



Vlaams
Parlement

stuk **415** (2009-2010) – Nr. 2
ingediend op 14 januari 2011 (2010-2011)

Voorstel van resolutie

van de dames Irina De Knop, Ulla Werbrouck en Elisabeth Meuleman,
de heer Herman Schueremans en de dames Vera Van der Borght,
Ann Brusseel en Annick De Ridder

betreffende het voorkomen van hiv-besmettingen en
aids

Hoorzitting

Verslag

namens de Commissie voor Welzijn,
Volksgezondheid, Gezin en Armoedebeleid
uitgebracht door mevrouw Vera Jans,
de heer John Crombez en mevrouw Mia De Vits

Samenstelling van de commissie:

Voorzitter: de heer Tom Dehaene.

Vaste leden:

de heer Tom Dehaene, de dames Cindy Franssen, Vera Jans, Katrien Schryvers;
mevrouw Marijke Dillen, de heren Felix Strackx, Erik Tack;
de heer Peter Gysbrechts, mevrouw Vera Van der Borght;
de heer John Crombez, mevrouw Mia De Vits;
de dames Lies Jans, Helga Stevens;
mevrouw Ulla Werbrouck;
mevrouw Mieke Vogels.

Plaatsvervangers:

de dames Sonja Claes, Griet Coppé, Kathleen Helsen, Tinne Rombouts;
de dames Gerda Van Steenberge, Linda Vissers, de heer Wim Wienen;
de dames Gwenny De Vroe, Lydia Peeters;
mevrouw Else De Wachter, de heer Bart Van Malderen;
de dames Danielle Godderis-T'Jonck, Goedele Vermeiren;
de heer Jurgen Verstrepen;
de heer Bart Caron.

Stukken in het dossier:

415 (2009-2010) – Nr. 1: Voorstel van resolutie

INHOUD

I.	Uiteenzetting door prof. dr. Zeger Debyser, K.U.Leuven	5
1.	Onjuistheden en aanvullingen bij het voorstel van resolutie.....	5
2.	Aandacht voor aidspreventie	5
3.	Politiek	6
4.	Onderzoek.....	6
5.	Het voorstel van resolutie	6
II.	Uiteenzetting door de heer Wim Vanden Berghe, Instituut voor Tropische Geneeskunde.....	7
1.	Epidemiologie hiv in België	7
2.	MSM: risicofactoren en structurele/culturele determinanten voor hiv/soa- infectie.....	7
3.	Hiv-prevalentie bij MSM in Vlaanderen.....	7
4.	The European MSM Internet Survey	8
5.	Aanbevelingen.....	9
III.	Uiteenzetting door dokter Steven Callens, Aidsreferentiecentrum UZ Gent	10
1.	Infectieziekte	10
2.	Definities, formules en modellen.....	10
3.	Is het onmogelijk om R_0 onder 1 te krijgen?	10
IV.	Vragen van de leden	11
V.	Uiteenzetting door de heer Chris Lambrechts, directeur van Sensoa.....	15
1.	Zes actieterreinen voor 2011-2015	15
2.	Jongeren	15
3.	Mensen met hiv	15
4.	Acties gericht op MSM in 2009-2010.....	15
5.	Safe Sex Zone en mannenseks.be	15
6.	De juiste toon van een preventiecampagne	16
7.	Een campagne maakt de preventie niet.....	16
8.	Factoren die voor veel hiv en soa zorgen	16
9.	Voorstellen voor betere preventie.....	17
VI.	Uiteenzetting door de heer Yves Aerts, algemeen coördinator Çavaria	17
1.	Wat doet Çavaria?.....	17
2.	Welzijn en Gezondheid?.....	18
3.	Hiv bij MSM	18

4. Opdracht van de holebibeweging.....	18
5. Omvattend welzijns- en gezondheidsbeleid.....	19
6. Voorstel van resolutie	19
VII. Vragen van de leden	19
Gebruikte afkortingen	22

Op dinsdag 14 december 2010 hield de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebeleid een hoorzitting over het voorstel van resolutie betreffende het voorkomen van hiv-besmettingen en aids. Gehoord werden prof. dr. Zeger Debyser, K.U.Leuven, de heer Wim Vanden Berghe, Instituut voor Tropische Geneeskunde, dokter Steven Callens, Aidsreferentiecentrum UZ Gent, de heer Chris Lambrechts, directeur Sensoa en de heer Yves Aerts, algemeen coördinator Çavaria.

I. UITEENZETTING DOOR PROF. DR. ZEGER DEBYSER, K.U.LEUVEN

Ik ben arts, viroloog en klinisch bioloog. Ik heb een aantal jaren bij het Aidsreferentielaboratorium van Leuven gewerkt. Momenteel houd ik me vooral bezig met basisonderzoek naar nieuwe antivirale medicatie voor de hiv-infectie.

1. Onjuistheden en aanvullingen bij het voorstel van resolutie

Het voorstel van resolutie bevat goede elementen, maar ik ga zeker niet met alles akkoord. Het voorstel bevat een aantal onjuistheden. Het aantal nieuwe besmettingen bij homo's neemt inderdaad de laatste jaren toe. In 2009 was er een lichte daling bij MSM – eerder een stabilisatie op hoog niveau – maar vooral een stijging bij de niet-Belgen. Beide problemen mogen niet door elkaar gehaald worden.

Het klopt niet helemaal dat antivirale medicatie zoals men in Nederland neemt, geen zin heeft. Men bestudeert het gebruik van pre-exposure prophylaxis of antivirale medicatie als therapie. Het gaat om medicatie bij hoogrisicogroepen zoals mannelijke prostituees om te vermijden dat ze besmet worden. Meer en meer schuiven therapie en preventie in elkaar. In de New England Journal of Medicine staat daarover een recente studie. De bescherming blijft beperkt tot 40 à 50 percent. PrEP is gevaarlijk omdat het een vals gevoel van veiligheid en toch slechts een gedeeltelijke bescherming geeft. Een veralgemening van die therapie is niet zinvol.

In het voorstel van resolutie staat dat iemand besmet kan worden met aids. Dat is onmogelijk, iemand kan alleen besmet worden met het hiv-virus. Zonder behandeling kan dat virus zich tot aids ontwikkelen. In preventie, voorlichting, onderwijs enzovoort is het belangrijk de correcte terminologie te hanteren. Als in het voorstel van resolutie al fouten staan ... Het is cruciaal een consensus te bereiken over hiv-preventie bij de doelgroep homoseksuelen. Een juiste definitie van de doelgroep is de basis voor een goede preventie. En daar moet de nodige financiering tegenover staan.

Een belangrijke aanvulling in het voorstel van resolutie is dat de levensverwachting bij hiv-infectie ondanks medicatie vijf tot tien jaar lager is. De patiënt heeft te kampen met een aantal chronische complicaties die nog niet goed bekend zijn. Daarenboven verouderen ze vroegtijdig. Het beeld dat met medicatie hiv een lachertje wordt, moet zeker doorbroken worden.

2. Aandacht voor aidspreventie

Het grootste deel van de tekst gaat over preventie. Onder meer de inbreng van de holebi-horeca, de preventie van alle soa's en de nadruk op veldwerk zijn positieve elementen. Het voorstel van resolutie spreekt echter niet over goed werkende bestaande initiatieven voor aidsbeleid. De federale aidsreferentielaboratoria en -centra hebben recent het initiatief BREACH opgericht, een soort confederaal overleg over zowel diagnose, behandeling als onderzoek. Het houdt zich voorlopig nog niet bezig met hiv-preventie. Ook het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid houdt zich bezig met epidemiologie, anders zouden er geen cijfers zijn. Het gaat dus niet op te doen alsof er niets gebeurt.

Ik ben er niet van overtuigd dat het aidsbeleid in België versnipperd is. Er is geen verband tussen de toename van aantal nieuwe gevallen en de organisatie van de gezondheids-

zorg. Er is wel een probleem met de incidentie bij bepaalde doelgroepen en daar moet aan gewerkt worden. Ik ben niet overtuigd van de noodzaak van een aidscommissaris. Ik ben niet onverdeeld tevreden over de werking van het griepcommissariaat. Het is onmogelijk om voor iedere ziekte een commissaris te hebben. Daarbij komt nog dat de griepcommissaris vorig jaar het gevolg was van de mediaheisa. Als dezelfde middelen naar hiv-preventie waren gegaan, waren er heel wat nieuwe gevallen vermeden. Een commissaris is een dure aangelegenheid, misschien is het zinvoller daarmee preventie en onderzoek te financieren. Uit de cijfers van het WIV blijkt trouwens dat zowel het onderzoek als de behandeling van hiv in België van wereldniveau zijn. Het voorstel van resolutie doet ten onrechte nogal negatief over de aanpak van hiv en aids in ons land.

