiv heeft in Nederland in de meeste gevallen de kenmerken van een chronische ziekte gekregen, wat er echter niet toe heeft geleid dat er door instituties, de sociale omgeving en de maatschappij bij een confrontatie met hiv op dezelfde manier wordt gereageerd als op andere chronische ziekten. In gevallen waarin niet direct goede voorlichting wordt ingezet leidt dit in de praktijk tot onnodige escalatie, met soms verstrekende gevolgen voor mensen met hiv. Er is geen actueel inzicht in de publieke opinie over het omgaan met hiv in de eigen omgeving.

Door veranderingen in de sociale zekerheid zullen mensen met hiv meer bewust gemaakt moeten worden van de eigen financiële verantwoordelijkheid en meer ondersteund moeten worden op het gebruik maken van bestaande voorzieningen. Ook vraagt dit van professionals alertheid op het vroegtijdig signalering van problemen met werk of inkomen.

Het ontbreekt aan een visie op de mate waarin lokale- en regionale hiv-specifieke hulpverlening aanvullend op de zorg in de hiv-behandelcentra wenselijk en mogelijk is. De gemeenteraad van Rotterdam heeft in 2005 een voorstel om alle aanvullende hiv-specifieke hulpverlening weg te bezuinigen uiteindelijk niet overgenomen.

Gezondheidsselectie van mensen met hiv vindt nog steeds plaats bij aanvullende zorgverzekeringen, de specifieke vragen over hiv- en aids op Medische Verklaringen en Gezondheidsverklaringen bij verzekeringen en financiële diensten zijn niet aangepast aan de huidige medische ontwikkelingen (zoals de betere levensverwachting door HAART).

De knelpunten bij mensen met hiv zonder verblijfsvergunning betreffen onder andere toegang tot zorg en voorzieningen, opvang, informatie, procedures en terugkeer, maar ook onvoldoende inzicht in beschikbaarheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid van hiv-medicatie in herkomstlanden.

Er is geen actueel beeld van de situatie van prostituees met hiv en van gedetineerden met hiv in Nederland.

Ook ontbreekt het aan een overzicht van de maatschappelijke en juridische cq verblijfsrechtelijke gevolgen van de hiv-screening van zwangeren.

11. Onderzoek

Behalve de soorten onderzoek naar hiv en andere soa, worden in Een Kwetsbaar Evenwicht ook de financiering van onderzoek en onderzoek gericht op de praktijk behandeld.

Nieuwe informatie sinds 2004

Het nieuwe Centrum voor Infectieziektebestrijding vervult ook een rol in onderzoek. Zo is het deelnemer in een internationaal onderzoek naar de wijze van vaststellen van recente hiv-infecties. Zodra deze beschikbaar is, zal toepassing in Nederland worden bevorderd (CIb, 2006).

In april 2005 start het ZonMw programma Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid met een looptijd van 2005-2008 en een omvang van 14 miljoen euro. Van de 16 ingediende voorstellen worden er 8 gehonoreerd, samen met een bestaande werkplaats komt het totaal aantal daarmee op 9. Een aantal kiest als onderwerp van onderzoek voor soa/hiv, bij voorbeeld het onderzoek naar soa onder heteroseksuelen, in anticipatie op de komst van vaccins voor HPV en HSV2 in Amsterdam (Klazinga, 2006) en onderzoek naar het bevorderen van soa-testen onder studenten van ROC's in Rotterdam (Richardus, 2006).

Het nieuwe ZonMw programma Infectieziektebestrijding biedt nieuwe kansen voor soa- en hiv-onderzoek (ZonMw, 2006).