3. Politiek

Het voorstel van resolutie moet gaan over hiv en preventie in Vlaanderen, en niet over politiek. Het is vreemd dat het Vlaams Parlement een voorstel van resolutie bespreekt voor een federale aidscommissaris, een federale bevoegdheid. Je kunt niet tegelijk pleiten in Vlaamse resoluties voor een confederaal model waarin gezondheidszorg en zeker preventie toekomen aan de regio's, en tegelijk klagen over versnippering. Er zal een confederale logica moeten groeien in dit land waarbij alle verantwoordelijken, voor preventie, behandeling, kliniek, onderzoek enzovoort met elkaar onderhandelen, bijvoorbeeld in het BREACH-overleg. Dat is beter dan een aidscommissaris.

Uit de cijfers van het WIV blijkt dat het aantal patiënten van wie de nationaliteit onbekend is, stijgt. Dat heeft allicht ook te maken met het gebrekkige asielbeleid. Elke patiënt moet behandeld worden, maar voor de preventie is het goed te weten of de infectie in het thuisland of hier is opgelopen. Voor infectieziekten is coördinatie en overleg op Europees niveau nodig. Infecties stoppen immers niet aan de grenzen. Bij de griepheisa van vorig jaar had elk land een eigen beleid, een eigen vaccin, een eigen verantwoordelijke, wat niet echt productief is.

4. Onderzoek

Zoals gezegd is het onderzoek in Vlaanderen van wereldniveau. Het meest verkochte geneesmiddel voor de behandeling van hiv is ontwikkeld door een Leuvense professor. De aandacht die het voorstel van resolutie eraan besteedt, is positief. Maar het is niet aan de politieke wereld om te bepalen welk onderzoek nodig is. Er moet inderdaad geld zijn voor onderzoek naar vaccins en virusdodende middelen, maar ook voor basisonderzoek en behandeling. De incidentie en de prevalentie zijn trouwens aan het dalen – ook in Afrika – maar dan vooral ten gevolge van antivirale behandeling. Hiv blijft een chronische aandoening met allerlei complicaties waaronder een verminderde levensverwachting. Als er dan toch een keuze gemaakt moet worden, zouden onderzoekers zich kunnen focussen op hiv-eradicatie. De doelstelling van het onderzoek moet de genezing van mensen zijn. Dat kan een functionele genezing zijn, die ervoor zorgt dat patiënten de therapie kunnen stoppen en niet meer besmettelijk zijn. Dat vergt langetermijnonderzoek, liefst gekoppeld aan een innovatief concept van gezondheidszorg. De Vlaamse Regering zegt wel een beleid van onderzoek en innovatie te voeren, maar dat blijkt niet in de praktijk. Om het onderzoek in Vlaanderen te houden, zijn er bijkomende inspanningen nodig. Men zou beter naar een consensus streven in het Vlaams Parlement over een voorstel van resolutie om de financiering van het onderzoek in Vlaanderen te versterken en langetermijnperspectief te bieden, dan over federale aidscommissarissen.

5. Het voorstel van resolutie

Bij de overwegingen staan er een aantal slordigheden, zoals de eerste bewering over de stijging van het aantal hiv-besmettingen. De overweging dat wetenschappelijk onderzoek naar een vaccin en naar virusdodende middelen noodzakelijk blijft, is redelijk tendentieus. Bij de vragen aan de Vlaamse Regering steun ik het idee van een aidscommissaris niet.

Bij de tweede aanbeveling wordt een gezondheidsdoelstelling inzake seksuele gezondheid gevraagd, die ook betrekking heeft op de preventie van infectieziekten. Ik denk dat de indieners daar soa's bedoelen. Ook verkoudheden en griepvirussen vallen onder infectieziekten. Preventie is een bevoegdheid van Vlaanderen. Confederaal overleg is beter dan nieuwe bevoegdheidsconflicten organiseren. De andere aanbevelingen vind ik zeer goed. Het voorstel van resolutie draait vooral rond preventie, de aidscommissaris hoort daar niet bij. De aanbeveling over onderzoek is te eng, de politiek moet het onderzoek niet sturen.

II. UITEENZETTING DOOR DE HEER WIM VANDEN BERGHE, INSTITUUT VOOR TROPISCHE GENEESKUNDE

Ik werk in een multidisciplinair team dat zich bezighoudt met de epidemiologie en bestrijding van hiv en soa. Ik werk zowel in endemische landen als in dit land. Ervoor werkte ik aan de vakgroep Sociologie van de Universiteit Gent bij professor John Vincke en onderzocht seksueel risicogedrag en infectie bij MSM. De term wordt gebruikt omdat niet al die personen zich identificeren met de groep homo- of biseksuele mannen.

1. Epidemiologie hiv in België

In 2009 waren er 1135 nieuwe hiv-diagnoses, waarvan 411 op Vlaams grondgebied. Van die groep waren 60 percent Belgen, ongeveer 40 percent niet-Belgen, waarvan twee derde Subsaharaanse migranten. De vrouwelijke Belgen geraken allemaal geïnfecteerd door heteroseksueel contact, 80 tot 90 percent van de mannen via homo- of biseksueel contact. Bij de niet-Belgen worden de vrouwen ook bijna allemaal besmet door heteroseksueel contact. In de laatste jaren stijgt het aandeel van de besmettingen door homo- of biseksueel contact bij niet-Belgische mannen tot momenteel vier van de tien besmettingen.

Sinds de introductie van antiretrovirale therapie stijgt het aantal geconfirmeerde hiv-diagnoses. Dat is iets anders dan het aantal hiv-infecties, maar dat aantal is niet bekend. Het aantal geconfirmeerde hiv-diagnoses stijgt vooral bij de MSM. Bij de andere groepen blijft het stabiel.

2. MSM: risicofactoren en structurele/culturele determinanten voor hiv/soa-infectie

Bij MSM komt anale seks veel voor. Dat heeft een hoog besmettingsrisico zowel op hiv, soa's als andere infecties. Een verminderde weerstand geeft ook een hoger risico op een hiv-transmissie. In de op zich kleine MSM-subcultuur is er een relatief kleine groep die grote risico's neemt. Het internet vergemakkelijkt het vinden van partners.

Het is niet omdat er een en ander wettelijk geregeld is, dat holebi-jongeren het gemakkelijker hebben. Eigenlijk is dat niet onderzocht. Het stigmatiseren en de discriminatie is van expliciet naar impliciet gegaan. De gevolgen zijn stress en depressie. Uit onderzoek in opdracht van Gelijke Kansen blijkt dat de depressiecijfers bij holebi's twee tot drie keer hoger zijn. Er is ook een duidelijke correlatie tussen depressie en seksueel risicogedrag.

3. Hiv-prevalentie bij MSM in Vlaanderen

Het Instituut voor Tropische Geneeskunde heeft een onderzoek gedaan over de hiv-prevalentie bij MSM. Het onderzoek was gebaseerd op een aantal vaststellingen, onder meer de stijging in het aantal hiv-diagnoses bij MSM sinds 1999 en de scherpe stijging sinds 2004, niet enkel in België maar in alle Westerse landen. Het aantal hiv-tests is toegenomen maar dat verklaart de stijging niet volledig. Uit internationaal onderzoek blijkt dat ook het risicogedrag, anale seks zonder condoom, toeneemt.

De naam van de studie is 'Frequently asked questions'. Die studie was al eens online gebeurd door de Universiteit Gent maar nu namen de onderzoekers de enquête af in

MSM-uitgaansmilieus. Ze namen via een vingerprik ook een bloedstaal van de geënquêteerden. De onderzoeksvragen waren: “Wat is de prevalentie van hiv en dus ook het reële risico in verschillende settings bij MSM in Vlaanderen?” en “Hoeveel hiv-infecties zijn (nog) niet gedetecteerd?”.

658 mannen participeerden aan het onderzoek. De onderzoekers hebben ze ingedeeld in groepen naargelang de plaats waar de enquête afgenomen werd: de sekshoreca, de (dans-)clubs, fuiven en holebi-events voor jongeren onder de 25 jaar. In de sekshorecagroep was de prevalentie vijftien percent, in sommige plaatsen liep dat percentage op tot 30 percent van de aanwezigen. In clubs was ongeveer vijf percent besmet. Bij jongeren was het twee percent van de aanwezigen. Er is in ieder geval een correlatie tussen leeftijd en prevalentie.

14,3 percent van de hiv-positiefgeteste mannen waren niet op de hoogte van hun eigen status. Uit onderzoek blijkt dat dit percentage in een aantal buurlanden hoger ligt. De helft heeft de laatste twaalf maand een hiv-test ondergaan, 60 percent een soa-test. Ook dat is hoog in vergelijking met de buurlanden. Eén op vijf MSM in het Vlaamse uitgaansmilieu heeft een andere nationaliteit, vooral de Nederlandse. Er worden heel veel co-infecties vastgesteld van hiv en andere soa's. In bepaalde uitgaansmilieus lag het druggebruik hoog.

Een derde van de MSM in een vaste relatie heeft ook losse contacten. Dat percentage wordt trouwens bevestigd door internationaal onderzoek. De meerderheid heeft twee tot vijf partners gehad in het laatste jaar. Het Sekspert-onderzoek kan daarover meer gegevens opleveren. Een bepaalde groep, vooral de bezoekers van de sekshoreca, had meer dan tien partners het laatste jaar.

Drie vierden gebruikt systematisch condooms met losse partners. Bepaalde hiv-positieve mannen doen het niet-systematisch met condoom. Sommige hiv-positieve mannen kiezen hiv-positieve partners, maar dat beschermt niet tegen andere soa's. Er bestaan andere preventiestrategieën, maar die zijn niet 100 percent veilig.

Sekspartners worden voornamelijk gezocht in clubs, op internet en via vrienden. Slechts twee op tien mannen uit de steekproef bezocht de sekshoreca. Verder blijkt dat acht op tien van de mannen uiteindelijk thuis seks heeft.

4. The European MSM Internet Survey

EMIS is een Europees internet onderzoek, met als doelstelling het harmoniseren van alle Europees gedragsonderzoek naar het seksueel gedrag van MSM, zodat men beschikt over vergelijkbare resultaten. Aan EMIS participeerden meer dan 180.000 mannen uit 33 Europese landen in 25 verschillende talen. Aan deze grootste steekproef ooit in de doelgroep namen ook 4140 Belgen deel.

Voor hiv-tests in de laatste twaalf maanden haalt België het tweede hoogste percentage na Frankrijk. België haalt het beste bereik van breed gedefinieerde hiv-preventie voor MSM onder de 25 jaar en het tweede beste voor MSM ouder dan 25 (na het Verenigd Koninkrijk). Op het vlak van begrip van preventiestrategieën en het bestaan van misverstanden scoren Belgen echter minder goed dan andere Westerse landen. Zowel voor condoomgebruik tijdens het laatste contact als voor positieve hiv-diagnose zijn de percentages in de verschillende Westerse landen vergelijkbaar hoog.

Er blijken weinig regionale verschillen te bestaan, althans tussen Vlaanderen en Brussel. De Waalse steekproef was eigenlijk te klein (800 mannen). In Wallonië is nog maar weinig onlineonderzoek geweest bij de doelgroep. Voor hiv-tests in de laatste twaalf maanden

scoort Vlaanderen iets lager dan Brussel. Voor het bereik van de preventie scoren ze ongeveer gelijk.

Dat de percentages voor positieve hiv-diagnose hoger zijn dan de gemiddelden uit de prevalentiestudie, komt wellicht door de rekrutering op sites die vergelijkbaar zijn met de sekshoreca. In Vlaanderen kwam men uit op 8,6 percent, in Brussel op 9,7 percent, maar daar wordt ook meer getest. Condoomgebruik bij het laatste anale contact levert vergelijkbare regionale resultaten op, terwijl voor begrip van preventiestrategieën Vlaanderen het hoogste scoort van de drie regio's, zij het nog steeds lager dan andere Westerse landen.

5. Aanbevelingen

Als eerste aanbeveling pleit ik voor de erkenning van de diversiteit van de doelgroep. De pers heeft niet veel geholpen bij de beeldvorming. Er is een gemiddeld oudere groep die veel risico's neemt, ook na seroconversie. Een andere subgroep raakt geïnfecteerd in de slaapkamer, of dat nu door losse contacten is of in een vaste relatie. Heel belangrijk is ook het levenspad van jonge holebi's vandaag, binnen een andere maatschappelijke en wettelijke context. Integratie is belangrijk maar ze moeten zich ook bewust zijn dat ze op het vlak van seksuele gezondheid niet zijn zoals de rest.

Hoewel EMIS toont dat het effect van de hiv-preventie in België niet slechter lijkt dan in andere landen, moet een aantal preventiestrategieën toch absoluut versterkt en uitgebreid worden. Dat betekent het behoud en de versterking van de huidige informatie en -richtlijn campagnes binnen een doelgroepenbeleid. Er moet ook meer aandacht gaan naar de mentale gezondheid van de gehele groep en specifiek naar die van hiv-positieven en de recent geïnfecteerde onder hen.

Wat hiv-tests betreft, blijft 'outreach' testen nodig, zoals in het project Testen op Locatie, evenals anoniem en laagdrempelig testen. Dat laatste is van belang voor jongeren die zich nog niet geout hebben of ouderen die zich zeer laat outen. Daarom is ook het sensibiliseren van huisartsen een vereiste. Wij bevelen ook combinatiepreventie aan, dat wil zeggen ingrijpen op de verschillende maatschappelijke niveaus tegelijk, met de verschillende preventiestrategieën die voorhanden zijn en waarvan de effectiviteit bekend is.

Een verwaarloosde doelgroep is die van de niet-Belgen, twee derde van wie Subsaharaanse migranten zijn. De prevalentie bij hen is onbekend. Uit onderzoek weten we echter dat het cliché dat ze allemaal zijn geïnfecteerd in hun thuisland, niet klopt. De kans dat ze hiv oplopen, is wel heel groot, omdat ze hier in dezelfde netwerken terechtkomen. Op het Instituut voor Tropische Geneeskunde loopt sinds 1996 het project HIV-SAM, dat gericht is op seksuele gezondheid en preventie van hiv bij Subsaharaanse migranten. De doelgroep blijkt zeer divers, de acties moeten dan ook 'community-based' zijn. Informatiecampagnes met tekst werken niet. Het project leert verder dat een veel grotere 'evidence base' nodig is voor deze groep. Bij de hiv-tests proberen we outreach en drempelverlaging.

Over het algemeen is meer coördinatie nodig, maar ik spreek mij niet uit over de manier waarop. Een hiv-commissaris is goed als hij geen extra niveau wordt, maar mensen structureel samenbrengt. Als hij louter een bijkomende persoon is die meepraat, zeggen wij nee. De coördinatie van de preventie moet niet alleen federaal aangepakt worden, maar er moet ook samengewerkt worden met de buurlanden en op Europees niveau.

Het onderzoek moet inzetten op vaccins en microbiocides, maar ook op de monitoring van seksueel gedrag en preventieactiviteiten. Gedrag(sverandering) documenteren is moeilijk maar mag niet opgegeven worden. Internationaal wordt erkend dat de grote uitdaging voor preventie is om aan te tonen wat werkt en wat niet.

III. UITEENZETTING DOOR DOKTER STEVEN CALLENS, AIDSREFERENTIECENTRUM UZ GENT

Ik ben clinicus maar ik heb ook in de volksgezondheid gewerkt aan de University of North Carolina, in Kinshasa en in België. Dat werk was gericht op hiv maar ook op vele andere infectieziekten.

1. Infectieziekte

Hiv is een infectieziekte, niet meer of minder. Elke infectieziekte lokt angst uit en antagonisme binnen de gemeenschap. Ook bij hiv zijn de maatschappelijke en persoonlijke gevolgen daarvan talrijk. Er zijn nog steeds mensen met enige autoriteit die van aids spreken als een soort rechtvaardigheid.

2. Definities, formules en modellen

Het getal R_0 drukt de reproductieve ratio uit, of hoeveel mensen één indexpersoon kan infecteren. Bij griep bedraagt R_0 ongeveer dertien. Gelukkig zijn besmette personen na drie tot vijf dagen zo ziek dat ze in bed belanden en de ziekte niet meer kunnen doorgeven. Bij hiv is het nadeel dat de latentietijd, waarbinnen de infectie kan doorgegeven worden, heel lang duurt: zeven tot tien jaar.

3. Is het onmogelijk om R_0 onder 1 te krijgen?

Preventie is heel belangrijk. In België, maar eigenlijk in heel de wereld, werden successen geboekt in het onder controle krijgen van de epidemie bij bepaalde risicogroepen. Met vrij eenvoudige maatregelen werd de transmissie bij mensen die intraveneus drugs gebruiken, zwangere vrouwen en hemofiliepatiënten, serieus ingedijkt. Waarom is het dan zo moeilijk bij seksuele contacten om R_0 onder 1 te krijgen, zodat de epidemie kleiner wordt?