Er hebben veranderingen plaatsgevonden m.b.t. relevante hoogleraarschappen. Namens de Stichting Homostudies werd Harm Hospers geïnstalleerd als bijzonder hoogleraar experimentele psychologie met bijzondere aandacht voor homoseksualiteit. In zijn oratie benoemde hij twee onderzoeksprioriteiten: hiv en homomannen, geestelijke gezondheid homoseksuelen (Hospers, 2006). Tobias Rinke de Wit werd geïnstalleerd als strategisch hoogleraar Sustainable Health. Gerjo Kok wordt als bijzonder hoogleraar aidsvoorlichting en -preventie namens Stichting Aids Fonds opgevolgd door Herman Schaalma; zijn installatie vindt in 2007 plaats.

IAVI en GSK startten een samenwerking bij de ontwikkeling van een aidsvaccin; deze samenwerking met een farmaceutisch bedrijf is uniek voor IAVI.

Knelpunten

Het ontbreekt aan een overzicht van lopend onderzoek op het gebied van soa, hiv en aids in Nederland. Hierdoor ontbreekt het inzicht in leemtes en is het niet mogelijk sturing te geven aan een allesomvattende onderzoeksagenda.

Het evidence based werken is een belangrijk principe in de Nederlandse soa- en hiv-bestrijding aan het worden, maar het ontbreekt aan voldoende effectonderzoek en implementatieonderzoek.

Mechanismen die ervoor zorgden dat er een uitwisseling plaatsvindt tussen praktijk en onderzoek zijn weggefallen (voorbeelden zijn de NCAB-workshops Onderzoek/Praktijk en het Platform Onderzoek en Preventie Homomannen) met als gevaar dat onderzoeksagenda's onvoldoende worden gevoed door de praktijk, onderzoeksresultaten onvoldoende worden vertaald naar de praktijk en vragen uit de praktijk dus onbeantwoord blijven.

12. Internationale samenwerking

In Een Kwetsbaar Evenwicht wordt benoemd wat Nederland kan leren van andere landen en wat Nederland bijdraagt aan de mondiale strijd tegen hiv en andere soa. Ook worden de belangrijkste partijen benoemd: Ministerie van Buitenlandse Zaken, STOP AIDS NOW!, Aids Fonds, Aids Action Europe, overige netwerken en internationaal werkende organisaties.

Nieuwe informatie sinds 2004

Van de te leren punten uit het buitenland is er inmiddels een aantal opgepakt in Nederland. Voorbeelden zijn: chlamydia-screening, actief testbeleid en het verbinden van de soa- en hiv-bestrijding met de bevordering van seksuele gezondheid.

Op 15 december 2005 heeft de Europese Commissie een Mededeling betreffende de bestrijding van hiv- en aids in de Europese Unie en de naburige landen aangenomen, waarin een strategie wordt uitgezet voor de periode 2006-2009. De mededeling bevat een grote hoeveelheid doelen en acties op terreinen als: leiderschap en pleitbezorging, betrokkenheid van civil society, surveillance, preventie, behandeling, zorg en ondersteuning en onderzoek. Speciale aandacht is er voor buurlanden, waaronder de Russische Federatie (EC, 2005).

Het European Centre for Disease Control (ECDC) heeft een afzonderlijk werkplan 2007 voor de activiteiten inzake hiv, aids, soa en hepatitis opgesteld. Met dit werkplan wordt onder andere gestreefd naar een integratie van de hiv, aids- en soa-surveillance en naar een evaluatie van surveillance en preventieprogramma's in 5 landen door werkbezoeken. Dit werkplan is tot stand gekomen na een inventarisatie onder alle lidstaten en een werkconferentie (ECDC, 2006).

AIDS Action Europe is na de start in 2004 uitgegroeid tot een netwerkorganisatie met meer dan 100 leden en heeft van de Europese Commissie financiering verkregen voor het project European Partners in Action on AIDS (EPAA). Dit project zal in de periode 2006-2008 de uitwisseling van hiv- en aidsexpertise in Europa versterken o.a. door de opzet van een 'clearing house' en door Europese expertmeetings op thema's als mediacampagnes, monitoring en evaluatie, risicoreductie onder mannen die seks hebben met mannen, wetgeving en 'judicial action', vrijwillig testen en counselen (AAE, 2005).