De statistieken tonen dat iedereen graag aan seks doet, zo vaak mogelijk en met zoveel mogelijk mensen. Condooms zijn efficiënt maar niet perfect, omdat ze niet altijd gebruikt worden. Slechts 50 percent maakt er altijd gebruik van. Op dat vlak is meer coördinatie nodig. De cijfers van het WIV tonen dat begin tot midden jaren 90 de incidentie van nieuwe geregistreerde gevallen daalde. Verklaring is de combinatie van therapie, diagnose en primaire preventie door condoomgebruik, ook al werd toen nog niet het woord combinatiepreventie gebruikt.

Een nieuw RIZIV-rapport leert dat van de 5077 anonieme tests die een aantal jaar geleden met federaal geld werden uitgevoerd in Antwerpen, Brussel en Luik, er slechts 53 positief waren. Sommigen leiden hieruit af dat dergelijke tests inefficiënt zijn. Nochtans is de kans dat men in anonieme centra positief wordt bevonden vijf keer groter dan in het geheel van alle Belgische tests. Daar komt bij dat wie positief test in het eerste geval veel sneller naar een behandelingscentrum wordt gestuurd en minder hiv doorgeeft.

Zeer impressionante cijfers kwamen in 2010 uit Afrika, waar men tussen 300 en 500 discordante paren gedurende drie tot vier jaar volgde. Dankzij antroretrovirale therapie vond bij slechts één paar transmissie plaats. De andere hiv-infecties waren het gevolg van een buitenechtelijke relatie. Dit bewijst andermaal dat men niet één enkele preventiestrategie kan gebruiken bij iedereen.

Ik pleit daarom voor de coördinatie van wetenschappelijk onderzoek, preventie en therapie ('threeoneprincipe'). In het Nederlandse hiv-jaarrapport staan projecties, hoeveel patiënten in therapie zijn, schattingen en beleidsaanbevelingen. Dat is een wereld van verschil met het WIV-rapport. Dat huisartsen en specialisten hiv-tests afwijzen omdat iemand niet tot een risicogroep behoort, is vandaag niet meer aanvaardbaar. België haalt met het hoogste aantal tests van Europa – 600.000 – een heel lage opbrengst. Daar is met een aids- en hiv-plan verandering in te brengen.

De precieze aanpak, met of zonder commissaris, voor hiv apart of voor alle infectieziekten, maakt niet zoveel uit. Maar men moet wel alle niveaus, van patiëntengroepen tot wetenschappers, beter laten communiceren. Dat kan niet zonder coördinatie. Als de wetenschappelijke gegevens niet leiden tot betere identificatie van de risicopopulatie, zijn zij een maat voor niets.

Frankrijk stelde al een aidsplan op en sinds kort is op Europees niveau het European Centre of Disease Control actief. Maar als dat geen nationaal aanspreekpunt heeft, raken de veranderingen niet tot op het terrein. Een middenweg is mogelijk op voorwaarde dat men preventie en therapie horizontaal integreert, en wetenschap en interventie verticaal. Misschien kan dan net zoals in Nederland een totaal nieuwe werking voor infectieziekten ontstaan.

IV. VRAGEN VAN DE LEDEN

Mevrouw Irina De Knop: Resoluties van het Vlaams Parlement zijn bewust politieke vertalingen van maatschappelijke problemen. Uiteraard zijn de indieners geen deskundigen.

Het klopt dat de bevoegdheid gedeeld wordt met het federale niveau en dat er een gebrek is aan coördinatie. De staatshervorming zelf is echter geen aangelegenheid van deze commissie. Zij zoekt wel naar een zo doeltreffend mogelijke aanpak van het hiv-probleem binnen de bestaande staatsstructuur. Men mag zich niet verschuilen achter het feit dat Vlaanderen vooral bevoegd is voor preventie en minder voor curatie.

Professor Debyser argumenteerde dat ook voor andere aandoeningen zoals borstkanker een commissaris nodig is. Daar staat tegenover dat het hier gaat om een epidemie, waarvan de aanpak minstens een gecoördineerd plan vraagt. Kan de spreker verduidelijken waarom het zo slecht gesteld is in Vlaanderen met het hiv-onderzoek? Wat bedoelt hij met een langetermijnvisie? Waarom noemt hij sommige overwegingen tendentius?

De informatie van de heer Vanden Berghe was nieuw en zeer interessant. Bedoelt hij met coördinatie hetzelfde als het voorstel van resolutie of iets anders? Hoe ziet hij concreet het monitoronderzoek, dat ook in het voorstel van resolutie voorkomt? Heeft de minister gelijk dat dit zeer duur is? Is het hoe dan ook de moeite waard of niet?

Komt de inhoud van het aidsplan van dokter Callens overeen met wat in punt 1° van het voorstel staat? Zo neen, wat moet er nog aan toegevoegd worden? Vindt dokter Callens dat het stijgende aantal besmettingen sinds het midden van de jaren 90 het gevolg is van verslachte aandacht? Of bedoelt hij dat er nu op een andere manier aan preventie moet worden gedaan dan toen? Moeten aidsreferentiecentra voortaan preventie en behandeling kunnen combineren? Wat is daarvoor nodig?

De heer Jan Roegiers: Deze hoorzitting is een stap voorwaarts voor het Vlaams Parlement in zijn houding tegenover dit onderwerp. Klopt het dat Subsaharanen en MSM de moeilijkst bereikbare groepen zijn binnen de heterogene doelgroep van potentiële hiv-geïnfec-teerden? Is de samenstelling van de MSM-groep voldoende bekend? Gaat het om culturen waarin homoseksualiteit ontkend wordt en een verborgen moet beleefd worden, meer bepaald de islamwereld? Bestaan daarover cijfers? Hoe kunnen we die mensen bereiken?

Ondanks een aantal bewustmakingscampagnes de afgelopen jaren, leren de cijfers over hiv-besmetting dat het niet de goede kant opgaat. Moeten er meer campagnes komen of juist iets anders, omdat ze tot niets leiden?

Alle sprekers lijken een nationaal hiv-plan te onderschrijven. Wat de aanstelling van een commissaris betreft, wijs ik, afgezien van de woordkeuze, op de aandacht voor influenza, die juist de verdienste van een commissaris was. Betekent dit niet dat we ook voor hiv en aids iemand nodig hebben die constant op dezelfde spijker slaat?

Op wie slaan de percentages van positieve diagnoses in Vlaanderen en Brussel?

De heer Wim Vanden Berghe: EMIS was enkel gericht op MSM. De hogere aidsprevalentie is deels te wijten aan de instroom via sites die gericht zijn op seksdating, zoals GayRomeo. Het is niet mogelijk om een representatieve steekproef te nemen van de doelgroep, maar internet is de laatste tien jaar wel een goede manier gebleken om hen te bereiken.

De heer Jan Roegiers: De cijfers zijn toch wel treffend: één op elf in Vlaanderen, één op tien in Brussel.

Hoe wordt de categorie niet-Belgen precies gedefinieerd? Gebeurt dat door nationaliteit of oorsprong? Dat is belangrijk voor die moeilijk bereikbare groep.

Ik steun een nationaal aidsplan. Op geen enkele interministeriële conferentie Welzijn en Gezondheid is tot nu toe gesproken over hiv of aids.

Mevrouw Mieke Vogels: Het klopt dat er nooit een coördinatieplan op tafel heeft gelegen. Voor zover ik weet, is Europa wel bezig met een initiatief. Kunnen wij ons in dat perspectief inschrijven?

De heer Zeger Debyser: Een kritische houding is eigen aan de wetenschap. Met de meeste zaken die in het voorstel staan, ga ik trouwens volledig akkoord.

Overleg is altijd goed, maar ik wijs erop dat men niet voor niets heeft gekozen om de preventie regionaal te organiseren. Men moet bij de coördinatie vanuit de eigenheid van de aantoonbare verschillende regio's vertrekken in de plaats van een bijkomend niveau te creëren. Dat Vlaamse meisjes tegen het HPV worden gevaccineerd, is te danken aan die regionalisering. Hadden wij moeten wachten op een federale commissaris? Efficiënte uitvoering in het belang van de patiënt en de risicogroepen moet altijd het doel zijn.

Als de indieners met hun commissaris eigenlijk een confederaal overlegorgaan tussen regionale instanties bedoelen, hebben ze mijn steun. De ervaring met influenza leert trouwens dat een aanpak via een commissariaat niet goed werkt, noch hier, noch in de rest van de wereld, wat door de Wereldgezondheidsorganisatie zelf wordt toegegeven.

Ook de aidsreferentielaboratoria en -centra verkiezen overleg boven een commissaris. Ze startten ondertussen zelf het initiatief BREACH, waarin het overleg gaat over diagnose en behandeling, maar ze willen dat eventueel uitbreiden tot preventie. Epidemieën doen zich niet alleen voor bij infectieziekten. Voor elke belangrijke ziekte een commissaris aanstellen, zou tot onwenselijke inflatie en competitie leiden.

Onderzoek mag niet in een bepaalde richting gestuurd worden. Onderzoek naar vaccins en microbiocides verdient steun, maar ook het onderzoek naar de behandeling van hiv of het fundamentele onderzoek. De politiek moet zich afhouden van die sturing, laat de experts zelf bepalen wat nodig is. Kwaliteit moet domineren.

Er is absoluut meer financiering nodig, in het bijzonder voor de basissystemen van het onderzoek. Politici hebben immers de laatste jaren vooral sectorale initiatieven gesteund, omdat ze die vervolgens konden claimen. De wetenschappers vragen echter geen oprichting van nieuwe, specifieke instituten of centra maar een versterking van het bestaande FWO en IWT, en van de basisfinanciering van de universiteiten. Ook het rapport-Soete stelt voor die versnippering aan te pakken, maar de politiek gaat daar niet op in en bespaart integendeel op de basisfinanciering.

Het is goed dat meerdere mensen als Marleen Temmerman of Peter Piot aandacht komen vragen voor een probleem. Hang dat niet op aan één commissaris zoals bij influenza. Dat verdient geen navolging.

De heer Wim Vanden Berghe: Het onderzoek van hiv-gedrag wordt niet structureel ondersteund en is volledig afhankelijk van individuen en projecten. De eerste monitor heb ik op eigen initiatief gekopieerd uit Nederland, en in het kader van een FWO-project aangepast aan de Vlaamse context.

Ook mij kan de vorm van de coördinatie op zich weinig schelen, zolang hij echt overleg vergemakkelijkt, en onderzoek aan zorg en preventie koppelt.

Seksueel gedrag kan gemonitord worden. In Nederland bestaat de Schorer Monitor voor MSM, onder voogdijchap van de universiteit van Maastricht. Die online monitor wordt deels door het instituut en deels met privé-geld bekostigd. Schorer baseert zijn preventie-activiteiten op het jaarlijkse rapport. De opbouw van een dergelijke website vraagt een financiële injectie, maar de opvolging is absoluut niet duur. Men kan ook binnen een aidsreferentiecentrum een cohorte afbakenen, waarvoor zowel gedrag, preventie als medische behandeling worden opgevolgd. In Amsterdam gebeurt dat al jaren. Zo ontdekt men trends.

Monitoren van preventieactiviteiten is iets anders. Het betreft de evaluatie van het preventieproces en de voorhanden preventie-instrumenten, aan de hand van vooropgestelde indicatoren van de gewenste doelen.

Mevrouw Irina De Knop: Welke keuze maakt u of moet men voor een goed beleid alles tegelijk monitoren?

De heer Wim Vanden Berghe: Voor MSM was het oorspronkelijke idee een gedragsmonitor. Het klopt dat op Europees vlak veel gebeurt, ook op het vlak van onderzoek. EMIS is daarvan een voorbeeld. Ons instituut stapte ondertussen ook in een Europees project over de hiv-prevalentie in de belangrijkste Europese steden. De opsomming van al die vormen van monitoring, waaraan Vlaanderen deelneemt, wekt ten onrechte de indruk dat hier iets als structurele monitoring bestaat. Dat is namelijk niet het geval.

De praktijk hangt te veel af van toevallige factoren. De structurele inbedding is het belangrijkste wat hier ontbreekt. Als sociale wetenschapper zou ik zelf kiezen voor de gedragsmonitor, omdat men daarmee kan loskomen van de casuïstiek van de zorg. Maar ook de andere opties zijn logisch.

De epidemie doet zich vooral voor bij MSM. Maar dat begrip is vaag, ook in het onderzoek. Het is moeilijk te zeggen welke mannen daaronder vallen buiten degenen die zichzelf als zodanig identificeren. Twee derde van de niet-Belgen zijn migranten uit het gigantische Subsaharaanse Afrika. Zij vormen geen groep, want sommigen verbinden zich hier op basis van etnische achtergrond, terwijl anderen nationaliteit belangrijk vinden. Dat maakt hen moeilijk te bereiken. Dat geldt ook voor de groep van mannen binnen MSM met een vage seksualiteit.

De heer Jan Roegiers: Is het niet absoluut nodig dat daar onderzoek naar verricht wordt? Na jaren is de omschrijving van MSM nog altijd vaag.

De heer Wim Vanden Berghe: We weten wel heel veel over de groep daarbinnen die zich identificeert en op onderzoek reageert. Door dat groepsbewustzijn zijn zij heel vatbaar voor gerichte preventie.

Ongeveer een kwart van de niet-Belgen is een groep van Europese migranten. Van een groeiende groep is de nationaliteit niet bekend.

Van de campagnes is in elk geval ‘Eerst blabla, dan boemboem’ in het collectieve geheugen blijven hangen, zelfs bij homomannen. Zij die zich niet identificeren en niet online actief zijn worden daarbuiten weinig geïnformeerd over bepaalde zaken. Online informatie is ook niet altijd betrouwbaar. Campagnes kunnen nuttig zijn, maar er moet eerst heel goed over nagedacht worden. Men kan ook een algemene campagne ontwikkelen met verschillende takken per doelgroep.

Wat Europa betreft, is het belangrijk dat Vlaanderen blijft instappen in projecten. Naast fundamenteel wetenschappelijk onderzoek is ook onderzoek naar preventie en interventie valabel.

De heer Jan Roegiers: Welk percentage van de MSM voelt zich niet aangesproken door enige campagne?

De heer Wim Vanden Berghe: Dat is niet bekend.

Dokter Steven Callens: De epidemieën in Europa verschillen van land tot land. De coördinatie gebeurt door de Europees Centrum voor Ziektepreventie en -Bestrijding. Een nationaal aidsplan heeft concrete doelstellingen nodig, waarin staat met hoeveel procent men het aantal infecties wil verminderen tegen welk jaar.

De griepcommissaris heeft voor de pandemie een plan uitgewerkt voor de vogelgriep. Zijn dagelijkse verschijning in de media is aan hun sensatiezucht te danken. In België waren zonder hem taferelen als in Haïti mogelijk geweest. Misschien niet zo dramatisch, maar men heeft wel één kapitein nodig die alle beleidsniveaus kan stroomlijnen.

Dat BREACH moet deelnemen is een conditio sine qua non. Het initiatief moet het tot nu toe stellen met 250.000 euro van de Koning Boudewijnstichting. De economische realiteit van een vrij zeldzame infectieziekte – in België worden 10.000 gevallen gevolgd – is dat men des te meer moet investeren om een bijkomend geval te vermijden. Goed gebruik van geld veronderstelt coördinatie.

Fundamenteel wetenschappelijk onderzoek moet men los zien van de bestrijding van hiv omdat het van een andere rangorde is. Dat er virologisch onderzoek moet gebeuren, is zeker. Onderzoek naar gedrag, interventie, therapie en preventie daarentegen kan men niet los van bestrijding zien. Ik ben ervan overtuigd dat daar meer geld voor nodig is.

België is wel degelijk een voorloper op het vlak van middelen tegen hiv en bijvoorbeeld ook tuberculose, maar niet bij de planning van aidsbestrijding. Midden de jaren tachtig zou een plan zijn verschenen in het Tijdschrift voor Geneeskunde. Dat komt omdat de ene persoon die zich daarmee bezighoudt, ontbreekt, een technicus die de verschillende niveaus kan verzamelen en voor concrete doelstellingen zorgt.

Wat de risicogroepen betreft, is nog onderzoek nodig maar ook monitoring en evaluatie. De vragen daarbij zijn: hoeveel nieuwe gevallen zijn er? Hoeveel worden er behandeld? Hoeveel zijn er goed behandeld? Hoeveel hebben een onderdrukte virale lading? Vermindert de incidentie? Kunnen we de verschillende risicogroepen inkleuren? Welke definitie en denominator moeten we gebruiken voor MSM? Die informatie is nodig om indicatoren te kunnen definiëren waarmee men de resultaten van de anonieme testcentra kan beoordelen. Maar daar bestaan nu, bij afwezigheid van een kapitein, geen afspraken over.