Het Ministerie van Buitenlandse Zaken financiert een project voor onderzoek naar resistentieproblematiek bij hiv-behandeling in ontwikkelingslanden. Dit programma wordt onder de naam LAASER-HIV/AIDS uitgevoerd door het Aids Fonds in samenwerking met in PharmAcces (in Afrika) en Treat Asia (in Azië) en ICSS (Aids Fonds, 2006).

Het ministerie van VWS en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) bundelen hun activiteiten op het gebied van ziekte als diabetes en kanker, hiv/aids en TB en Gezondheidssystemen. Daartoe hebben minister Hoogervorst en dr. Lee Jong-Wook, directeur-generaal van de WHO in 2005 een overeenkomst getekend. VWS geeft voor de periode 2005-2008 18 miljoen euro. Nederland behoort tot de grotere financiers van de WHO (VWS, 2005).

Minister Hoogervorst zette in 2005 ook zijn handtekening onder een samenwerkingsovereenkomst met minister Gao van Volksgezondheid van China. De samenwerking betreft onder meer de uitwisseling van kennis over onderwerpen als hiv- en aids, tuberculose en geneesmiddelen (VWS, 2005).

STOP AIDS NOW! start bovenop de al lopende hiv- en aidsprojecten van de samenwerkingspartners (Aids Fonds, Hivos, ICCO, Memisa Cordaid, Oxfam Novib) met drie thematische ontwikkelprojecten: wezen en kwetsbare kinderen, gender en hiv/aids, toegang tot behandeling (STOP AIDS NOW!, 2005).

Het Aids Fonds startte in 2005 met een eigen hiv-behandelplan. Onder het motto Saving Lives One by One nemen Nederlanders de kosten over van de hiv-behandeling van mensen in ontwikkelingslanden (Aids Fonds, 2005).

Verschillende Nederlandse organisaties exporteren hun soa- en hiv-expertise naar het buitenland: een voorbeeld hiervan is een harm reductionproject van Mainline in Centraal Azië.

In mei 2006 is tijdens de WHA de Global Strategy for the Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections aangenomen. Hoofdboodschappen zijn dat de economische last van soa groot is en dat soa-bestrijding een kosteneffectieve activiteit vormt. De huidige aanpak in de soa-bestrijding voldoet niet omdat gedragsbeïnvloeding complex blijkt te zijn, preventieve barrièremethodes beperkt zijn (tot het condoom voor de man) en soa-zorgverlening zwak blijft. Kansen voor het doorbreken van de soa-keten liggen in een integrale aanpak, schaalvergroting van succesvolle interventies gericht op risicogroepen, innovatie in de soa-zorg en behandeling, inzetten van tweede generatie surveillance systemen (ook gedrags surveillance) en samenwerking met relevante partners (ook buiten soa-veld) (WHO, 2006).

Knelpunten

Van 31 mei tot en met 2 juni 2006 spraken de 189 lidstaten van de Verenigde Naties in New York over de strijd tegen hiv en aids. De niet-gouvernementele organisaties die aan de top deelnamen, waaronder het Aids Fonds, Soa Aids Nederland en STOP AIDS NOW!, protesteerden hevig tegen de conservatieve houding van met name de Verenigde Staten en de Arabische en de Afrikaanse landen. De voornaamste kritiekpunten op de slotverklaring betreffen: sekseducatie aan jongeren wordt niet als preventiemiddel genoemd, de nadruk ligt op seksuele onthouding als preventiemiddel, 'kwetsbare groepen' worden niet nader benoemd, methadonverstrekking als middel om verspreiding van hiv onder drugsgebruikers tegen te gaan, wordt niet genoemd.

Landenvertegenwoordigers in Europa onderschrijven en ondertekenen wel verdragen en internationale declaraties maar voeren die niet uit in eigen land; rapportage hierover strookt niet altijd met de realiteit; het ontbreekt aan een monitorsysteem om vast te stellen of het Europese hiv/aidsbeleid succesvol is. In 2006 heeft het ECDC als taak op zich genomen om 'country assessments' uit te voeren, wat een positieve bijdrage kan leveren aan de gewenste versterking van het hiv/soa-beleid in landen waar die versterking nodig is. Ook het initiatief van WHO Europe om de afspraken uit de Dublin-declaratie te monitoren zal meer inzicht geven.