V. UITEENZETTING DOOR DE HEER CHRIS LAMBRECHTS, DIRECTEUR VAN SENSOA

1. Zes actieterreinen voor 2011-2015

Ik ben ondertussen 25 jaar bezig met hiv-preventie in Vlaanderen. Als partnerorganisatie krijgt Sensoa van de Vlaamse overheid elk jaar 2,3 miljoen euro. In ons beleidsplan 2011-2015 zitten onder meer de volgende actieterreinen: het brede publiek informeren, de relationele en seksuele vorming van jongeren bevorderen, de impact van soa en hiv op de seksuele gezondheid van homomannen beperken, en de integratie van mensen met hiv bevorderen. Daaraan werkt een 50-tal mensen (40 vte). Omdat de gedeeltelijke indexering van onze subsidie niet de stijging van de loonkosten dekt, hebben wij dit jaar tien percent op ons personeel moeten besparen.

2. Jongeren

De helft van ons budget gaat naar activiteiten die gericht zijn op jongeren. Onze benadering van seksuele gezondheid is integraal. Een goede relationele en seksuele vorming voor iedere jongere in Vlaanderen is in 2010 nog altijd geen evidentie. Toch is dat de beste investering in seksuele gezondheid en in de voorkoming van de overdracht van soa en hiv, ongewenste zwangerschappen en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Naar de interactieve tentoonstelling die wij met het oog daarop bijvoorbeeld ontwikkelden, komen zelfs de Chinezen kijken.

3. Mensen met hiv

Voor mensen met hiv organiseren wij lotgenotencontact en een meldpunt voor discriminatie, in samenwerking met het Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding. Wij werken ook aan positieve preventie voor deze groep.

4. Acties gericht op MSM in 2009-2010

Op MSM, bij wie de stijging al enkele jaren het meest zichtbaar is, zetten wij een kwart van onze middelen in. Wij ontwikkelden affiches, folders, en een speciale lijst voor wisselende posters, die met de post worden verzonden. Sinds tien jaar vinden wij geen vrijwilligers voor werk op het terrein meer. Die belangstelling is immers sterk gedaald sinds de grondige verbetering van de medicatie.

Vorig jaar werden zes campagnes opgezet over zeer uiteenlopende thema's waaronder tests en vroeginfectie. In de eerste weken is men immers 30 tot 50 keer besmettelijker.

Per jaar levert Sensoa bijna 100.000 condooms en 100.000 zakjes glijmiddel aan de homo-horeca, die ze gratis kan verspreiden. Het levert dat aan kostprijs. In tien jaar tijd is het centrum erin geslaagd om de prijs tot een tiende van de oorspronkelijke som te reduceren. Samen met Çavaria en Wel Jong Niet Hetero organiseerde Sensoa een TAKE CARE-week. Dit jaar heeft Sensoa de middelen bijeengebracht voor de grootste sensibilisatie-campagne voor homomannen ooit. Er was zelfs een spotje op de televisie dat door de beperkte middelen en mede dankzij de Humanitaire Commissie van de VRT, vijf keer uitgezonden is. Ondanks dat het centrum tien percent moest besparen op personeelskosten heeft het toch een voltijdse en een halftijdse preventiewerker aangesteld om de leemte die het wegvallen van de vrijwilligers gelaten heeft, te vullen.

5. Safe Sex Zone en mannenseks.be

De website Mannenseks van Sensoa trekt tussen de 500 en de 700 bezoekers per dag, wat zeer veel is voor een relatief beperkte doelgroep. Safe Sex Zone is een samenwerkingsproject met vijftig homozaken waarvan twintig sekslocaties. De participatiegraad van de homozaken is 90 percent, wat zeer hoog is, maar de implementatiegraad laat te wensen

over. Met de gratis condooms en het glijmiddel wordt te zuinig omgesprongen. De condoomautomaten worden niet tijdig bijgevuld.

6. De juiste toon van een preventiecampagne

Bij de preventieactiviteiten komt het erop aan de juiste toon te vinden. Straffe taal als 'aids is a weapon of mass destruction', maakt van hiv een groot probleem maar van mensen met hiv potentiële moordenaars. Horeca en andere vragen continu naar confronterende acties, maar die hebben slechts een beperkte impact. Een drietal maand werken ze confronterend, dan negeert men ze. Een andere fout is een te zachte boodschap. Affiches met bloemetjes, bijtjes en condooms pakken niet bij homo's. Er moet minstens een beetje bloot op te zien zijn.

Sensoa brengt best een harde boodschap in de zin dat het de waarheid brengt. Dat is bijvoorbeeld tot voor kort niet het geval in Wallonië, waar op persconferenties niet benadrukt wordt dat hiv vooral een probleem is bij homomannen. De middelen zijn beperkt, dus moet de preventie gericht worden ingezet. Sensoa geeft de cijfers, definieert de risico's precies en spoort aan om daarnaar te handelen. Het baseert zich op internationale goede praktijken en onderzoek.

De aanpak brengt de ervaringen van homomannen voor het voetlicht. Een goede campagne bekrachtigt het gewenste gedrag. Een groot deel van de doelgroep houdt zich daar immers aan, hoewel dat niet altijd gemakkelijk is. Sensoa brengt sekspositieve boodschappen en spoort aan tot verantwoordelijk gedrag. Momenteel loopt er opnieuw een wervingscampagne voor vrijwilligers. Op die manier hoopt Sensoa zijn terreinwerking te versterken.

7. Een campagne maakt de preventie niet

Een campagne heeft zin, maar verandert het gedrag niet substantieel. Het is slechts een onderdeel van preventie. Een campagne informeert, sensibiliseert en ondersteunt bepaalde gedragingen. Een campagne zorgt er niet voor dat mensen ineens veilig gaan vrijen als ze niet over de juiste onderhandelingsvaardigheden beschikken, als ze drugs hebben genomen of als ze depressief zijn. De impact van campagnes is beperkt, preventie is veel ruimer. (Combinatie)preventie omvat heel wat aspecten. Doel is mensen te stimuleren om gezonde keuzes te maken. Ze zullen dat doen naarmate die meer vanzelfsprekend zijn. Een veilige infrastructuur waar condooms en glijmiddel voor het grijpen liggen, kan dat bevorderen. Vaardigheden bijbrengen lukt vooral als mensen jong zijn. Een goede relationele en seksuele vorming is daarbij cruciaal. Dat zorgt ervoor dat mensen met elkaar durven te spreken. Ook over seksualiteit. Een goede preventie omvat ook een tijdige diagnose en behandeling van infecties. Striktere maatregelen zijn in dit geval niet toepasbaar. Mensen dragen een gordel omdat het verplicht is, omdat er een boete op staat en vanwege de pak-kans. Dat is niet mogelijk bij seksueel gedrag.

8. Factoren die voor veel hiv en soa zorgen

Er zijn enkele factoren die de overdracht van hiv bevorderen. Zo is anale seks 100 keer effectiever voor virusoverdracht dan vaginale seks. De homogroep heeft daarenboven veel meer wisselende contacten dan de doorsnee heterogene groep. Dat komt onder meer omdat het aantal alleenstaanden bij homomannen drie keer hoger ligt. Homoseksuele relaties hebben een meer open karakter omdat het relaties tussen mannen zijn. Het voorkomen van wisselende contacten heeft biologische, sociologische en antropologische verklaringen. De seksuele activiteit bij de koppels ligt hoog. De mobiliteit van de doelgroep is groot. De infrastructuur voor seksuele recreatie is sterk uitgebouwd en vormt een onderdeel van de geseksualiseerde homocultuur. De functie van de homohoreca is het samenbrengen van mensen, voor vriendschap maar ook voor seks. De psychosociale factoren zoals druggebruik en depressies, hebben eveneens een invloed. De vele anonieme seksuele

contacten bevorderen geen seksuele etiquette: respectvol met elkaar omgaan, goed voor elkaar zorgen, geen seks bij soa's. Eén op vijf homomannen heeft grote problemen met condoomgebruik. Daar is nog te weinig onderzoek naar. Behalve die 20 percent met grote problemen, heeft 50 percent problemen met condoomgebruik in specifieke omstandigheden, bijvoorbeeld in een vaste relatie waar het een teken van wantrouwen is. Ook de internetcontactmogelijkheden zijn verantwoordelijk voor een toename van de infecties, maar er zijn ook gewoon meer hiv en soa.

9. Voorstellen voor betere preventie

Sensoa beveelt aan om nog meer informerende en sensibiliserende campagnes te voeren. De relationele en seksuele vorming op school is nog altijd voor verbetering vatbaar. Daarnaast zijn ook gedragsondersteunende interventies op het internet nodig. Dat kost veel geld. Meer mediabudget is nodig. In sommige gevallen is seksuele gedragstherapie en 'counseling' nodig. Voorts moeten er meer testfaciliteiten met een lage drempel komen. Structurele interventies, maar ook meer gratis condooms en glijmiddel zijn heel welkom. Een jaarlijks budget van 50.000 euro volstaat voor dit laatste. Interventies die mensen aansporen om hun partners op de hoogte te brengen zijn zeer welkom, maar dergelijke interventies ontwikkelen is heel arbeidsintensief.

Een volgehouden en intensievere algemene inspanning zou welkom zijn. De Belgische middelen voor aidspreventie zijn ongeveer de helft van de Nederlandse en de Franse. Duitsland staat min of meer op hetzelfde niveau, het Verenigd Koninkrijk presteert aanzienlijk beter. En dat is dan nog een vertekend beeld want in die landen zijn de aanzienlijke preventie-investeringen van het lokale niveau nog niet in rekening gebracht. In de Belgische middelen is het volledige budget van Sensoa inbegrepen terwijl de helft ervan naar relationele en seksuele vorming voor jongeren gaat. Als alle vergelijkbare investeringen in de buurlanden erbij gerekend worden, wordt de kloof vijf tot zes keer zo groot. De uitdagingen zijn verdubbeld en het Belgische budget blijft al jaren hetzelfde.

In Nederland wordt er al sinds tien jaar jaarlijks 850.000 euro geïnvesteerd in een media-campagne over hiv en soa. De laatste campagne van Sensoa had slechts een budget van 50.000 euro. In het buitenland kost een offerte zoveel. In Frankrijk wordt de preventie-inspanning verhoogd van 35 naar 200 miljoen euro per jaar voor een periode van vijf jaar. Zelfs proportioneel is dat een veelvoud van de Vlaamse inspanningen.

Sensoa engageert zich om de preventie te verbeteren. Om het aantal acties te verhogen, zijn er meer middelen nodig. Het kan niet dat bepaalde groepen zoals mensen met hiv verwaarloosd worden. De uitdagingen zijn bijzonder groot, er moeten meer middelen komen.

VI. UITEENZETTING DOOR DE HEER YVES AERTS, ALGEMEEN COÖRDINATOR ÇAVARIA

Ik pleit voor een omvattend welzijns- en gezondheidsbeleid. Dat ontbreekt momenteel en is een noodzakelijke basis voor goede preventie.

1. Wat doet Çavaria?

Çavaria is een koepelvereniging van meer dan 110 holebi- en transgendergroepen in Vlaanderen. Ze krijgt geld van de Vlaamse overheid omdat ze erkend is als sociaal-culturele vereniging. Ad nominatim krijgt de vereniging geld van de minister van Gelijke Kansen. Over dat budget wordt jaarlijks onderhandeld, het is trouwens op twee jaar tijd gedaald met 40.000 euro. Dat betekent één op twaalf voltijdse arbeidskracht minder. Volgend jaar krijgt Çavaria ook geld van Onderwijs. Het treft vooral dat Çavaria geen geld krijgt van het beleidsdomein Welzijn en Gezondheid, terwijl de vereniging echt op die domeinen moet kunnen inzetten. Het beleidsplan 2011-2015 vermeldt Welzijn immers als prioriteit.

2. Welzijn en Gezondheid?

Holebi's mogen huwen, kinderen krijgen en er is een antidiscriminatiewet. De politiek loopt voor een keertje voor op de samenleving. Maar het is niet omdat er wetten zijn dat de doorsnee Belg de homo, lesbienne, bi- of transeksueel anders bekijkt of benadert. Dat zorgt voor grote uitdagingen, vooral voor welzijns- en gezondheidsthema's. Het Vlaamse regeerakkoord bevat nochtans voor het eerst een paragraaf waarin extra inspanningen aangekondigd worden voor holebi's en transgenders in drie domeinen: Welzijn, Gezondheid en Onderwijs. Helaas blijkt dat niet in de beleidsnota's. Daarom heeft Çavaria Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, de heer Jo Vandeurzen in 2009 genomineerd voor de Fobieprijs. Ook in het recente beleidsplan Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen worden de holebi's en transgenders correct als een risicogroep voor zelfmoord betiteld. Maar de acties zijn daar niet aan aangepast.

3. Hiv bij MSM

25 jaar geleden was er voor het eerst sprake van aids. Tussen 1985 tot 1995 was de homobeweging daardoor in shock. Gelukkig zijn er toen initiatieven voor zorg en preventie gestart. Halfweg de jaren negentig, toen er een therapie kwam en het aantal nieuwe besmettingen daalde, daalde de aandacht voor het probleem, ook in de homobeweging trouwens. Vanaf de laatste vijf jaar stijgen de besmettingen, met zelfs dramatische stijgingen in 2009, maar dat veroorzaakt jammer genoeg geen shock. Als homomannen zich ervan bewust zouden zijn dat het even erg is als in de helft van de jaren 80, zou er misschien meer gereageerd worden. Elke nieuwe besmetting is een drama, ook al zijn er medicijnen en is de ziekte niet altijd dodelijk meer.

Vervelend is dat niet duidelijk is tot welke homogroep de nieuw besmetten horen. Gaat het om jonge jongens die bij een eerste contact naïef vrijen zonder condoom? Of zijn het mensen met een vaste relatie die erop rekenen dat hun partner een condoom gebruikt als hij met een ander naar bed gaat? Of zijn het vooral mannen die hun gading zoeken in de sekshoreca? Misschien zijn er gewoon meer besmettingen in alle doelgroepen. Om efficiënt in te grijpen, is enig onderzoek daarnaar zinvol.

4. Opdracht van de holebibeweging

De holebibeweging heeft daar zeker een rol in te spelen. Ze mag niet bang zijn voor stigmatisering. Hiv is een homoziëkte want 80 percent van de mannen doet de besmetting op door seks te hebben met een man. Het is de verdienste van Marie Laga dat ze de homobeweging wakker geschud heeft. De beweging wil meer doen en zich het thema eigen maken. De voorbije twee, drie jaar heeft Çavaria wel degelijk ingezet op welzijns- en gezondheidsthema's ook als ze daar niet voor gesubsidieerd wordt. Ze heeft keuzes gemaakt. Het thema voor de Prideparade was in 2009 'Eén op drie homomannen weet niet dat hij besmet is'. Ook in de reguliere werking en in de vorming wordt hiv een belangrijk onderwerp.

Nog belangrijker is dat Çavaria alle betrokkenen laat samenwerken. Het Instituut voor Tropische Geneeskunde, Sensoa en Çavaria stemmen hun werking op elkaar af. De enige die niet voor overleg openstaat, is de overheid. Sensoa houdt zich bezig met relationele en seksuele vaardigheden op school, maar bereikt zeker niet elke leerling of elke leerkracht. Lessen over veilig vrijen worden nog te veel beperkt tot zwangerschapspreventie. Jongens moeten ook leren dat vrijen met een man specifieke risico's inhoudt en dat condooms veilig vrijen verzekeren. Dat gebeurt te weinig en dat is niet afhankelijk van het onderwijsnet maar van de school of van de leerkracht.

5. Omvattend welzijns- en gezondheidsbeleid

Uit buitenlandse onderzoeken blijkt ruwweg dat holebi's meer roken, meer drinken, meer drugs gebruiken, meer intrafamiliaal geweld kennen en hoge suïciderisico's lopen. In Vlaanderen is er te weinig onderzoek. Gelukkig loopt momenteel opnieuw een Zzzip-enquête. Ongeveer 25 percent van de lesbische meisjes onderneemt een zelfmoordpoging. Bij transgenders loopt dat percentage op tot 50 percent. In 2011 zal de Vlaamse overheid een nieuw suïcideplan schrijven. Het zou efficiënt zijn voornoemde doelgroep te benoemen en specifieke acties ervoor uit te werken.

Holebi's en transgenders zijn een te vaak vergeten doelgroep die nochtans heel wat specifieke gezondheidsrisico's lopen. Het psychische welbevinden is meestal ook lager, onder andere omdat er meer alleenstaanden zijn. Een lager psychisch welbevinden zorgt voor een verhoogde kans op risicogedrag: meer roken, meer drinken, meer onveilig vrijen. Een laag zelfbeeld zorgt er ook voor dat mensen minder zorg dragen voor zichzelf. Sommigen denken zich geliefder of populairder te maken door risicogedrag te vertonen. Dat zijn allemaal aspecten die deel kunnen uitmaken van een omvattend preventiebeleid.