13. Literatuur

Epidemiologie

-Boer IM de, Coul ELM op de, Koedijk FDH, Veen MG van, Sighem AI van, Laar MJW van de. HIV and Sexually transmitted Infections in the Netherlands in 2005. RIVM rapport 441100024. Bilthoven: RIVM, 2006

-Gras L, Sighem A van, Smit C, Zaheri S, Wolf F de. Monitoring of Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection in the Netherlands. Amsterdam: Stichting Hiv Monitoring, 2006

-Veen MG van et al. Hiv-surveys bij hoog risicogroepen in Rotterdam 2002-2003. RIVM Report 441100019/2005. Bilthoven,,: RIVM, 2005

-Veen MG, van et al. Hiv-surveys bij hoog-risicogroepen in Amsterdam 2003-2004. RIVM Report 441100021/2005. Bilthoven,,: RIVM, 2005

-Veen MG van et al. Hiv-surveys bij hoog-risicogroepen in Den Haag 2005. RIVM rapport 441100023. Bilthoven: RIVM, 2006

-Bergen JEAM van et al. Prevalence of urogenital chlamydia trachomatis increase significantly with level of urbanisation and suggests targeted screening approaches: results from the first national population based study in the Netherlands. Sex Transm Infect 2005 Feb; 81 (1): 17-23

-Bergen JEAM van, et al. Population prevalence of chlamydia trachomatis and neisseria gonorrhoeae in the Netherlands. BMC Infect Dis 2006 Mar 7; 6: 42 (2006a)

-Hamers F, Devaux I, Alix J, Nardone A. HIV/AIDS in Europe: trends and EU-wide priorities. Euro Surveill 2006; 11 (11): E061123.1

-UNAIDS/WHO. AIDS Epidemic Update: december 2006. Geneva: UNAIDS, 2006

-Bakker F, Weesenbeeck I. van. Seksuele Gezondheid in Nederland. Delft: Eburon, 2006

-Hospers HJ, Dörfler TT, Zuilhof W. Schorer Monitor 2006. Amsterdam: Schorer, 2006

-Graaf H de, Meijer S, Poelman J, Vanwesenbeeck I. Seks onder je 25^e . Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005. Utrecht/Amsterdam: Rutgers Nisso Groep/Soa Aids Nederland, 2005

-Kuyper L, Bakker F, Zimbile F. Veilig vrijen bij jongeren, de stand van zaken 2006 en de ontwikkelingen sinds 1997. Utrecht: Rutgers Nisso Groep, 2006

-Wijsen C. Landelijke abortus registratie 2005. Utrecht: Rutgers Nisso Groep, 2006.

-Bergen, JEAM van et al. Prevalence of STI-related consultations in general practice. Br J Gen Pract 2006 Feb; 56 (523): 104-9 (2006b)

-Laar M. van de. Verslag van expert meeting soa/hiv 2005. Bilthoven: RIVM, 2005

Aangrijpingspunten en uitgangspunten

- Ministerie van Justitie. Vaststelling begrotingsstaat Ministerie van Justitie voor het jaar 2007: verslag houdende een lijst van vragen en antwoorden. [Vraag 71 over verplichte hiv-test.]. Den Haag: Tweede Kamer der Staten Generaal, vergaderjaar 2006-2007, 30800 VI, nr. 24, 11 december 2006

-Ministerie van Justitie. Notitie consequenties uitspraak van de Hoge Raad van 18 januari 2005 inzake strafbaarheid overbrengen mogelijke hiv besmetting. Den Haag: Ministerie van Justitie, 15 juni 2005

-Blom CA. Je lust of je leven. Balans van 20 jaar homo-hiv-preventie. Soa Aids Magazine 2005; 2:(1) 8-9.

-Aids Fonds-Soa Aids Nederland. Werkplan 2006. Amsterdam: Aids Fonds-Soa Aids Nederland, 2005

Organisatie

-Hoogervorst H. Preventieplan soa en hiv in Nederland. Den Haag: Tweede Kamer der Staten Generaal, 2004.
Vergaderjaar 2004-2005, PG/ZP 2.357.024, 1 december 2004.

-Hoogervorst H. Subsidieregeling aanvullende curatieve soa-bestrijding. Den Haag: Tweede Kamer der Staten Generaal, 2005. Vergaderjaar 2005-2006, PG/ZP 2623294

-Schaafsma I en Willems N. Resultaten tussentijdse evaluatie nieuwe subsidieregeling. Presentatie Landelijke studiemiddag aanvullende curatieve soa zorg; 8 juni 2006. Bilthoven: CIB/RIVM. 2006

-Centrum voor Infectieziektebestrijding. Strategisch beleidsplan 2005-2009. Bilthoven: RIVM, augustus 2005

-Centrum voor Infectieziektebestrijding. Werkplan CIB 2007. Bilthoven: RIVM, 2006

-Kok M, Blommerde B. Medische en seksuologische hulpverlening in Nederland. Naar een betere structuur.
Presentatie ZonMW bijeenkomst Sense; 16 december 2005. Den Haag: Ministerie van VWS, 2005

-Pontier JF, Tiggelman ECM, Winkel WMM van de. Preventie op het gebied van Seksuele Gezondheid. Eindrapportage. Rotterdam: Bureau Obelon, 2006

-Ross-Van Dorp C. Seksuele gezondheid. Den Haag: Tweede Kamer der Staten Generaal, 2006. Vergaderjaar 2006-2007, PG/ZP 2.725.391, 30 november 2006.

-Gort A. Seksualiteitscentra in opmars. Soa Aids Magazine 2005; 2: (3) 14-15

-AIDS Action Europe & EATG. Report Civil Society Forum II. Amsterdam: AAE, februari 2006

Financiering

-Hoogervorst H. Preventieplan soa en hiv in Nederland. Den Haag: Tweede Kamer der Staten Generaal, 2004. Vergaderjaar 2004-2005, PG/ZP 2.357.024, 1 december 2004.

-Hoogervorst H. Subsidieregeling aanvullende curatieve soa-bestrijding. Den Haag: Tweede Kamer der Staten Generaal, 2005. Vergaderjaar 2005-2006, PG/ZP 2623294

-Goei JIM de. Definitieve goedkeuring Derde Preventieprogramma. Brief aan ZonMw, PG/FBI 2.654.407. Den Haag, Ministerie van VWS, 21 april 2006

-Subsidieregeling Publieke Gezondheid. Staatscourant 19 sept 2005, nr 181, p 9

-Goei JIM de. Overgang programmatische preventie van AWBZ naar begrotingsfinanciering. Circulaire PG/ZP 2.595.647. Den Haag, Ministerie van VWS, 2005

-Ensdorff J, Hoogenboezem G. Jaarplan 2006. Programma Infectieziekten en Druggebruik. Amsterdam: LSP (Trimbos Instituut)/Mainline, 2005.

-Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg 2005. Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond? Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2005

-AIDS Action Europe & EATG. Report Civil Society Forum II. Amsterdam: AIDS Action Europe, februari 2006

-Dudas, M. Meeting AIDS & Mobility national focal points and seminar "Health and hiv in Roma population in Europe". Budapest, 9-12 June 2005. Woerden: AIDS & Mobility, 2005

Kader

-Ministerie van VWS. UNGASS 2006: format submission of the government of the Netherlands. Reporting period. January 2003-December 2005. Den Haag: Ministerie van VWS, 2006

-Picavet Ch. Is the Netherlands keeping the promise? The civil society evaluation of the UNGASS-commitments. Amsterdam: Soa Aids Nederland, 12 januari 2006

-Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding. Protocol hiv-infectie. Utrecht: LCI, 2005

-Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding. Protocol urogenitale chlamydia trachomatis en lymfogranuloma venereum. Utrecht: LCI, 2005

-Bos BJ. Aankondiging (II) mei 2006 (twee nieuwe richtlijnen: Partnerwaarschuwing bij soa en Wegwijzer Regionale soa-bestrijding. Bilthoven: LCI, mei 2006

-LCI. Wegwijzer regionale soa-bestrijding: handleiding voor inventarisatie behoefte en aanbod in de regionale soa-bestrijding door GGD'en. Bilthoven: LCI, mei 2006

-Nederlands Huisartsen Genootschap. Het soa-consult. Utrecht: NHG, december 2004

-Commission of the European Communities. Communication from the Commission to the Council and the European Parliament on combating HIV/AIDS within the European Union and in the neighbouring countries, 2006-2009. Brussels: Commission of the European Communities, 15 december 2005.

-UNAIDS. Intensifying HIV prevention: UNAIDS policy position paper. Geneva: UNAIDS, 2005

-UNAIDS. Scaling up access to hiv prevention, treatment, care and support. The next steps. Geneva: UNAIDS, 2006

-WHO. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015. Key messages. Geneva: WHO, 2006

-UNAIDS. The "Three Ones" in action : where we are and where we go from here. Geneva: UNAIDS, May 2005.

Primaire preventie

-Universiteit Maastricht. Evaluatie onderzoek van de Aids Soa Infolijn 2006. Maastricht: Capaciteitsgroep Gezondheidsvoorlichting en Capaciteitsgroep Arbeids & Sociale Psychologie, 2006

-Dekkers T. Je lust of je leven. Hiv-preventie voor homoseksuele mannen 1982-2005. Amsterdam: Schorer 2005

-Meerburg B. Audit soa- en hiv-preventie homoseksuele mannen. Bilthoven: RIVM/CIB, september 2006

-AIDS Action Europe. European Expert Meeting on Positive Prevention. Amsterdam: AIDS Action Europe, 2005

-Soa Aids Nederland. Preventie gericht op mensen met hiv: concept actieplan. Amsterdam: Soa Aids Nederland, 2006

-Kesteren N van, Hospers H, Kok G. Hiv-preventie onder hiv-positieve mannen die seks hebben met mannen: onderzoek en interventie ontwikkeling & Hiv onder heteroseksuelen, migranten en jongeren in Nederland. Fact sheets. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2006.

Shiripinda, I. Tempert, B. Care2Talk about sex? Research on the sexual health of HIV positive heterosexuals from black and minority ethnic backgrounds in the Netherlands. Amsterdam: Soa Aids Nederland, 2006

-Lunsen HW van. Hiv en seksualiteit een ingewikkelde verhouding. Soa Aids Magazine: 2006; 3 (5): 12-15

-Hoogervorst, H. Reactie op het onderzoek 'Seks onder je 25^{er}'. Brief aan voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal., PG/ZP 2572747. Den Haag: Ministerie van VWS, 2005

-Soa Aids Nederland. Werkplan 2006. Amsterdam: Soa Aids Nederland, 2005

-Poek, F. van der, Hekking, C. Tien jaar soa/aids-bestrijding allochtonen: review. Woerden: NIGZ, 2005

-Vrolings E, Gelissen R, Jonkers R, Schaalma H. Soa en hiv/aids-preventie onder etnische minderheden in Nederland. Een kritische analyse van 'best practices' vanuit een evidence-based perspectief. Haarlem: Rescon, 2006

-Soa Aids Nederland. Werkplan 2006. Amsterdam: Soa Aids Nederland, 2005

-Ensdorff J, Hoogenboezem G. Jaarplan 2006. Programma Infectieziekten en Druggebruik. Amsterdam:LSP (Trimbos Instituut)/Mainline, 2005

Testen, screenen en PEP

-Soa Aids Nederland et al. Opsporing verzocht! Actief testbeleid op hiv en andere soa. Amsterdam: Soa Aids Nederland, 2006

-Hogeweg JA, Hospers HJ. Monitoronderzoek 2000. Amsterdam : Universiteit Maastricht, 2000.

-Hospers HJ, Dörfler TT, Zuilhof W. Monitoronderzoek 2003. Amsterdam: Schorerstichting [etc.], 2003

-Hospers HJ, Dörfler TT, Zuilhof W. Schorer Monitor 2006. Amsterdam : Schorer, 2006.

-Wit J. de, Adam P. Evaluatie soatest.nl Onderzoek naar het effect van getailorde online advisering over soa-onderzoek en hiv-test op intenties en gedragingen van homoseksuele mannen met risico op soa en hiv. Utrecht: Institute for Psycho Social Research, 2005

-Adam, PCG, Wit, JBF de. A concise overview of barriers and facilitators of hiv testing. Directions for future research and interventions. Utrecht: Institute for Prevention and Social Research, 2006

-Kuyper L, Bakker F, Zimbile F. Veilig vrijen bij jongeren, de stand van zaken 2006 en de ontwikkelingen sinds 1997. Utrecht: Rutgers Nisso Groep, 2006

-Leent, EJM van, Davidovich U, Thiesbrummel HFJ, Fennema, JSA. Syfilistest.nl. Soa Aids Magazine 2006;3: (1), 23-23

-Bergen, JEAM van et al. Prevalence of urogenital chlamydia trachomatis increase significantly with level of urbanisation and suggests targeted screening approaches: results from the first national population based study in the Netherlands. Sex Transm Infect 2005 Feb; 81 (1): 17-23

-Schorer. Protocol outreach hiv-testen. Amsterdam: Schorer, 2005

-Rutgers Nisso Groep. Activiteiten en ontwikkelingen in 2005-2006. Utrecht: Rutgers Nisso Groep, 2006.

-Soa Aids Nederland. Werkplan 2006. Amsterdam: Soa Aids Nederland, 2005

-Ross-Van Dorp C. Seksuele gezondheid. Brief aan de Voorzitter van de Tweede kamer der Staten-Generaal, PG/ZG 2.725.391, Den Haag: Ministerie van VWS, 2006

-Soa Aids Nederland. Werkplan 2006. Amsterdam: Soa Aids Nederland, 2005

Gezondheid, behandeling en zorg

-Nederlands Vereniging van Aids Behandelaren. Richtlijn antiretrovirale behandeling. Utrecht, NVAB, 2006

-KleinTank, M. Behandelaren en wetenschappers schetsen een hoopvolle toekomst - Symposium 'Tien jaar Combinatietherapie'. Soa Aids Magazine 2006:3:(3), 18-19

-Gras L, Sighem A van, Zaheri S, Wolf F de. Monitoring of Human Immunodeficiency Virus (hiv) infection in the Netherlands 2005. Amsterdam: Stichting Hiv Monitoring, 2005

-Gras L, Sighem A van, Zaheri S, Wolf F de. Monitoring of Human Immunodeficiency Virus (hiv) infection in the Netherlands 2006. Amsterdam: Stichting Hiv Monitoring, 2006

-Hiv Vereniging Nederland. Resultaten tevredenheidmeting zorg aan mensen met hiv. Amsterdam: Hiv Vereniging Nederland, 2005

-WVAC. Beroepsprofiel verpleegkundig specialist hiv/aids. Utrecht: AVVV, 2004

-LVSv. Beroepsprofiel sociaal verpleegkundige. Utrecht: AVVV, 2004

-Soa Aids Nederland. Beeldplaten hiv/aids. Amsterdam: Soa Aids Nederland, 2006

-Soa Aids Nederland. Preventie gericht op mensen met hiv: voorstel actieplan. Amsterdam: Soa Aids Nederland, 2006

Mensen met hiv in de samenleving

-Verbond van verzekeraars. Rapport verzekeraars hiv dichtbij. Den Haag: Verbond van Verzekeraars, 2005

-Verbond van verzekeraars en Centrum voor Verzekeringsstatistiek. Hiv Verzekerd? Onderzoek naar de mate waarin Hiv-patienten en levensverzekering hebben aangevraagd en afgesloten. Den Haag: Verbond van Verzekeraars en CVS, 2006.

-Faas WA, Borleffs JCC. HIV en AIDS. Deel van Handboek Arbeid en Belastbaarheid. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum, 2005

-Project Reïntegratie van mensen met hiv (2003-2006). Amsterdam: UWV i.s.m. Agens en Hiv Vereniging Nederland, juli 2003

-Hiv Vereniging Nederland. Positief Werkt! Gids over hiv en werk. Amsterdam: Hiv Vereniging Nederland, december 2006.

-Hoge Raad der Nederlanden. Cassatie. 18 januari 2005. Strafkamer nr. 02659/03 IV/SB. Arrest op het beroep in cassatie tegen een arrest van het Gerechtshof te Arnhem van 30 juni 2003, nummer 21/001435-03. Den Haag Hoge Raad, 2005

-Gewijzigde wetsartikelen m.b.t. discriminatie van gehandicapten van het Wetboek van Strafrecht, 137C t/m 137F en 429quater. Den Haag: Eerste Kamer der Staten-Generaal, 1 januari 2006

-LCI. Draaiboek partnerwaarschuwing soa. Bilthoven: RIVM, 2006

-Internationale Organisatie voor Migratie. Return Migration and Health III> Assessment on options for voluntary return for African migrant living with HIV/AIDS. Den Haag: IOM, 2006

Onderzoek

-Centrum voor Infectieziektebestrijding. Werkplan CIB 2007. Bilthoven: RIVM, 2006

-Klazinga N, Prins M, Verhoeff A, Stronks K, Poll T van der. De Academische werkplaats GGD/AMC Amsterdam. TSG 2006; 4: 199-200

-Richardus JH. CEPHIR: de Academische werkplaats Publieke Gezondheid in de regio Rotterdam. TSG 2006; 4: 201-202

-ZonMw. Voorstel Programma Infectieziektebestrijding 2007 – 2011. Den Haag: ZonMw, 2006

-Hospers H. Gewoon anders: Rede in vrije vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar experimentele gezondheidspsychologie, in het bijzonder met betrekking tot homoseksualiteit, aan de faculteit der Psychologie van de Universiteit Maastricht op vrijdag 21 april 2006. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2006

Internationale samenwerking

-Commission of the European Communities. Communication from the Commission to the Council and the European Parliament on combating HIV/AIDS within the European Union and in the neighbouring countries, 2006-2009. Brussels: EC, 15 december 2005.

-European Centre for Disease Control. Work Plan 2007. HIV/AIDS, STI, hepatitis (HASH). Stockholm, ECDC.. 2006

-AIDS Action Europe. Werkplan AIDS Action Europe. Amsterdam: AIDS Action Europe, 2006

-Aids Fonds. The LAASER-HIV/AIDS programm. Linking African and Asian societies for an enhanced response to HIV/AIDS. Amsterdam: Aids Fonds, 2006.

-Ministerie van VWS. Hoogervorst tekent overeenkomst met WHO [persbericht over samenwerking met WHO op diabetes, kanker, hiv/aids en tbc]. Den Haag: Ministerie van VWS, 18 mei 2005

-Ministerie van VWS . Hoogervorst tekent overeenkomst met China [persbericht over samenwerking met China, onder andere op hiv/aids]. Den Haag: ministerie van VWS, 10 mei 2005

-STOP AIDS NOW! Werkplan 2006. Amsterdam: STOP AIDS NOW!, 2005

-Aids Fonds. Saving lives one by one : Aids Fonds Behandel Plan. Amsterdam: Aids Fonds, 2005

-World Health Organisation. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015. Key messages. Geneva: WHO: 2006