6. Voorstel van resolutie

Het voorstel van resolutie heeft het nog maar eens over een betere coördinatie. Het doet er eigenlijk niet toe wie er coördineert, als het maar gebeurt. Als er zelfs geen Vlaams aidsplan bestaat, gaat het niet op de federale overheid te wijzen op het ontbreken ervan. De gezondheidsdoelstellingen zijn goed omschreven en het is fantastisch dat eindelijk de risicogroep van de MSM benoemd wordt. Het enige wat ontbreekt, is een omvattend welzijns- en gezondheidsbeleid. Daar kan de Vlaamse overheid zelf wel iets aan doen.

VII. VRAGEN VAN DE LEDEN

Mevrouw Irina De Knop: In de afgelopen tien jaar is het budget gelijk gebleven maar zijn de uitdagingen verdubbeld. Een vierde van het budget van Sensoa gaat naar initiatieven voor homomannen. Is dat budget voldoende? Kan de organisatie met dat budget de klemtonen nog anders leggen? Kan Sensoa voldoende veldwerk uitvoeren?

De heer Aerts pleit terecht voor een omvattend welzijns- en gezondheidsbeleid, maar ook het onderwijs heeft een rol te spelen. Die aspecten ontbreken in het voorstel van resolutie. De indieners pleiten voor een Vlaamse gezondheidsdoelstelling. Heeft zo'n doelstelling nut, ook als er een nationaal plan komt?

De heer Jan Roegiers: De betogen van Çavaria en Sensoa waren hard maar duidelijk. Dat is trouwens de taak van belangenorganisaties. Alle democratische partijen hebben de afgelopen tien jaar het beleid gestuurd en zijn dus mee verantwoordelijk. In zijn antwoord op een actuele vraag op Wereldaidsdag heeft minister Vandeurzen alvast duidelijke taal gesproken (*Hand. VI. Parl. 2010-11, nr. 12*). Ik hoop dat er een voorstel van resolutie door allen goedgekeurd wordt dat de basis vormt voor een beter Vlaams hiv- en aidsbeleid. Ook overleg met de andere beleidsniveaus is noodzakelijk. Ik onthoud in elk geval dat er meer geld nodig is maar ook een plan.

Mevrouw Mieke Vogels: Het is nu aan de indieners om na te gaan hoe ze hun voorstel aan de opmerkingen kunnen aanpassen. Duidelijk is in ieder geval dat momenteel elke 'sense of urgency' ontbreekt, zowel bij de bevolking als bij het beleid. Nochtans zijn de cijfers onrustwekkend. Hoe doordring je iedereen van een gevoel dat ingrijpen dringend wordt? Een aidscommissaris zal pas aangesteld worden als er een vorm van paniek ontstaat. Dat was ook het geval bij de griepcommissaris. Misschien is een gezondheidsdoelstelling realistischer. Daarin worden immers concrete doelen bepaald. De weg daarheen wordt dan vertaald in een plan, waaraan middelen verbonden zijn. Er zijn al zes gezondheidsdoelstel-

lingen en te veel doelstellingen zou het instrument uithollen. De commissie kan daar best eens met de minister van gedachten over wisselen.

De heer Chris Lambrechts: In het nieuwe convenant vraagt de minister aan Sensoa om de anderhalve veldwerker aan te houden, maar toch te besparen op personeelskosten. Dat heeft tot gevolg dat we andere activiteiten er niet kunnen bijnemen. Een van de taken van Sensoa is de preventie van seksueel grensoverschrijdend gedrag. De vereniging heeft voor seksueel grensoverschrijdend gedrag bij jongeren een vlaggensysteem uitgewerkt, maar kan niet ingaan op vragen van de welzijnssector of de sportverenigingen om daar bij hen mee aan de slag te gaan. Sensoa boekt gelijkaardige resultaten als andere preventieorganen in het buitenland maar tegen slechts een fractie van de middelen. Dat bewijst dat Sensoa de middelen efficiënt inzet. Om bijkomende activiteiten te ontplooiën heeft het dus echt bijkomende middelen nodig.

Het veldwerk, de aanwezigheid van Sensoa bij activiteiten of in homomilieus, is belangrijk. Ik hoop dat we er vrijwilligers voor vinden, anders wordt het een zeer dure zaak. De meeste activiteiten beginnen om middernacht. Maar de homomannen zoeken nu vooral contacten via het internet. De preventiemiddelen daarvoor moeten nog ontwikkeld worden. Dat is intensief en duur werk, dat misschien beter op Europees niveau aangepakt wordt.

Sensoa heeft een goede relatie met het kabinet-Vandeuren. De minister steunt de koepelvereniging, maar de middelen volstaan niet. De sense of urgency zal zo snel niet terugkeren. Homomannen waren in de jaren tachtig niet gemotiveerd maar getraumatiseerd. Ze vreeën niet alleen veilig, heel wat MSM hadden geen anale seks of zelfs geen seks meer. Nu die angst weg is, is motiveren veel minder gemakkelijk. Ondertussen zijn de grenzen van de traditionele preventie stilaan bereikt. Minister Muylers heeft het gehad over de brochures 'Hiv op de werkvloer'. Discriminatie van mensen met hiv aanpakken, blijft fundamenteel en bevordert de preventie.

De heer Yves Aerts: Aids is een chronische ziekte geworden. Seropositiviteit is onzichtbaar geworden. Niemand durft ervoor uit te komen. Zoals het voorheen moeilijk was te zeggen dat je homo of lesbisch was, is het nu moeilijk te zeggen dat je seropositief bent. Solidariteitscampagnes kunnen daar iets aan veranderen. Ook mag de homobeweging zelf niet stigmatiseren of discrimineren. Als iemand op een datingsite toegeeft seropositief te zijn, vindt hij geen (seks)partner meer. Het zal niet gemakkelijk zijn om mensen te vinden die zich outen als seropositief. Zij maken immers meer kans om ontslagen te worden, om gedumpt te worden door hun partner. Het stigma is groot, dat zal niet gemakkelijk veranderen. De sense of urgency kan alleen ontstaan als mensen die seropositief zijn, er openlijk durven voor uitkomen.

Concrete doelstellingen zijn positief, maar de eerstvolgende jaren zullen de cijfers niet dalen. Een kleine groep die besmet is en zich nog gezond voelt, blijft onbeschermd seks hebben, waardoor nieuwe besmettingen onvermijdelijk zijn. Dat zal niet snel veranderen. Maar dat betekent niet dat er geen doelen kunnen gesteld worden.

Minister Vandeuren opperde onlangs het idee van holebigezondheidscentra. Nu worden seropositieven enkel begeleid door artsen, maar ze hebben ook een psychische begeleiding nodig. Het zou al een enorme vooruitgang zijn als er in de hiv-centra en de aidsreferentiecentra ook welzijnswerkers komen. In Nederland en andere Europese landen hebben ze hun nut al bewezen.

De heer Steven Callens: Dankzij hiv ontstaat er op wereldniveau stilaan een definitie van 'global health'. Om vooruitgang te boeken, moeten de doelstellingen in een aidsplan duidelijk gesteld zijn en geïntegreerd kunnen worden in een omvattend gezondheidsplan. Elke hiv-patiënt gebruikt per maand voor 1000 euro aan medicijnen. Per besmetting die verme-

den wordt, komt er dus 1000 euro per maand vrij. Een daling van 10 percent betekent dus een budget van 100.000 euro per maand. Om die redenen is een omvattend plan nodig. Wat bespaard wordt op behandeling, moet terugvloeien naar preventie.

Tom DEHAENE,
voorzitter

Vera JANS
John CROMBEZ
Mia DE VITS,
verslaggevers

Gebruikte afkortingen

aids	acquired immuno deficiency syndrome
BREACH	Belgian aids and hiv research consortium
EMIS	The European MSM Internet Survey
FWO	Fonds Wetenschappelijk Onderzoek – Vlaanderen
hiv	human immunodeficiency virus
holebi	homoseksueel, lesbisch en biseksueel
HPV	humaan papillomavirus
IWT	Agentschap voor Innovatie door Wetenschap en Technologie
K.U.Leuven	Katholieke Universiteit Leuven
MSM	mannen die seks hebben met mannen
PrEP	pre-exposure prophylaxis
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
soa	seksueel overdraagbare aandoening
UZ Gent	Universitair Ziekenhuis Gent
vte	voltijdsequivalent
WIV	Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid