

**Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

**Evaluatie van de werking met betrekking tot hiv-preventie  
en bevordering van de seksuele gezondheid  
bij sub-Saharaanse Afrikaanse migranten in Vlaanderen**

Leen De Kort  
Prof. dr. Kristien Michielsen  
Dr. Caroline Masquillier  
Prof. dr. Edwin Wouters



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven  
Tel 0032 16 37 34 32

E-mail: [swvg@kuleuven.be](mailto:swvg@kuleuven.be)

Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2019/15

SWVG-Rapport 31

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Evaluatie van de werking met betrekking tot hiv-preventie en bevordering van de seksuele gezondheid bij sub-Saharaanse Afrikaanse migranten in Vlaanderen

Promotoren: Prof. dr. Kristien Michiels<sup>1</sup>, Dr. Caroline Masquillier<sup>2</sup>, Prof. dr. Edwin Wouters<sup>2</sup>

Onderzoekers: Leen De Kort<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> UGent

<sup>2</sup> UAntwerpen

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid, programma 'Steunpunten voor Beleidsrelevant Onderzoek'. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. Het Vlaams Gewest kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



#### Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur</i>	
<b>KU Leuven</b>	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Chantal Van Audenhove Prof. dr. Anja Declercq
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Johan Put
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid	
· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Erik Schokkaert
<b>UGent</b>	
· Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie	Prof. dr. Paul Gemmel
· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën	Prof. dr. Joris Voets
· Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg	Prof. dr. An De Sutter
<b>Vrije Universiteit Brussel</b>	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
<b>Universiteit Antwerpen</b>	
· Centrum OASeS, Departement Sociologie	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
<b>Universiteit Hasselt</b>	
· Centrum voor Statistiek	
<b>Thomas More Hogeschool</b>	
· Opleiding Toegepaste Psychologie	Dr. Peter De Graef
<b>Arteveldehogeschool</b>	
· Dienst onderzoek en dienstverlening	
<b>Hogeschool Gent</b>	
· Faculteit Mens en Welzijn	
<b>UC Leuven-Limburg</b>	
· Groep Gezondheid en Welzijn	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG Administratieve ondersteuning	Dr. Kathleen De Cuyper Manuela Schröder Lut Van Hoof

## Rapport 31

December 2019

### Evaluatie van de werking met betrekking tot hiv-preventie en bevordering van de seksuele gezondheid bij sub-Saharaanse Afrikaanse migranten in Vlaanderen

Onderzoeker: Leen De Kort<sup>1,2</sup>

Promotoren: Prof. dr. Kristien Michiels<sup>1</sup>, Dr. Caroline Masquillier<sup>2</sup>, Prof. dr. Edwin Wouters<sup>2</sup>

<sup>1</sup> UGent

<sup>2</sup> UAntwerpen

## Samenvatting

### Probleemstelling

Vanuit de vaststelling dat sub-Saharaans Afrikaanse migranten (SAM) disproportioneel getroffen zijn door hiv in Vlaanderen, werd in 1995 besloten een terreinwerking ter bevordering van de seksuele gezondheid bij SAM in Vlaanderen op te zetten. Deze terreinwerking werd in 2012 door middel van een beheersovereenkomst tussen de Vlaamse overheid en het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG) bekrachtigd. Onder deze beheersovereenkomst werkt het HIV-SAM project met als doel het promoten van seksuele gezondheid en hiv-preventie in de SAM-gemeenschap in Vlaanderen. Zij hanteren hiervoor een 'outreaching', cultuursensitieve en participatieve aanpak. Aan de hand van deze drie principes en door 'evidence based' te werken, wil het HIV-SAM project het bewustzijn omtrent hiv en seksuele gezondheid in de SAM gemeenschap verhogen; trainingen en opleidingen aangepast aan de socioculturele context van deze doelgroep aanbieden; drempelverlagende hiv-testing campagnes uitvoeren; hiv-positieve SAM effectief naar zorg toe leiden; de levenskwaliteit van hiv-positieve SAM verbeteren; capaciteit opbouwen in de SAM gemeenschap en bij (gezondheids-)professionals; en hiv-gerelateerd stigma en discriminatie bestrijden. De beheersovereenkomst liep tot 2016, maar werd verlengd tot eind 2019. Het naderende einde van deze beheersovereenkomst is de aanleiding voor dit onderzoeksproject.

Sinds de start van de terreinwerking is de hiv-epidemie geëvolueerd. Daar waar het aantal nieuwe besmettingen een stijgende trend kende tot 2011-2012, werd er sinds dan een daling waargenomen (Sasse et al., 2018). In 2016 werden 915 hiv-infecties gediagnosticeerd in België, 9,8% minder dan in 2015 en 25,1% minder dan in 2012. De hiv-epidemie blijft voornamelijk geconcentreerd in de populatie van mannen die seks hebben met mannen en de SAM-populatie. De daling van het aantal diagnoses wordt waargenomen in beide populaties (Sasse et al., 2018). Daarnaast evolueerde ook het hiv-preventielandschap sterk sinds 2002, met vooruitgang in test-mogelijkheden en de introductie van Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP). Tenslotte is, door vooruitgang in hiv-behandeling, de ziekte geëvolueerd naar een chronische ziekte.

Daarom gaat dit onderzoek in opdracht van het Agentschap Zorg en Gezondheid na of de huidige terreinwerking nog steeds de noden van SAM met betrekking tot hiv-preventie en de bevordering van de seksuele gezondheid dekt.

Het agentschap wenst een zicht te krijgen op de hiv-problematiek bij SAM (hiv-preventie, hiv-testing, leven met hiv); de meerwaarde van het specifiek werken naar deze doelgroep; en de gewenste terreinwerking voor de toekomst. Om bovenstaande onderzoeksdoelstellingen te realiseren, hanteren we volgende onderzoeksvragen:

1. Welke doelgroepen in Vlaanderen hebben momenteel een hiv-prevalentie die een specifieke terreinwerking verantwoordt? Deelvraag: Is de SAM-gemeenschap zulk een groep?
2. Wat zijn de noden wat betreft hiv-preventie, hiv-testing en leven met hiv bij (subgroepen in) de SAM-gemeenschap?
3. In hoeverre beantwoordt de huidige outreachende, cultuursensitieve en participatieve aanpak aan deze noden?
4. Welke zijn, vanuit de verschillende invalshoeken bekeken, de aanbevelingen om een nieuwe terreinwerking m.b.t. seksuele gezondheid op poten te zetten? Deelvraag: Is het – op basis van de antwoorden op vragen 1, 2 en 3 – opportuun om de terreinwerking voor SAM te integreren in een algemene terreinwerking?

### Methode

Voor dit onderzoek werd een kwalitatieve benadering gecombineerd met secundaire data-analyse, documentenanalyse en wetenschappelijke literatuur. Om de werking van het HIV-SAM project goed te begrijpen werden organisatiedocumenten geraadpleegd en vonden er enkele overlegmomenten met (de coördinator van) het HIV-SAM team plaats. Voor het kwalitatieve onderzoek werden 20 professionals die door hun beroep met hiv en/of SAM in aanraking komen; zeven SAM die een prominente plaats innemen in de gemeenschap; twee individuele vrijwilligers van het HIV-SAM project; acht hiv-positieve SAM; en 21 hiv-negatieve SAM bevroegd in interviews en focusgroepen. De meeste gesprekken vonden plaats in Antwerpen en Gent. De resultaten uit deze eigen dataverzameling werden vervolgens getoetst aan cijfergegevens uit België en bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur.

### Antwoorden op de onderzoeksvragen

Op basis van de vergelijking tussen het eigen kwalitatieve onderzoek, data uit andere bronnen, documentenanalyse en wetenschappelijke literatuur, werden de volgende antwoorden op de onderzoeksvragen geformuleerd:

#### *Onderzoeksvraag 1*

Er kan besloten worden dat in Vlaanderen, de hiv-epidemie in de SAM-gemeenschap nog steeds een specifieke terreinwerking verantwoordt. De incidentie van hiv in de SAM-gemeenschap is nog steeds hoog (in 2017 was 21,9% van de nieuwe besmettingen waarvan de overdrachtswijze gekend is bij SAM), en de hiv-prevalentie van SAM in Antwerpen blijkt van dezelfde grootorde te zijn als deze in de regio's van afkomst (5,9% bij vrouwen, 4,2% bij mannen) (Sciensano, 2017; Loos et al. 2017), wat aanzienlijk hoger is dan de prevalentie bij de algemene bevolking. Verschillende onderzoeken in andere Europese landen vonden gelijkaardige resultaten (ECDC & WHO, 2018; ECDC, 2018; ECDC, 2017). Daarnaast worden vele SAM laat gediagnosticeerd, liep een aanzienlijk deel van de hiv-positieve SAM de infectie op in België, en wijzen sommige professionals op een mogelijk grote 'hidden epidemic' onder de kwetsbaarste SAM. Een gelijkaardig beeld wordt geschetst in andere Europese onderzoeken omtrent

hiv bij migranten (Pantazis et al., 2019; Alvarez-del-Arco et al., 2017; Desgrees-du-Lou, 2012; Fakoya et al., 2018; Conway, 2019) en ook specifiek bij SAM (ECDC, 2018). Verder zijn de SAM een kwetsbare doelgroep omdat zij vaak een lage sociaaleconomische status hebben, geconfronteerd worden met meervoudig stigma (migrant, hiv, economische status) en het Belgische gezondheidszorgsysteem minder goed kennen. Moeilijke migratietrajecten, een onzekere verblijfsstatus, transactionele seksuele relaties en een niet-heteroseksuele geaardheid worden als additionele risicofactoren gezien. Dit onderzoek wijst uit dat ook andere mogelijke doelgroepen baat kunnen hebben bij een terreinwerking: SAM-MSM, niet-Europese migranten en Oost-Europese migranten. Uit de literatuur bleek dat ook migranten uit Latijns-Amerika en het Caraïbische gebied (Ross et al., (2018) en sekswerkers met een migratieachtergrond (Dias et al., 2017) risicogroepen zijn.

### *Onderzoeksvraag 2*

De noden van de SAM-gemeenschap met betrekking tot hiv-preventie, hiv-testing en leven met hiv concentreren zich rond het aanpakken van het stigma omtrent hiv, dit zowel binnen de SAM-gemeenschap zelf als bij personen tewerkgesteld in de gezondheidszorg. Zoals ook in de literatuur aangegeven wordt, verhindert dit immers de preventie-activiteiten op zowel het primaire, secundaire als tertiaire/positieve niveau (Ross, 2018; ECDC, 2017; Pachinkis et al., 2017; EMIS; Sensoa, 2019; Arrey, 2017). Aansluitend bestaat de nood om het taboe rond praten over seksualiteit te verwijderen.

Vervolgens is er nood aan het verhogen van de risicoperceptie, het verhogen van de kennis en ophelderen van misconcepties omtrent hiv en hiv-testing, het aanmoedigen van gezondheidsgedrag omtrent preventie en testing, en het wegwerken van barrières voor hiv-testing (ECDC, 2017; Hachfelt et al., 2019; Rigal et al., 2011; Limousi et al., 2017).

Vanuit het oogpunt van preventie, is ook aandacht voor de specifieke noden van hiv-positieve SAM belangrijk, zodat "Treatment as prevention" (Sidibe, 2011) optimaal als preventiestrategie ingezet kan worden. Voor hiv-positieve SAM moet therapietrouw aangemoedigd worden. Zowel in ons eigen onderzoek als uit de nodenbevraging van Sensoa blijkt immers dat de therapietrouw van SAM om zowel psychologische (andere zorgen hebben, zich niet ziek voelen, stigma), als praktische redenen (comorbiditeit en toegang) laag ligt. Daarnaast is er, zoals ook bevestigd werd in de nodenbevraging van Sensoa (2019) en de Nederlandse studie van Been (2019) nood aan psychologische ondersteuning en contact met andere SAM die ook hiv-positief zijn. Ten slotte hebben hiv-positieve SAM nood aan eenvoudige toegang tot medicatie en andere hiv-gerelateerde zorg voor iedereen, ongeacht de legale of economische status (eigen dataverzameling; Ndumbi, 2018; Mullerschön et al., 2019).

### *Onderzoeksvraag 3*

De huidige outreachende, cultuursensitieve en participatieve aanpak van het HIV-SAM team speelt in op deze noden: zowel SAM als professionals sommen reeds zichtbare effecten van de preventie campagnes van het HIV-SAM team op. Er wordt aangegeven dat de gemeenschap gesensibiliseerd werd; dat de kennis omtrent hiv en seksuele gezondheid vergrootte; dat de perceptie van hiv veranderde; en dat meer SAM zich laten testen. Door het contact tussen hiv-positieve SAM, gefaciliteerd door het HIV-SAM project, verhoogt zowel het fysieke als het mentale welbevinden van SAM die leven met hiv. Ten slotte wordt aangegeven dat er ook reeds vooruitgang geboekt werd met betrekking tot het stigma omtrent hiv en de taboe omtrent praten over seksuele gezondheid. Hoewel de effecten reeds zichtbaar zijn binnen de gemeenschap, zijn er ook nog vele SAM die momenteel nog niet bereikt worden: hun kennis omtrent hiv en risicoperceptie blijven laag, bij velen blijft hun status onbekend, en vele hiv-

positieve SAM houden hun status nog steeds geheim, ook voor andere SAM die leven met hiv. Ook blijft het stigma omtrent hiv en het taboe omtrent praten over seksualiteit groot.

De SAM-gemeenschap waardeert het team van het HIV-SAM project. Velen onder hen kennen het Belgische gezondheidszorgsysteem niet goed en voelen zich er niet welkom. Ook geeft men toe dat het preventieve gezondheidsgedrag in de gemeenschap laag is. Het outreachend werken is dan ook nodig en wordt op prijs gesteld. Daarnaast wordt het contact met de gemeenschap gefaciliteerd doordat het team aan de ene kant een arts bevat, die status geniet omdat hij/zij als expert gezien wordt, en aan de andere kant doordat enkele personen uit het team (inclusief de arts) ook dezelfde culturele achtergrond hebben als de SAM. Daarnaast vinden zowel SAM als professionals dat (huis)artsen proactief hiv-testen moeten aanbieden, maar dat dit gepaard moet gaan met een goede cultuursensitieve counseling. Uit de literatuur blijkt dat dit inderdaad effectief zou zijn. Aung en collega's (2017) besluiten immers op basis van een literatuurstudie dat het integreren van VCT in eerstelijnszorg de meest belovende strategie is voor het promoten van hiv-testen. Andere onderzoeken toonden echter aan dat verschillende strategieën effectief kunnen zijn (zie 5.3). Ook waarderen SAM de participatieve aanpak. Ze zijn erg blij om betrokken te worden bij interventies en campagnes die de eigen gemeenschap ten goede komen. Zij zien de samenwerking met socioculturele organisaties en sleutelfiguren uit de gemeenschap als een noodzaak om op een effectieve manier aan preventie te doen bij SAM. Een meta-analyse door Pottie en collega's (2018) bevestigt dat 'community-based' werken inderdaad een effectieve manier is om hiv-testen bij migrantenpopulaties te verhogen. Bovendien wordt erop gealludeerd dat de samenwerking met artsen van Afrikaanse origine en SAM uit de gemeenschap bijdragen aan de cultuur-sensitiviteit van het HIV-SAM programma. Onder professionals wordt geapprecieerd dat het HIV-SAM team haar expertise met hen deelt. Door hun aanwezigheid op het terrein; de link met de kliniek van het ITG; samenwerking met specialisten, onderzoekers, andere professionals en socioculturele organisaties; en input van academisch onderzoek waaraan zij meewerken; heeft het HIV-SAM team in de loop der jaren veel expertise opgebouwd met betrekking tot hiv-preventie en promotie van seksuele gezondheid naar SAM toe.

### *Onderzoeksvraag 4*

Tijdens de gesprekken met professionals en SAM kwamen suggesties met betrekking tot de toekomstige terreinwerking aan bod. Allereerst moet vermeld worden dat zowel professionals als SAM de werking van het HIV-SAM project erg waarderen en graag willen dat dit verder gezet wordt. Wel werd er geopperd dat de focus zou mogen verbreden van enkel hiv-preventie, naar een uitgebreider 'migrant health' kader waar ook oog is voor andere gezondheidsproblemen die vaak bij SAM of andere migranten voorkomen.

Daarnaast werd aangegeven dat er meer aandacht mag zijn voor specifieke groepen (SAM zonder wettig verblijfsstatuut, MSM-SAM en tweedegeneratie SAM) die nu moeilijker bereikt worden. SAM en professionals hopen ook dat er in de toekomst meer organisaties (ook in andere steden, en ook uit het religieuze veld) zich tot het netwerk van het HIV-SAM project zullen aansluiten.

Er wordt ook vermeld dat de vrijwilligerswerking in de toekomst op een meer gestructureerde wijze georganiseerd zou kunnen worden.

Ten slotte worden een heel aantal kanalen opgenoemd die volgens professionals en/of SAM gebruikt kunnen worden om preventie-boodschappen te verspreiden, zoals media, sociale media, publieke acties, en samenwerkingen met OCMW, CAW en scholen

Op basis van de suggesties van de respondenten uit het eigen kwalitatieve onderzoek, de literatuur, en documenten van het HIV-SAM project zelf, kunnen we zowel 'good practices' als een aantal mogelijke pistes voor verbetering identificeren.

#### Aanbevelingen voor de toekomstige terreinwerking

Voor de toekomstige terreinwerking met betrekking tot seksuele gezondheid bevelen wij daarom aan om aandacht te blijven behouden voor de specifieke context van SAM in Vlaanderen, maar deze te kaderen binnen een breder aanbod dat werkt rond 'migrant health' waarin binnen het luik omtrent seksuele gezondheid niet enkel kennis, maar ook vaardigheden aan bod komen; waarin sterk wordt ingezet op samenwerking met andere betrokken organisaties (HRCs, Sensoa, ...); en waarbij de vrijwilligerswerking wordt geprofessionaliseerd. (Voor een uitgebreider overzicht van meer gedetailleerde aanbevelingen, zie hoofdstuk 6, punt 2.)





# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>3</b>
<b>Lijst van afkortingen</b>	<b>13</b>
<b>Introductie</b>	<b>13</b>
<b>Hoofdstuk 1      Probleemstelling en doelstelling</b>	<b>17</b>
<b>Hoofdstuk 2      Onderzoeksmethode</b>	<b>19</b>
1      Voorbereidende fase	19
2      Diepte-interviews en focusgroepsgesprekken	19
3      Literatuurstudie	21
<b>Hoofdstuk 3      Het HIV-SAM project</b>	<b>23</b>
1      Korte voorstelling van het HIV-SAM project	23
2      Theory of Change model van het HIV-SAM project	24
<b>Hoofdstuk 4      Kwalitatieve onderzoeksresultaten</b>	<b>29</b>
1      Welke doelgroepen in Vlaanderen hebben momenteel een hiv-prevalentie die een specifieke terreinwerking verantwoordt? Deelvraag: Is de SAM-gemeenschap zulk een groep?	29
1.1      Incidentie en prevalentie	29
1.2      Kwetsbaarheid van SAM en intersectionaliteit	30
1.3      Andere groepen met verhoogd risico	32
2      Wat zijn de noden wat betreft hiv-preventie, hiv-testing en leven met hiv bij (sub-groepen in) de SAM-gemeenschap?	32
2.1      Algemene noden	33
2.2      Hiv-preventie	35
2.3      Noden specifiek voor hiv-positieve SAM	39
3      In hoeverre beantwoordt de huidige outreachende, cultuursensitieve en participatieve aanpak werking aan deze noden?	42
3.1      Positieve uitkomsten van het HIV-SAM programma	42
3.2      Samenwerkingen ter bevordering van een participatieve werking	46
3.3      Samenwerkingen ter bevordering van proactief en cultuursensitief counselen en testen	50
3.4      Andere samenwerkingen	52
3.5      Algemene evaluatie HIV-SAM project	53
4      Welke zijn, vanuit de verschillende invalshoeken bekeken, de aanbevelingen om een nieuwe terreinwerking m.b.t. seksuele gezondheid op poten te zetten? Deelvraag: Is het – op basis van de antwoorden op vragen 1, 2 en 3 – opportuun om de terreinwerking voor SAM te integreren in een algemene terreinwerking?	56

4.1	Versterken van het huidige aanbod	57
4.2	Uitbreiding van activiteiten	58
4.3	Randvoorwaarden	61
<b>Hoofdstuk 5      Discussie</b>		<b>63</b>
1	Onderzoeksvraag 1: Welke doelgroepen in Vlaanderen hebben momenteel een hiv prevalentie die een specifieke terreinwerking verantwoordt? Deelvraag: Is de SAM-gemeenschap zulk een groep?	63
2	Onderzoeksvraag 2: Wat zijn de noden wat betreft hiv-preventie, hiv-testing en leven met hiv bij (subgroepen in) de SAM-gemeenschap?	66
3	Onderzoeksvraag 3: In hoeverre beantwoordt de huidige outreachende, cultuursensitieve en participatieve aanpak werking aan deze noden?	70
4	Onderzoeksvraag 4: Welke zijn, vanuit de verschillende invalshoeken bekeken, de aanbevelingen om een nieuwe terreinwerking m.b.t. seksuele gezondheid op poten te zetten? Deelvraag: Is het – op basis van de antwoorden op vragen 1, 2 en 3 – opportuun om de terreinwerking voor SAM te integreren in een algemene terreinwerking?	72
5	Assumpties van het ToC model	73
6	Beperkingen van het onderzoek	82
<b>Hoofdstuk 6      Conclusie en aanbevelingen</b>		<b>83</b>
1	Antwoorden op de onderzoeksvragen	83
1.1	Onderzoeksvraag 1: Welke doelgroepen in Vlaanderen hebben momenteel een hiv prevalentie die een specifieke terreinwerking verantwoordt? Deelvraag: Is de SAM-gemeenschap zulk een groep?	83
1.2	Onderzoeksvraag 2: Wat zijn de noden wat betreft hiv-preventie, hiv-testing en leven met hiv bij (subgroepen in) de SAM-gemeenschap?	83
1.3	Onderzoeksvraag 3: In hoeverre beantwoordt de huidige outreachende, cultuursensitieve en participatieve aanpak werking aan deze noden?	84
1.4	Onderzoeksvraag 4: Welke zijn, vanuit de verschillende invalshoeken bekeken, de aanbevelingen om een nieuwe terreinwerking m.b.t. seksuele gezondheid op poten te zetten? Deelvraag: Is het – op basis van de antwoorden op vragen 1, 2 en 3 – opportuun om de terreinwerking voor SAM te integreren in een algemene terreinwerking?	85
2	Concrete aanbevelingen	86
<b>Literatuurlijst</b>		<b>91</b>
<b>Bijlagen</b>		<b>97</b>
1.	Topic-lijst professionals	97
2.	Topic-lijst SAM-sleutelfiguren en -vrijwilligers	99
3.	Topic-lijst SAM-focusgroepen	101

### **Lijst met figuren**

Figuur 1	ToC model voor het HIV-SAM project	25
Figuur 2	Proportie nieuwe hiv diagnoses per regio van afkomst, EU/EEA, 2015 (bron: ECDC/WHO, HIV/AIDS surveillance in Europe 2015. Stockholm: ECDC; 2016)	64
Figuur 3	Late hiv-diagnoses bij migranten in de EU/EEA, 2015 (bron: ECDC, 2017)	65
Figuur 4	Documenten die hiv-testing voor migranten en etnische minderheden aanbevelen (bron: Álvarez-del Arco et. al., 2017)	71

### **Lijst met tabellen**

Tabel 1	Aantal nieuwe hiv-diagnoses van MSM en SAM in Vlaanderen, 2017 (bron: Sciensano)	63
Tabel 2	Laattijdige diagnoses bij MSM en SAM in Vlaanderen, 2017 (bron: Sciensano)	65
Tabel 3	Hiv-testen uitgevoerd bij SAM (bron: Jaarrapporten HIV-SAM en ITG)	70
Tabel 4	Kleurencode voor de assumpties van het Theory of Change-model	73
Tabel 5	Evidentie voor de assumpties van het Theory of Change-model	74



## Lijst van afkortingen

<b>ECDC</b>	European Center for Disease Control
<b>EMIS</b>	European MSM Internet Survey
<b>ITG</b>	Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen
<b>HIV</b>	Human Immunodeficiency Virus
<b>HRC</b>	Hiv Referentie Centra
<b>MSM</b>	Mannen die Seks hebben met Mannen
<b>PICT</b>	Provider-Initiated Counseling and Testing
<b>PrEP</b>	Pre-Exposure Prohylaxis
<b>SAM</b>	Sub-Saharaanse Afrikaanse Migranten
<b>TOC</b>	Theory of Change
<b>VCT</b>	Vrijwillige hiv-counseling en testen
<b>WHO</b>	World Health Organisation



## Introductie

Sinds de intrede van het humaan immunodeficiëntievirus (hiv) in België in de jaren 80, zag het toenmalige Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (nu Sciensano) tot 2012 een gestage stijging van de nieuwe hiv-diagnoses. Waar in 1981 bij de start van de metingen 14 nieuwe hiv-infecties genoteerd werden, steeg dit cijfer naar 983 nieuwe hiv-infecties in 2002. In Vlaanderen zijn deze cijfers beschikbaar sinds 1985. Er werden toen 35 positieve hiv-diagnoses gesteld. Dit evolueerde naar 227 nieuwe diagnoses in 2002 (Sasse et al., 2018). De hiv-epidemie bleek geconcentreerd te zijn in twee populaties: 1) mannen die seks hebben met mannen (MSM), voornamelijk van Belgische en Europese nationaliteiten; en 2) degenen die het virus hebben opgelopen via heteroseksuele relaties, voornamelijk uit Afrikaanse landen beneden de Sahara (Sasse et al., 2018). Vanuit de vaststelling dat sub-Saharaanse Afrikaanse migranten (SAM) disproportioneel getroffen worden door hiv in Vlaanderen, werd in 1995 besloten een terreinwerking ter bevordering van de seksuele gezondheid bij SAM in Vlaanderen op te zetten.

In België is de Vlaamse overheid verantwoordelijk voor het preventieve gezondheidsbeleid, vastgelegd in het preventiedecreet van 2003 en haar uitvoeringsbesluiten. De seksuele gezondheid en het 'aan intieme lichamelijke relaties verbonden lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden' maken hier onderdeel van uit. Het decreet stelt dat de Vlaamse regering daarom initiatieven neemt om de seksuele gezondheid te bevorderen door gezond seksueel gedrag aan te moedigen en bedreigingen voor de gezondheid door seksueel gedrag op te sporen<sup>1</sup>. In het symposium seksuele gezondheid dat in december 2018 door het agentschap zorg en gezondheid en Sensoa georganiseerd werd, werd deze opdracht preciezer omschreven als 'er voor zorgen dat alle personen en groepen die in Vlaanderen verblijven over de nodige informatie en vaardigheden beschikken en het recht hebben om gefundeerde en geïnformeerde keuzes te maken over de eigen seksuele gezondheid, en toegang hebben tot aangepaste diensten' (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2019).

Ook hiv- en soa-preventie vallen onder deze bevoegdheid. Voor de implementatie van dit beleid wordt gewerkt met beheersovereenkomsten waarin de opdrachten van partnerorganisaties met terreinwerking naar bepaalde doelgroepen toe worden vastgelegd. In dit kader werd een beheersovereenkomst afgesloten met het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG), dat gefinancierd wordt voor de terreinwerking ter bevordering van de seksuele gezondheid bij SAM. Deze financiering loopt sinds 2002. De laatste beheersovereenkomst (2012-2016) werd verlengd tot eind 2019. Het naderende einde van deze beheersovereenkomst is de aanleiding voor dit onderzoeksproject.

Gezien de hiv-epidemie sinds 2002 geëvolueerd is, gaat dit onderzoek in opdracht van het Agentschap Zorg en Gezondheid na of de huidige terreinwerking nog steeds de noden van SAM met betrekking tot hiv-preventie en de bevordering van de seksuele gezondheid dekt.

---

<sup>1</sup> Decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid 21/11/2003, geraadpleegd op [codex.vlaanderen.be](http://codex.vlaanderen.be)





# Hoofdstuk 1

## Probleemstelling en doelstelling

Sinds 2002 is de hiv-epidemie in België geëvolueerd. Om te beginnen tonen de cijfers van het onderzoeksinstituut Sciensano dat daar waar het aantal nieuwe besmettingen een stijgende trend kenden tot 2011-2012, er sinds dan een daling waargenomen werd (Sasse et al., 2018). In 2016 werden 915 hiv-infecties gediagnosticeerd in België, 9,8% minder dan in 2015 en 25,1% minder dan in 2012. De hiv-epidemie blijft voornamelijk geconcentreerd in de MSM-populatie en de SAM-populatie. De daling van het aantal diagnoses wordt waargenomen in beide populaties (Sasse et al., 2018). Daarnaast evolueerde ook het hiv-preventielandschap sterk sinds 2002, met vooruitgang in test-mogelijkheden en de introductie van PrEP. Tenslotte is, door vooruitgang in hiv-behandeling, de ziekte geëvolueerd naar een chronische ziekte. Bijgevolg dient nagegaan te worden of de terreinwerking nog steeds de noden van de SAM dekt.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van het Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid. Dit Agentschap wenst een zicht te krijgen op de hiv-problematiek bij SAM (hiv-preventie, hiv-testing, leven met hiv); de meerwaarde van het specifiek werken naar deze doelgroep; en de gewenste terreinwerking voor de toekomst.

Om bovenstaande onderzoeksdoelstellingen te realiseren, hanteren we volgende onderzoeksvragen:

1. Welke doelgroepen in Vlaanderen hebben momenteel een hiv-prevalentie die een specifieke terreinwerking verantwoordt? Deelvraag: Is de SAM-gemeenschap zulk een groep?
2. Wat zijn de noden wat betreft hiv-preventie, hiv-testing en leven met hiv bij (subgroepen in) de SAM-gemeenschap?
3. In hoeverre beantwoordt de huidige outreachende, cultuursensitieve en participatieve aanpak werking aan deze noden?
4. Welke zijn, vanuit de verschillende invalshoeken bekeken, de aanbevelingen om een nieuwe terreinwerking m.b.t. seksuele gezondheid op poten te zetten? Deelvraag: Is het – op basis van de antwoorden op vragen 1, 2 en 3 – opportuun om de terreinwerking voor SAM te integreren in een algemene terreinwerking?



## Hoofdstuk 2

### Onderzoeksmethode

Voor dit onderzoek werd een kwalitatieve benadering gecombineerd met data uit andere bronnen, documentenanalyse en wetenschappelijke literatuur.

#### 1 Voorbereidende fase

In de voorbereidende fase van het onderzoek werd op basis van *overleg met het HIV-SAM projectteam* en de analyse van jaarverslagen en andere *projectdocumenten* bekeken wat het precieze doel van het project is, en hoe men dit doel tracht te bereiken. Als leidraad voor deze analyse werd het *Theory of Change*-model (ToC) gehanteerd, dat gebruikt wordt om visueel in kaart te brengen hoe een project de gewenste resultaten tracht te bereiken (Center for Theory of Change, z.d.).

Een ToC-model is een model dat gebruikt wordt om in kaart te brengen hoe een gewenste verandering in een bepaalde context verwacht wordt op te treden (Center for Theory of Change, z.d.). Om tot een ToC-model te komen, moeten verschillende stappen doorlopen worden. Om te beginnen moeten de lange termijn uitkomsten, ofwel de uiteindelijke gewenste impact van het programma, geïdentificeerd worden. Van daaruit wordt teruggewerkt naar intermediaire doelen en activiteiten die tot deze doelen bijdragen.

In deze fase van het onderzoek werd eveneens een *stakeholder mapping* uitgevoerd die gebruikt werd als basis voor het selecteren van deelnemers voor interviews en groepsgesprekken die in de volgende fase van het onderzoek uitgevoerd werden. De stakeholder mapping werd gebaseerd op projectdocumenten, informatie van het HIV-SAM project en van het Agentschap Zorg en Gezondheid.

#### 2 Diepte-interviews en focusgroeps gesprekken

**Onderzoeksoptzet:** Er werd geopteerd voor kwalitatieve onderzoeksmethodes omwille van verschillende redenen. Doordat het onderzoek post-hoc plaats vond, was het niet mogelijk een experimentele studie te doen met kwantitatieve pre- en post-metingen. Verder lenen kwalitatieve onderzoeksmethodes zich goed tot het verkrijgen van dieper inzicht in de noden van SAM en in de werking van het project.

**Doelgroepen:** In het onderzoek werden drie groepen bevroegd:

- Professionals die door hun beroep met hiv en/of SAM in aanraking komen (17 interviews uitgevoerd met 20 professionals), het gaat voornamelijk om personen die in de gezondheidszorg of bij educatieve diensten werken;
- Sleutelfiguren (SAM die een prominente plaats innemen in de gemeenschap omdat zij bijvoorbeeld aan het hoofd van een socio-culturele organisatie staan) (7 interviews) en individuele vrijwilligers van het HIV-SAM project, niet verbonden aan een sleutelorganisatie (2 interviews);
- Drie focusgroeps gesprekken met mensen uit de gemeenschap: één focusgroep bestond uit SAM die leven met hiv (8 deelnemers), de tweede groep bestond enkel uit vrouwen uit

de SAM-gemeenschap (hiv-negatief, 8 deelnemers), en bij een derde focusgroep waren zowel mannen als vrouwen uit de gemeenschap aanwezig (hiv-negatief, 13 deelnemers).

**Instrumenten:** Zowel de interviews als de focusgroeps gesprekken verliepen aan de hand van een vooraf opgestelde topic-lijst (Bijlages 1, 2 en 3). De topic-lijst werd origineel opgesteld in het Nederlands, maar ook vertaald naar het Frans en het Engels, gezien de interviews en focusgroepen met SAM grotendeels in het Frans of het Engels verliepen. De topics die besproken werden waren:

In de interviews met professionals:

- Activiteiten van de professional
- Verschillen tussen doelgroepen
- Noden van de SAM doelgroep
- Mening professional over outreachend werken
- Mening professional over cultuursensitief werken
- Mening professional over participatief werken
- Samenwerking HIV-SAM project

In de interviews met sleutelfiguren en vrijwilligers:

- Algemene gezondheidsnoden
- Samenwerking HIV-SAM
- Mening sleutelfiguur/vrijwilliger over outreachend werken
- Mening sleutelfiguur/vrijwilliger over cultuursensitief werken
- Mening sleutelfiguur/vrijwilliger over participatief werken
- Invloed van stigma
- Open noden hiv-preventie

In de focusgroepen:

- Algemene gezondheidsnoden
- Beeld van hiv
- Persoonlijke hiv-kennis en ervaringen
- Persoonlijke ervaring met hiv in omgeving
- Persoonlijke ervaring met hiv (hiv +)
- Persoonlijke noden hiv (hiv +)
- Kennis activiteiten HIV-SAM: testing
- Kennis activiteiten HIV-SAM: counselling
- Kennis activiteiten HIV-SAM: educatie seksuele gezondheid
- Tevredenheid met activiteiten HIV-SAM

**Geografische spreiding:** Gezien het HIV-SAM project wordt geacht preventie in de gehele regio Vlaanderen uit te voeren, werd getracht deze interviews en focusgroeps gesprekken geografisch te spreiden. Niet alle gecontacteerde personen wilden hun medewerking verlenen. Daardoor werden er geen professionals geïnterviewd in Vlaams-Brabant en in Limburg. Om personen uit de SAM-gemeenschap zelf te contacteren, moest beroep gedaan worden op het netwerk van het HIV-SAM project. Om deze reden zijn de meeste geïnterviewden afkomstig uit Antwerpen of Gent, de steden waar

het HIV-SAM project het merendeel van haar activiteiten uitvoert. Twee sleutelfiguren waren afkomstig uit Leuven en Brussel, en aan de focusgroepen in Antwerpen en Gent namen ook enkele personen deel die op andere plaatsen in de provincie Antwerpen en Gent woonden.

**Databehandeling:** Op één interview na (de deelnemer in kwestie wilde niet dat er een opname van het gesprek gemaakt zou worden), werden alle interviews en focusgroeps gesprekken opgenomen en verbatim getranscribeerd. De interviews met professionals duurden tussen 33 minuten en één uur en 23 minuten, bij sleutelfiguren en vrijwilligers, was dit tussen 29 minuten en één uur en 39 minuten. Bij de focusgroeps gesprekken was dit respectievelijk één uur en één uur en 45 minuten. Aan het einde van het onderzoek werden de audio-bestanden verwijderd.

**Data-analyse:** Vervolgens werden alle transcripten geanalyseerd met het behulp van het programma NVivo. Er werd op basis van de onderzoeksvragen en het ToC model een codeboom opgesteld die gebruikt werd als leidraad voor deze analyse.

**Rapportage:** Quotes uit de interviews werden gebruikt als illustratie in de resultaten-sectie van dit rapport<sup>2</sup>. Om aan te geven uit welk soort gesprek de quotes afkomstig zijn, worden de volgende aanduidingen gebruikt (uit privacyoverwegingen wordt op sommige plekken van deze notatie afgeweken):

- Interview met een professional: '*Professional [nr.]*'
- Interview met een SAM-sleutelfiguur of SAM-vrijwilliger: '*SAM [nr.]*'
- Focusgroep discussie met SAM: '*Focusgroep [nr.], SAM [nr.]*'

**Ethische aspecten:** Het onderzoek werd goedgekeurd door het ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis Gent (dossiernummer 2019/0589) en door de Ethische Adviescommissie Sociale en Humane Wetenschappen van de Universiteit Antwerpen (dossiernummer SHW\_19\_09). Voor de start van elk interview kreeg de respondent uitleg over de studie en werden ze geïnformeerd dat ze konden weigeren op bepaalde vragen te antwoorden en het interview op eender welk moment konden stopzetten. Enkel respondenten die een toestemmingsformulier tekenden, konden deelnemen aan de studie. Deelnemers van de focusgroeps gesprekken ontvingen een compensatie van 15 euro per persoon om te compenseren voor eventuele onkosten. Voor de deelnemers van de interviews werd geen compensatie voorzien. Respondenten kregen de keuze om naar de universiteit van Antwerpen of Gent te komen voor het interview, of om het interview op een andere door henzelf gekozen locatie af te leggen.

### 3 Literatuurstudie

Naast de eigen dataverzameling via kwalitatief onderzoek, werd ook in de wetenschappelijke literatuur gezocht naar informatie die kon bijdragen aan het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Hiervoor werd gezocht in Web of Science naar literatuur over hiv bij migranten in Europa (zoektermen: 'migrant' EN 'hiv' in de titel). De 150 meest recente artikels werden gescreend op relevantie. In hoofdstuk 5 worden de belangrijkste inzichten uit de literatuur weergegeven en vergeleken met de bevindingen uit eigen datacollectie. Deze informatie werd vervolgens getoetst aan het ToC model dat opgesteld werd in de eerste fase van het onderzoek. Op deze manier werd bekeken of de assumpties die het HIV-SAM

---

<sup>2</sup> De quotes werd aangepast ter bevordering van de leesbaarheid, met name door kleine grammaticale correcties uit te voeren en door het verwijderen van aarzelingen, herhalingen en stopwoorden.

projectteam maakt omtrent de verandering die zij bewerkstelligen bewezen kunnen worden. Op basis van deze oefening worden ten slotte beleidsaanbevelingen voor een toekomstige terreinwerking geformuleerd.

## Hoofdstuk 3

### Het HIV-SAM project

#### 1 Korte voorstelling van het HIV-SAM project

Het HIV-SAM Project is sinds 1996 actief en heeft als hoofddoel het promoten van seksuele gezondheid en hiv-preventie in de SAM-gemeenschap in Vlaanderen. Zij hanteren hiervoor een 'outreachende', cultuursensitieve en participatieve aanpak.

- De '**outreachende**' aanpak vertrekt van het uitgangspunt dat de SAM-gemeenschap voor het verbeteren van de seksuele gezondheid, en meer specifiek voor hiv-preventie en testing, niet naar de reguliere hulpverlening stapt (huisarts, gynaecoloog, androloog, uroloog). Daarom wordt er 'outreachend' gewerkt. Het HIV-SAM team gaat zelf naar de SAM-gemeenschappen toe, dit wil zeggen naar kerken, bars, cultuurhuizen, kapsalons, en andere plekken waar zij samenkomen.
- **Cultuursensitiviteit** probeert het HIV-SAM project te waarborgen door preventieboodschappen te formuleren en te brengen met oog voor de cultuur van de SAM-gemeenschap. Ook de psychosociale en seksuele counseling die het HIV-SAM team uitvoert/helpt te ontwikkelen, wordt gebracht op een manier die aansluit bij de gemeenschap. Voor de ontwikkeling van cultuursensitief materiaal wordt samengewerkt met personen uit de doelgroep, met organisaties zoals Agentschap Integratie en Inburgering, en zo voort.
- Het **participatief** werken creëert een draagvlak en 'ownership' bij de Afrikaanse gemeenschappen en is van belang om effectief aan preventie te kunnen doen. Daarvoor worden sleutelorganisaties, individuele vrijwilligers en netwerken aangesproken, opgeleid en gecoacht. Samenwerkingsverbanden met structuren in de SAM-gemeenschap zijn de basis van de terreinwerking van het HIV-SAM project.

Aan de hand van deze drie principes en door 'evidence based' te werken, wil het HIV-SAM project een effectieve terreinwerking uitwerken die het bewustzijn omtrent hiv en seksuele gezondheid in de SAM gemeenschap verhoogt; trainingen en opleidingen aangepast aan de socioculturele context van deze doelgroep kan aanbieden; drempelverlagende hiv-testing campagnes uitvoert; hiv-positieve SAM effectief naar zorg toe leidt; de levenskwaliteit van hiv-positieve SAM verbetert; capaciteit opbouwt in de SAM gemeenschap en bij (gezondheids-)professionals; en hiv-gerelateerd stigma en discriminatie bestrijdt.

Er zijn vijf medewerkers van het ITG die betrokken zijn bij het HIV-SAM project:

- Lazare Manirankunda, arts, verantwoordelijk voor het ontwikkelen en implementeren van primaire en secundaire preventie-activiteiten, en verantwoordelijk voor de participatieve werking van het HIV-SAM project;
- Charles Ddungu, theoloog en antropoloog, verantwoordelijk voor tertiaire/positieve preventie, en voor promotie van de seksuele gezondheid van nieuwkomers;
- Christiana Nöstlinger, gezondheids- en klinisch psycholoog, coördinator van het HIV-SAM project;
- Monique Ceulemans, administratieve ondersteuning;

- Marie Laga, hoofd van de groep seksuele en reproductieve gezondheid.

Verder steunt het project sterk op het werk van vrijwilligers.

## 2 Theory of Change model van het HIV-SAM project

In dit onderzoek werd een voorlopig ToC-model opgesteld door de onderzoekers op basis van projectdocumenten. Dit voorlopige ToC-model werd besproken met HIV-SAM team en vervolgens gefinaliseerd.

Het **uiteindelijke doel** van het programma is om de seksuele en reproductieve gezondheid<sup>3</sup> van de SAM gemeenschap te verbeteren, dit door er voor te zorgen dat de incidentie van hiv en soa's in de gemeenschap teruggedrongen wordt, en dat het gezondheids-gerelateerde welzijn van SAM die leven met hiv verbetert (zie figuur 1).

In de tweede stap werden **tussentijdse doelen** die nodig zijn om het uiteindelijke doel te bereiken beschreven. Voor het HIV-SAM project werd duidelijk dat deze doelen zich op drie niveaus bevinden:

- Het niveau van de primaire preventie, waarin de gemeenschap gesensibiliseerd wordt, kennis verwerft, veilig omgaat met seksualiteit en waarin aandacht is voor stigma-reductie. Indien dit leidt tot een veranderde perceptie van hiv en meer condoomgebruik, zal dit een positieve weerslag hebben op de seksuele gezondheid van SAM.
- Het niveau van secundaire preventie waarin de gemeenschap bereid is om zich te testen en waar het ook de kans krijgt om dit op een laagdrempelige wijze te doen. Hiervoor moeten artsen aangemoedigd worden om proactief en cultuursensitief te werk te gaan, en moeten SAM op de hoogte zijn van de mogelijkheden om zich te laten testen. Indien dit leidt tot meer SAM die zich laten testen en hun status kennen, kan dit een positieve impact hebben op hun seksuele gezondheid.
- En het niveau van tertiaire of positieve preventie, waar SAM die leven met hiv in staat gesteld worden om, ondanks de ziekte, te werken aan een goede gezondheid gerelateerde levenskwaliteit.

Het **stigma** rond hiv werd ook gezien als een algemene drempel die op alle niveaus invloed uitoefent.

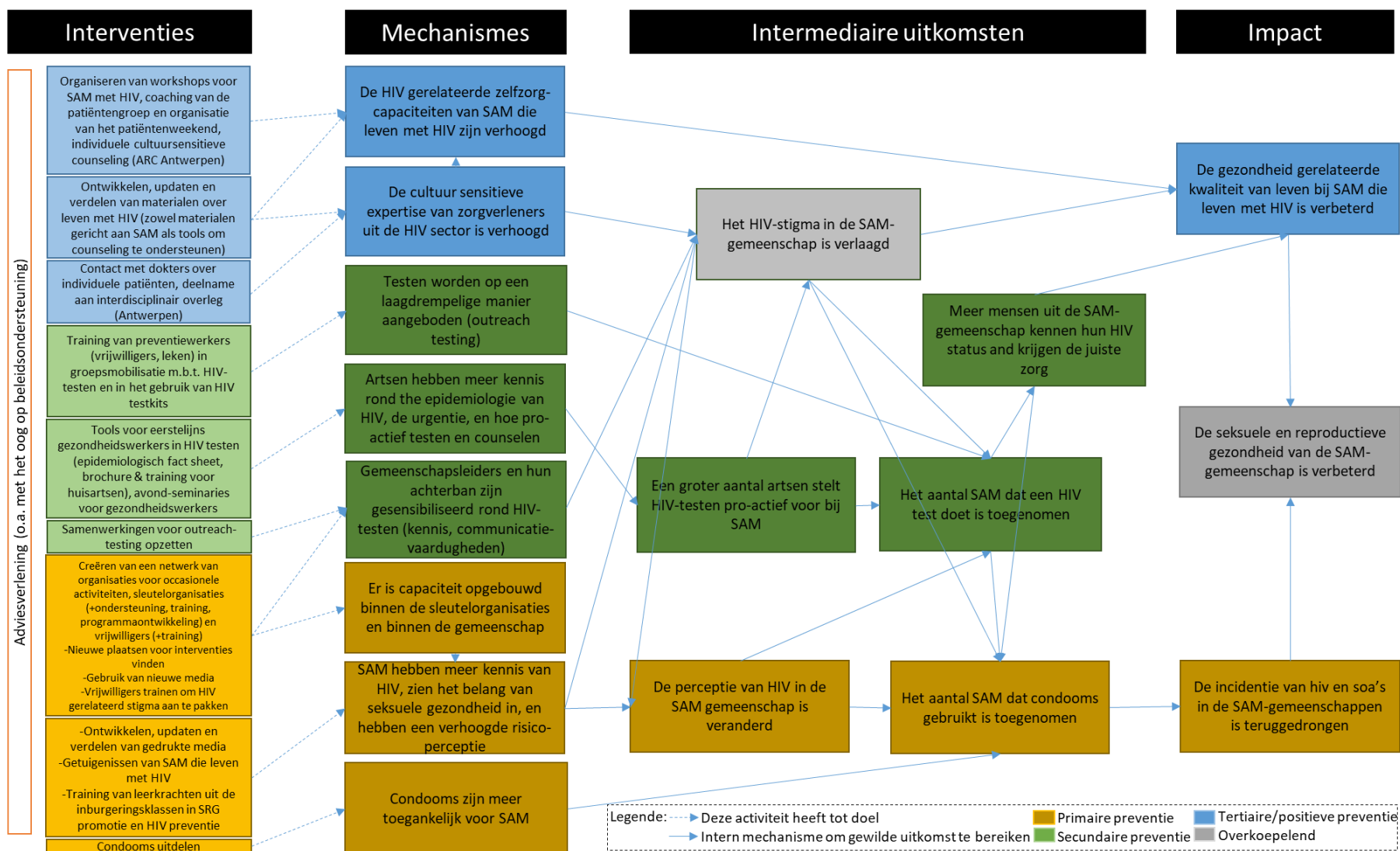
In de derde stap werd gekeken welke activiteiten van het programma input zouden moeten leveren voor welk mechanisme.

In een volgende stap geeft het model weer hoe de **activiteiten** van het HIV-SAM project bijdragen aan het bereiken van de tussentijdse doelen. Ten slotte werd nagedacht over de **verbindingen** (in de figuur afgebeeld met pijlen) die gelegd werden tussen de precondities en de uiteindelijke doelen. Elk van deze verbindingen steunt immers op assumpties over de context van dit mechanisme. Sommige assumpties gelden voor meerdere verbindingen en worden daarom in de opsomming hieronder wel herhaald, maar de tweede maal in het grijs gemarkeerd.

---

<sup>3</sup> Hoewel de beheersovereenkomst enkel seksuele gezondheid vermeldt, spreekt het HIV-SAM project in het voorstel beleidsplan 2012-2016 over seksuele en reproductieve gezondheid.





Figuur 1 ToC model voor het HIV-SAM project

Voor het overkoepelende mechanisme rond stigma, werden twee assumpties opgesteld:

- Er is een groot hiv-gerelateerd stigma in de SAM gemeenschap.
- Hiv-stigma heeft een negatieve impact op zelfzorg, hiv-testen en condoomgebruik.
- Het verlagen van stigma op hiv in de SAM-gemeenschap draagt bij tot het verhogen van de gezondheids-gerelateerde kwaliteit van leven bij SAM met hiv.

Wat betreft positieve preventie (het blauwe gedeelte uit de figuur), werden de volgende assumpties geïdentificeerd:

- Zorgverleners zien de nood aan en belang van een cultuursensitieve aanpak.
- Zorgverleners hebben tijd/middelen om een training te volgen.
- Zorgverleners hebben tijd om een cultuursensitieve aanpak te implementeren.
- Cultuursensitieve zorg en betere bespreekbaarheid van de hiv-problematiek leiden tot verhoogde zelfzorgcapaciteiten van hiv-positieve SAM.
- Verhoogde zelf-zorgcapaciteiten leiden tot betere seksuele en reproductieve gezondheid.

De assumpties die aan de basis liggen van de secundaire preventie (het groene gedeelte van de figuur) zijn:

- Zorgverleners zien de nood aan en belang van een cultuursensitieve aanpak.
- Zorgverleners hebben tijd/middelen om een training te volgen.
- Zorgverleners hebben tijd om een cultuursensitieve aanpak te implementeren.
- Cultuursensitieve zorgverleners zijn meer geneigd proactief hiv-testen aan te bieden.
- Gemeenschapsleiders hebben een centrale invloed op waarden en normen in de SAM gemeenschap.
- Gemeenschapsleiders zien het belang van hiv-preventie en staan open hieraan bij te dragen.
- SAM hebben beperkte kennis van hiv, preventie en testen.
- Hiv testen zijn weinig toegankelijk voor SAM.
- Betere toegang tot hiv testen en proactief aanbieden van hiv-testen leidt tot meer SAM die testen op hiv.
- Kennis van hiv-status leidt tot meer bewustwording, meer condoomgebruik en betere zelfzorg.
- SAM halen hun kennis rond hiv voornamelijk van gemeenschapsleiders, de eigen gemeenschap en zorgverleners.
- Bewustzijn van de hiv-problematiek leidt tot meer testen op hiv.

Voor de primaire preventie (het gele deel van de figuur) werden de volgende assumpties opgesteld:

- Gemeenschapsleiders hebben een centrale invloed op waarden en normen in de SAM-gemeenschap.
- Gemeenschapsleiders zien het belang van hiv-preventie en staan open hieraan bij te dragen.
- SAM hebben beperkte kennis van hiv, preventie en testen.
- SAM halen hun kennis rond hiv voornamelijk van gemeenschapsleiders, de eigen gemeenschap en zorgverleners.
- SAM hebben beperkte toegankelijkheid tot condooms.

- Bewustzijn van de hiv-problematiek leidt tot meer condoomgebruik.
- Correct en consistent condoomgebruik leidt tot verminderde incidentie van hiv en soa's.
- Verminderd stigma, betere toegang tot condooms, meer bewustzijn van de hiv-problematiek en meer hiv-testen leiden tot meer condoomgebruik.

In de discussie van dit rapport zal op basis van de verzamelde informatie bekeken worden of deze assumpties al dan niet bevestigd worden door de verzamelde data of literatuur. Dit geeft vervolgens een indicatie van de vermoedelijke effectiviteit van het HIV-SAM programma en kan duidelijk maken waarop een toekomstige terreinwerking nog moet inzetten.



## Hoofdstuk 4

### Kwalitatieve onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van onze eigen kwalitatieve dataverzameling weergegeven. De samenvatting van de resultaten aan het begin van elke onderzoeksvraag is enkel hierop gebaseerd. De vergelijking met cijfermateriaal en bevindingen uit andere onderzoeken komt aan bod in hoofdstuk 5, de discussie.

#### 1 Welke doelgroepen in Vlaanderen hebben momenteel een hiv-prevalentie die een specifieke terreinwerking verantwoordt? Deelvraag: Is de SAM-gemeenschap zulk een groep?

Voor de eerste onderzoeksvraag ‘Welke doelgroepen in Vlaanderen hebben momenteel een hiv-prevalentie die een specifieke terreinwerking verantwoordt en is de SAM-gemeenschap zulk een groep?’ kunnen we concluderen dat zowel professionals als SAM van mening zijn dat de prevalentie in de SAM-gemeenschap nog steeds (te) hoog is. De dalende trend van nieuwe infecties in de SAM-gemeenschap wordt niet gezien als een reden om de terreinwerking te stoppen omdat vele SAM nog steeds laat gediagnosticeerd worden, een groot aantal SAM in België besmet wordt, en omdat men vreest voor een grote ‘hidden epidemic’ onder de meest kwetsbaarste SAM. Moeilijke migratietrajecten, een onzekere verblijfsstatus, transactionele relaties en een niet-heteroseksuele geaardheid worden als extra risicofactoren gezien. Er wordt aangehaald dat deze risicofactoren ook bij andere niet Europese migranten en Oost-Europese migranten het risico op hiv-besmetting verhogen.

##### 1.1 Incidentie en prevalentie

In de gesprekken met de professionals werd duidelijk dat zij over het algemeen van mening zijn dat een hiv-prevalentie terreinwerking voor SAM nog steeds nodig is. Vaak wordt verwezen naar de cijfers van Sciensano om dit te motiveren. Deze tonen immers aan dat naast MSM ook SAM nog steeds een **hogere hiv-prevalentie** hebben dan andere groepen. Daarnaast wordt het **aantal late diagnoses** aangehaald en wordt er op gewezen **dat SAM steeds vaker dan vroeger hiv oplopen in België of Europa**, en niet in het thuisland. Professionals merken ook op dat er bij SAM (net zoals bij andere groepen) de laatste jaren een dalende trend te zien is in de incidentie- en prevalentiecijfers. Ook in de praktijk merken professionals dat ze steeds meer mensen moeten testen om een hiv-positieve diagnose te stellen. Toch wordt dit niet gezien als reden om de terreinwerking stop te zetten. Professionals verwijzen hierbij naar de **hoge geschatte aantallen niet-gediagnosticeerde SAM**. Er bestaat de vrees dat deze niet-gediagnosticeerde SAM de infectie zullen blijven verspreiden indien de terreinwerking stopgezet zou worden. Indien dit gebeurt zou de prevalentie van hiv bij SAM in de toekomst immers snel terug kunnen stijgen.

*Professional 10: “Wat we ook in onze populatie zagen, was dat mensen heel laat gediagnosticeerd worden. Dus de cijfers van het WIV zijn er gewoon.” [...] “Het secundaire doel is dat dat gewoon een vorm van preventie naar anderen toe is. Als je natuurlijk iemand lang on-gediagnosticeerd hebt rondlopen, dan kunnen er altijd er altijd nieuwe infecties bij andere mensen optreden.” [...]*

*“Ik denk dat je dat vooral op termijn gaat merken als daarmee [de terreinwerking] gestopt wordt. Je gaat niet van de ene op de andere dag ineens een stijgende incidentie en dus prevalentie in die populatie zien, maar je wil gewoon die mensen die niet gediagnosticeerd zijn vinden. En ja, hoe meer dat je er gevonden hebt, hoe groter de uitdaging dan wordt. En ik denk dat dan sneller altijd de vraag zal gesteld worden van ‘Heeft het nog zin?’ Maar ik denk ‘Ja, dat heeft het gewoon nog altijd zin.’”*

*Professional 3: “Er zijn inderdaad studies [...] waaruit eigenlijk blijkt dat ongeveer één derde hier zou geïnfecteerd zijn. Wat ook logisch is. Dat is toch normaal? Dat zijn jonge mensen. Die hebben een actief seksleven. En we weten ook uit andere studies dat hun seksueel netwerk zich meer in hun eigen groep bevindt, dan pakweg het verbreedt naar Vlamingen of de Belgen of hoe dat je het ook kunt noemen.” [...] “Hoe zit dat nu met die dalende curve bij de migranten? Als die blijft dalen, en ze verdwijnt bijna. Oké, heel positief. Maar stel dat ze nu daalt, en dat we binnenkort heel veel aidsgevallen gaan zien. Echt superlaattijdige diagnoses bij migranten. Dan weten we dat er hier iets misgelopen is. Dat we die gemist hebben, die mensen. En daarom is dat belangrijk dat je terreinwerking hebt. Dat je voelt wat er leeft in die gemeenschappen. En dat je al, voor dat je dat ziet in die cijfers... Want die cijfers komen altijd laat, hè.”*

## 1.2 Kwetsbaarheid van SAM en intersectionaliteit

Het **kwetsbare profiel van de SAM-gemeenschap** wordt ook aangehaald om het belang van terreinwerk te motiveren. De kwetsbaarheid is het gevolg van een intersectie tussen de status als migrant, een vaak lage socio-economische situatie en culturele verschillen.

Versillende professionals en SAM merken op dat **integratie** in Vlaanderen soms moeilijk is, en specifieker, dat SAM vaak hun weg niet vinden binnen het Vlaamse gezondheidszorgsysteem. De taalbarrières waar velen onder hen mee kampen, bemoeilijken dit verder. Daarnaast hebben veel SAM een **lage socio-economische status**. Hierdoor krijgen andere zorgen – zoals over huisvesting, werk en scholing - vaak prioriteit boven gezondheid.

Ook **culturele verschillen** spelen mee in de verhoogde kwetsbaarheid van SAM. In het land van herkomst gaan SAM bijvoorbeeld vaak pas naar een dokter of ziekenhuis wanneer men ernstig ziek is, en bestaat er geen preventieve gezondheidscultuur. Daarnaast identificeren de meeste SAM zich niet met een risicogroep, waardoor de **risicoperceptie laag** is.

De professionals en SAM zelf wijzen ook op het **algemene gebrek aan kennis omtrent seksuele gezondheid** Volgens hen zijn er nog veel SAM die niet weten wat het hiv-virus is, en/of niet geloven dat ze het virus zelf kunnen doorgeven.

De combinatie van deze factoren maakt dat een grote groep SAM niet zelf op zoek zal gaan naar gezondheidsinformatie en geen preventief gezondheidsgedrag stelt. De professionals en SAM zijn daarom van mening dat een terreinwerking voor SAM belangrijk blijft, zodat SAM die moeilijk bereikbaar zijn via de reguliere gezondheidszorg (omdat ze bijvoorbeeld geen huisarts hebben) toch bereikt met informatie rond hiv en seksuele gezondheid.

*Professional 13: “En dan sociaal-administratief... Heel specifiek voor HIV-SAM is dat dikwijls verblijfspapieren, maar ook zich inwerken in de sociale administratieve context in België.” [...] “Hoe leer je de taal? Hoe werkt de mutualiteit? Waarvoor is een huisarts eigenlijk nodig? Wat doe je bij een huisarts? Welke hulpverlening kan je daar vragen?”*

*Professional 15: “Er zijn zoveel andere problemen dan uw hiv. Huisvesting, werk, overleven, uw link met uw familie in het thuisland...” [...] “Ik denk inderdaad, dat outreachend werk om echt specifiek op zoek te gaan naar mensen die niet tot in die testingcentra geraken, mensen die geen huisarts hebben, mensen die helemaal geen preventief bewustzijn hebben eigenlijk, hè.”*

*SAM 7: « Et le problème c’est que beaucoup sont porteurs du virus mais qui ne le savent pas. Il y a beaucoup qui sont malades, qui ne savent pas qu’ils peuvent se diriger pour aller prendre des médicaments quelque part où on peut les suivre quotidiennement où qu’ils peuvent se faire examiner. Il y a beaucoup, c’est vrai qu’ils ont d’autres priorités que d’aller chez un médecin ou que d’aller dans une help-center pour aller se faire tester. Ils ont plus d’autres priorités qui sont les papiers, manger, trouver de l’argent pour d’autres choses, les problèmes familiaux, que d’aller se faire tester le VIH, voilà. »*

Binnen deze reeds kwetsbare gemeenschap werden door SAM en professionals een **aantal profielen geïdentificeerd van SAM die verhoogd risico hebben op hiv-infectie**, alsook een hoge waarschijnlijkheid om niet tijdig gediagnosticeerd en/of behandeld te worden.

Er wordt aangegeven dat SAM die hun thuisland ontvluchtten vaak een **moeilijk migratietraject** achter de rug hebben, waarin ze mogelijks met mensenhandel, seksueel geweld en uitbuiting te maken kregen. SAM **zonder wettige verblijfspapieren** worden ook met meerdere problemen geconfronteerd: Ten eerste is er de beperkte toegang tot medicatie en gezondheidsdiensten; daarnaast het gebrek aan vertrouwen in gezondheidsdiensten; en vervolgens wordt ook opgemerkt dat gezondheid voor deze groep vaak geen prioriteit is omdat andere basisbehoeften niet ingevuld zijn.

Dit gebrek aan vertrouwen in gezondheidsdiensten wordt ook opgemerkt bij **SAM die tot de groep van MSM behoren**. Vanwege het dubbele of driedubbele stigma (als migrant, als niet heteroseksuele SAM en als mogelijk hiv-positief persoon) is de drempel om de juiste zorg te zoeken voor deze groep erg groot. Bij algemene MSM-organisaties kan het culturele verschil groot zijn, terwijl in de SAM-gemeenschap schaamte en stigma omtrent geaardheid ervoor zorgen dat men geen hulp durft te vragen. Hierdoor vallen zij tussen de mazen van het huidige zorgnet.

**SAM in een precaire economische situatie**, kunnen door hun omstandigheden gedwongen worden om **transactionele seksuele relaties** aan te gaan.

In deze situaties, die overigens ook tezamen kunnen voorkomen, is het moeilijk (of onmogelijk) om de controle over de eigen seksuele gezondheid te behouden.

*SAM 5: “When we were coming here, we took a flight.” [...] “But now, people just go through Morocco, come through the sea, risking their lives. So these are new waves of migration.” [...] “And these people coming in, they don’t even know their status. Most of them are sick. On the way, when they were coming here... You hear different stories how they were raped.”*

*Professional 3: “Zoals dat we weten is het politiek klimaat ten aanzien van migranten erg veranderd de laatste tijd. Dus mensen, zeker degene die in de illegaliteit leven, die komen niet zomaar boven water. Zeker niet in verband met preventie. Als ze zich goed voelen, hebben ze wel wat andere zorgen om aan te denken.”*

*SAM 8: « On a des stress de papiers. On a des stress de logements. On a d’autres stress. Et à cause de tous ces problèmes, on est obligés... les autres même en arrivent même à se prostituer. Et c’est là où ils vont attraper les maladies. Peut-être il a quitté le pays, il était bien. Mais si il commence à fréquenter des saunas, à prendre des gens qu’ils ramassent dans la rue, à être obligé de vivre*

*avec une personne que tu ne connais pas son état de santé, qui t'oblige à faire ça parce que tu n'as pas d'autre option, tu n'as pas les papiers, et tu as besoin d'une adresse. Tu vois, tu restes victime. »*

*SAM 8: « D'abord, il est homosexuel. Et puis il est séropositif. » [...] « Même l'idée de venir te [een dokter of andere hulpverlener] parler, ça lui fait peur. Il croit que lui va l'insulter. » [...] « Il va dire que tu as eu le sida parce que tu es homosexuel. 'Dieu t'a punie'. » [...] « Tu dois mourir. En Afrique ça, c'est le prix d'un homosexuel. »*

### 1.3 Andere groepen met verhoogd risico

De hier vermelde risicogroepen bestaan uiteraard ook buiten de SAM-gemeenschap. Professionals spraken dan ook regelmatig over **transmigranten en asielzoekers** in het algemeen, of merkten zelfs expliciet op dat problemen gelijkaardig aan deze in de SAM-gemeenschap ook bestaan voor **andere migrantengroepen**. Opvallend genoeg ging dit niet enkel over niet-Europese migranten, maar ook over **Oost-Europeanen**. Ook deze groepen lopen volgens professionals een verhoogd risico om besmet te worden met hiv. Ten slotte wordt nog vermeld dat de hetero populatie uit **andere dan sub-Saharaanse Afrikaanse landen** niet uit het oog verloren mag worden.

*Professional 17: "Of je daar nu Afrikanen en daar nog andere groepen bij steekt..." [...] "...zoals transit migranten..." [...] "...dat is allemaal hetzelfde risicoprofiel." [...] "...die zitten in diezelfde gevoelige netwerken."*

*Professional 13: "Er zijn zo nog wel een paar groepen die wat meer nood aan ondersteuning hebben. En dan denk ik momenteel aan mensen die uit het Oostblok komen." [...] "Er zijn momenten dat wij redelijk veel mensen uit het Oostblok naar hier krijgen."*

*Professional 4: "...voornamelijk via heterocontact moeten we ook goed vinger aan de pols houden van andere werelddelen. De Aziatische werelddelen moeten we goed in de gaten houden wat dat daar gebeurt. Met de epidemiologie. En Zuid-Amerika. Die beginnen gemakkelijker op te duiken in de cijfers. Dus dat is ook een groep die we toch ook goed moeten bekijken."*

## 2 Wat zijn de noden wat betreft hiv-preventie, hiv-testing en leven met hiv bij (subgroepen in) de SAM-gemeenschap?

In de interviews en focusgroep gesprekken konden noden op drie niveaus geïdentificeerd worden: algemene noden, noden specifiek rond hiv-preventie en noden specifiek voor hiv-positieve SAM.

**Algemene noden.** De focusgroep discussies en interviews met SAM en professionals wezen aan dat stigma omtrent hiv in de SAM-gemeenschap op verschillende manieren een erg cruciale rol speelt. Om hiv-preventie mogelijk te maken moet er open gepraat kunnen worden over seksuele gezondheid. Het stigma omtrent hiv en seksuele gezondheid verhindert dit echter. Hier doet zich een schijnbaar onoplosbaar situatie voor: het stigma moet verlaagd worden om het onderwerp bespreekbaar te maken, maar tegelijkertijd moet het onderwerp bespreekbaar gemaakt worden om het stigma te kunnen reduceren.

**Hiv-preventie.** De kwalitatieve data geven aan dat het stigma omtrent hiv in de SAM-gemeenschap hoog is, de risicoperceptie van SAM met betrekking tot hiv laag is, en er een grote nood is aan accurate kennis



omtrent hiv en seksuele gezondheid. Door SAM op een toegankelijke wijze te informeren over wat hiv precies is, hoe het virus zich verspreidt, hoe men zich ertegen kan beschermen, hoe en waar zich men kan testen, wat de behandeling inhoudt en wat deze doet, kan men misvattingen ophelderen en kunnen SAM hun perceptie van hiv bijstellen. Daarnaast moeten SAM nog steeds aangezet worden om zich te beschermen tijdens seksueel contact en om zich te laten testen. Ten slotte is religie voor vele SAM erg belangrijk. Ideeën zoals hiv als straf van God versterken het stigma omtrent hiv, en verhalen over het genezen van hiv door gebed zijn een bedreiging voor het fysieke welbevinden van hiv-positieve SAM. Het is daarom belangrijk samen te werken met religieuze gemeenschappen en hen te betrekken bij preventie-activiteiten.

**Noden specifiek voor hiv-positieve SAM.** Gezien 'treatment as prevention' een belangrijk aspect is geworden van het indijken van de hiv-epidemie, zijn ook de specifieke noden van SAM die leven met hiv erg belangrijk voor een effectief preventiebeleid. Voor hiv-positieve SAM is er ten eerste nood aan meer psychologische ondersteuning. Daarnaast moet er blijven geïnvesteerd worden in het faciliteren van contact tussen hiv-positieve SAM. Terwijl dit een positieve invloed op zowel het mentale als op het fysiek welbevinden van hiv-positieve SAM heeft, zorgt het stigma omtrent hiv er immers voor dat hiv-positieve SAM contact met andere hiv-positieve SAM mijden uit schrik om andere personen uit de gemeenschap tegen te komen. Ook moet medicatie voor iedereen beschikbaar zijn. Indien dit niet zo is, is zelfs voor SAM met goede intenties therapietrouw onmogelijk.

In de volgende paragrafen wordt met betrekking tot een aantal factoren die van belang zijn in verband met hiv en seksuele gezondheid telkens eerst beschreven hoe de huidige toestand in de SAM-gemeenschap er uit ziet. Daarna wordt samengevat welke noden hieruit voortkomen.

## 2.1 Algemene noden

Uit de interviews en focusgroep gesprekken, blijkt dat het **stigma omtrent hiv** in de SAM-gemeenschap nog steeds erg groot is. SAM en professionals geven aan dat de meeste SAM in Vlaanderen sterk religieus zijn. Hiv wordt door vele van hen gezien als een straf van God die enkel slechte mensen, homoseksuelen en promiscue personen treft, waardoor hiv geassocieerd wordt met gestigmatiseerde identiteiten. Dit heeft veroordeling en uitstoting door familie, vrienden en de bredere gemeenschap als gevolg. Veel SAM willen daarom ook op geen enkele wijze met hiv geassocieerd worden.

*Professional 8: "Hoe zij tegenover de ziekte zelf kijken is ook helemaal anders dan dat wij tegenover ziekte kijken. Bij hen is het dikwijls een straf van God. Dus 'wat heb ik verkeerd gedaan?'. Dat geeft ook veel stigma. Want ik ben degene die het heeft opgelopen. Dat wordt toch anders bekeken, hè. Terwijl wij veel gemakkelijker zeggen 'Ik heb pech gehad'."*

*SAM 7 : « Quand on entend qu'une personne a le VIH on entend tout le monde est là «oh!» et puis il y a un rejet. »*

*Focusgroep 2, SAM 1: "Et puis il y a aussi la discrimination aussi chez nous. Quand vous avez le SIDA, on ne mange pas avec vous, on ne vous dit pas bonjour. »*

Dit stigma heeft een weerslag op het primaire, het secundaire en het tertiaire niveau van de gezondheidszorg.

**Primair:** SAM zullen zich vaak niet associëren met de hierboven beschreven gestigmatiseerde identiteiten en denken dus geen risico te lopen op hiv. SAM gaven aan dat hiv door vele leden uit de

gemeenschap wordt gezien als 'iets voor andere mensen'. Verder zal men in seksuele relaties niet durven voorstellen om een condoom te gebruiken. In interviews en focusgroep gesprekken met vrouwelijke SAM werd vermeld dat de partner dan immers zou kunnen denken dat je reeds een seksueel overdraagbare aandoening hebt, of dat je ontrouw geweest bent of wilt zijn.

**Secundair:** Ook zorgt het stigma ervoor dat SAM een hiv test niet zelf durven voor te stellen aan een arts, dat ze niet gezien willen worden in het helpcenter van het ITG waar men gratis hiv-testen kan laten uitvoeren, en dat men bij outreach-testing geen test zal uitvoeren indien men niet het gevoel heeft dat de hele gemeenschap er achter staat. De meeste hiv-positieve SAM die voor het onderzoek geïnterviewd werden, lieten zich dan ook niet op eigen initiatief testen. Men zou dus kunnen zeggen dat dit stigma het preventieve gezondheidsgedrag van SAM met betrekking tot hiv in de weg staat.

**Tertiair:** Gezien 'treatment as prevention' een belangrijke strategie is voor het indijken van de hiv-epidemie, is het belangrijk dat hiv-positieve SAM zowel fysiek als mentaal gezond zijn en dat ze hun status durven bekend maken en hierover willen getuigen. Stigma staat dit echter in de weg. De meeste hiv-positieve SAM houden uit angst voor stigmatisatie en discriminatie hun status verborgen.

Ook de personen uit de SAM-gemeenschap die meewerken aan preventie-activiteiten omtrent hiv krijgen te maken met dit stigma. Er wordt immers van uit gegaan dat als men zich wil inzetten voor dit thema, men zelf ook wel geïnfecteerd zal zijn.

*SAM 2 : « Le problème, alors je ne sais pas.. il faut sensibiliser, il faut les sensibiliser, il faut sensibiliser les gens à faire le test, oui. Il faut sensibiliser et informer parce qu'on peut être séropositif sans le savoir. Ils disent le VIH c'est pour les autres. » Onderzoeker : « Donc la perception du risque n'est pas très.. » SAM 2 : « Voilà voilà. »*

*Professional 2: "En één van de sterktes maar ook één van de problemen van de Afrikaanse community is, dat er een community is. Maar dat is ook een zwakte. Ik denk dat er weinig bevolkingsgroepen meer schrik hebben om gestigmatiseerd te worden en dus effectief niet naar hier durven te komen. Omdat ze weten dat dit een STI centrum is, hè. Omdat ze denken van iemand in de wachtzaal tegen te komen."*

*SAM 6 : « Parce que nous qui faisons, qui sommes sur le terrain nous sommes stigmatisés. Parce que parfois quand vous venez parler, les gens commencent à dire «ah non lui il doit être porteur du VIH c'est pour ça que lui il s'intéresse beaucoup comme ça.»*

Naast het stigma omtrent hiv heeft ook de algemene **taboesfeer die omtrent praten over seksualiteit (of zelfs over persoonlijke problemen) hangt** een negatieve invloed op de preventie omtrent hiv en seksuele gezondheid. In de SAM-gemeenschap praten ouders en kinderen niet over seksualiteit, maar ook tussen partners blijkt praten over seksuele gezondheid erg moeilijk te zijn. Mannen en vrouwen willen zaken omtrent seksualiteit liever niet samen bespreken. Dit gaat zowel over persoonlijke gesprekken thuis, als over gesprekken in groep in het kader van bijvoorbeeld hiv-preventie. Enkele professionals en SAM alluderen op de verschillende positie van man en vrouw in de Afrikaanse cultuur, waarin het als vrouw moeilijk is om eisen omtrent seksueel gezondheidsgedrag op te leggen aan een bedpartner. Omdat seksuele gezondheid binnen de gemeenschap zo moeilijk bespreekbaar is, vinden SAM het ook erg moeilijk om dit thema zelf aan te brengen bij de (huis)arts.

*Focusgroep 2, SAM 3 : « Chez nous normalement c'est un sujet tabou, qu'on ne peut pas parler, même si on va au mariage. C'est la tante qui vient te dire. » [...] « ...ça n'est pas les parents. Non vraiment tu ne peux pas parler avec, c'est un sujet vraiment tabou. » [...] « ...avec la sensibilisation,*

*quand on va à des réunions comme ça, c'est toujours des femmes. Et il y a des femmes qui sont limitées. Elle rentre à la maison mais elle n'arrive pas à parler avec son mari. » [...] « Pour elles, elles pensent que quand je vais dire ça à mon mari, c'est fini. Il va me quitter. »*

*Professional 2: “Waar het ook niet altijd evident is, natuurlijk. Nog meer omdat het... Ja... Je zit dikwijls met een dominante mannencultuur. Dus een vrouw die gediagnosticeerd wordt is per definitie bijna een prostituee. Terwijl het zou kunnen zijn dat die door haar eigen man besmet is, hè. We hebben ook nog altijd voorbeelden van mannen die dan niet willen getest worden. Maar dat zijn dus specifieke problemen die om specifieke aanpak vragen, hè.”*

*Professional 16: “Bij de Afrikaanse gemeenschap, is dat geslotener. Afrikaanse mannen gaan bijvoorbeeld niet over seks praten met een vrouw. Je moet echt al vertrouwen winnen vooraleer ze dat durven doen.”*

**Noden:** Gezien stigma alle lagen van het zorgcontinuüm doorkruist, is er een grote nood om het stigma rond hiv in de SAM-gemeenschap aan te pakken. Om dit te kunnen doen, moet er echter meer openheid komen omtrent het praten over seksuele gezondheid. SAM hebben dus ook nood aan communicatieve vaardigheden met betrekking tot hiv en seksuele gezondheid.

## 2.2 Hiv-preventie

### 2.2.1 Kennis

Het stigma omtrent hiv komt gedeeltelijk voort uit een algemeen gebrek aan kennis over hiv. Het is niet zo dat dit gebrek aan kennis bij personen van Belgische herkomst niet bestaat, maar bij SAM is het volgens vele professionals en SAM groter. Volgens professionals hebben de meeste SAM wel al van hiv gehoord omdat het in het land van herkomst vaak voorkomt. De SAM waarmee in het kader van dit onderzoek gesproken werd, benadrukken echter dat er ook personen zijn die nog nooit van hiv gehoord hebben.

Waar zowel professionals als SAM het over eens zijn, is dat er een **groot gebrek is aan accurate kennis over hiv**: wat is hiv, hoe wordt het overgedragen, hoe behandelt men hiv, en hoe ziet het leven met hiv er uit? Door het gebrek aan accurate kennis geloven vele SAM allerlei misvattingen die de ronde doen. Als antwoord op de vraag ‘wat is hiv?’ heerst er bijvoorbeeld de overtuiging dat het een ziekte is die enkel in Afrika voorkomt en dat hiv een straf van god is die enkel slechte mensen, homoseksuelen en promiscue personen treft. Omdat men zich niet met deze profielen identificeert, ligt de risicoperceptie van SAM met betrekking tot hiv laag.

Ook is er veel **twijfel omtrent de transmissie van hiv**. SAM zijn bezorgd dat hiv overgedragen kan worden via het delen van handdoeken, het wassen van kleren, het drinken uit hetzelfde glas, het schudden van een hand, het gebruiken van een toilet, door geprikt te worden door een mug, door menstruatiebloed, of door een kus op de wang of op de mond en zo voort. Deze zorgen leven in de gemeenschap en versterken het stigma rond hiv, maar ook hiv-positieve SAM leven met de angst om op deze wijze geliefden (zoals bijvoorbeeld kinderen) te besmetten. Deze vrees werd in de gesprekken voornamelijk geuit door hiv-positieve vrouwen en had ook een grote weerslag op hun mentale gezondheid. Andere SAM geloven dan weer niet dat iemand die er gezond uit ziet en/of zich goed voelt hiv kan hebben of denken dat men door te geloven en te bidden niet ziek zal worden.

Vaak zijn SAM ook **niet op de hoogte van de behandelingsmogelijkheden in België**. Ze zien hiv daarom nog steeds als een dodelijke ziekte en weten niet dat je mits het correct nemen van medicatie een goed leven kan leiden met hiv.

*SAM 6 : « Je voyais aussi que dans la communauté il y avait beaucoup de gens qui étaient ignorants. Il y avait de l'ignorance donc il fallait quelqu'un pour pouvoir les éclairer et leurs donner, leurs dire ce qu'il faut pour suivre la bonne voie. » [...] « Beaucoup ne le savaient pas ce qu'est le VIH. Et l'ignorance c'est quelque chose qui n'est pas bien. »*

*Focusgroep 1, SAM 7 : « Elle ne savait pas que moi-même, aussi, je suis séropositive. tu vois, elle avait très peur... puis elle me dit : « si jamais elle vient chez toi, fais attention si elle veut aller aux toilettes. Nettoie bien les toilettes avec des produits si elle sort... parce que tu ne sais pas ce qui peut arriver après. » Je lui dis : « mais tu n'es pas informée, est-ce que tu crois que ça se transmet comme ça ? »*

*SAM 2 : « On peut mettre dans des catégories, y en a qui comprennent, qui sont même engagés dans la lutte contre le VIH, mais d'autres qui ont des fausses informations, qui voient le VIH d'il y a 20 ans quand il n'y avait pas la tri-thérapie avec les 3 médicaments ; ils ont toujours la conception que VIH égal la mort, tout ça, c'est pourquoi je disais alors qu'il faut continuer à informer les gens. »*

Het gebrek aan kennis is breder dan enkel hiv. Zowel professionals als SAM geven aan dat er een **gebrek is aan algemene kennis omtrent seksuele en reproductieve gezondheid**. Zo wordt opgemerkt dat de biologische kennis omtrent het reproductieve systeem voor vele SAM laag ligt, en dat de kennis over andere soa's en hoe je deze kan overdragen beperkt blijft. Enkele professionals haalden ook extreme voorbeelden aan van misconcepties en volksverhalen omtrent zwangerschap, menstruatie en anticonceptie. Ook in één van de focusgroepen werd bediscussieerd dat er nog steeds SAM zijn die denken dat je condoms kan uitwassen en hergebruiken.

Ten slotte wordt aangegeven dat **vele SAM het concept 'chronische ziekte' niet goed begrijpen** en niet inzien waarom men levenslang medicatie zou moeten nemen. Er leeft het idee dat men, zodra men zich niet meer ziek voelt, mag stoppen met medicatie. Dit heeft bij hiv-positieve SAM een negatieve impact op therapietrouw, en dus op hun fysieke welbevinden.

*Professional 5: "Wij zagen dat die vooral [...] heel weinig over anticonceptie en over zwangerschap en abortus wisten." [...] "Wij krijgen soms echt de gekste vragen over menstruatie en over monsters in hun buik. En over... Dat ze niet meer zwanger kunnen worden, want er is een worm in hun lichaam. Dus allemaal dingen die wij niet kunnen vatten."*

*Focusgroep 1, SAM 7: « Il y avait des gens à qui on donnait des préservatifs, et après, ils les lavaient... » [...] « ...pour les réutiliser. »*

*Professional 6: "Analfabeten..." [...] "...die weten weinig of helemaal niets vanuit seksuele gezondheidszorg, of hoe en welke ziektes je kunt krijgen. Ja, hiv, aids, maar ook gewoon STD's Andere mogelijke overdraagbare ziektes...Daar weten zij dus minimum of niets over."*

*Professional 8: "Het concept chronische ziekte is voor veel Afrikanen heel moeilijk en onbekend. Dus het feit dat een behandeling voor altijd is, is een zeer groot probleem voor een Afrikaan." [...] "...heel veel Afrikanen nemen hun pillen wanneer ze het nodig hebben. Omdat ze ziek zijn en als ze na zes maand of zo iets beter zijn, laten ze ze vallen. En dan komen ze een jaar later zieker terug."*

*En moeten we herbeginnen. En dat blijft bij een aantal mensen zeer moeilijk om te accepteren dat iets voor levenslang is.”*

**Noden:** Er is nood aan accurate kennis omtrent wat hiv is, hoe het overgedragen wordt, hoe men zich kan beschermen tegen een hiv-infectie, hoe het behandeld wordt, en hoe het leven met hiv eruit kan zien. SAM zouden ook baat hebben bij meer kennis over seksuele gezondheid in het algemeen, en bij kennis over het Belgische gezondheidszorgsysteem.

### 2.2.2 Testing

Uit de interviews en focusgroeps gesprekken bleek dat door de bovenvermelde taboes en het gebrek aan kennis over seksuele gezondheid en het Vlaamse gezondheidszorgsysteem, **er misconcepties bestaan omtrent wanneer men al dan niet getest is voor hiv**. SAM vinden het moeilijk om het thema seksuele gezondheid zelf aan te brengen bij de (huis)arts. Dit zorgt ervoor dat SAM niet snel expliciet een soa- en/of hiv-test zullen vragen, zelfs indien zij risico gelopen hebben. Mogelijks zullen zij met vage klachten bij de huisarts komen en vragen om ‘alles’ te testen, in de veronderstelling dat deze zaken dan ook opgenomen zullen worden. Artsen zijn echter vaak niet op de hoogte van deze verwachting. Wanneer SAM nadien te horen krijgen dat ‘alles’ in orde is, zullen zij er dus van uit gaan dat ze ook geen soa’s of hiv hebben. Daarnaast denken SAM vaak dat bij elke bloedafname bij een (huis)arts en/of in een asielcentrum sowieso een hiv-test uitgevoerd wordt, ook als de patiënt hiervan zelf niet op de hoogte is. Hoewel SAM in deze situaties dus denken getest te zijn, is het in werkelijkheid onduidelijk of dat al dan niet zo is.

*Professional 8: “Afrikanen gaan niet expliciteren. Dus die zeggen ‘Test mij een keer voor alles’. Dat doen ze standaard ook bij de huisarts ‘Test mij een keer voor alles’. En zij impliceren hiv en SOA. En de dokter impliceert dat niet. Die noemt alles... dat is suiker, cholesterol en zo voort. Dat is niet hiv en SOA. En dat is een enorm misverstand dat een Afrikaan altijd denkt van: ik ben toch bij een dokter geweest. Ik heb toch een bloedname gedaan. Dus ik ben hiv-negatief. Want anders had hij het me wel gezegd. En meest waarschijnlijk... het grootste deel van de tijd worden ze niet getest, hè. En er zijn heel veel mensen die uiteindelijk positief getest worden. Al tientallen keren bij andere dokter geweest.”*

*Focusgroep 1, SAM 6 : « Moi, je pense que chaque Africain qui arrive ici, quand il est dans le centre, on va lui exiger de lui faire ça! » [...] « ...tout le Monde qui est ici, quand on a des gens passés au centre. Et au centre, tout le Monde a été testé. » [...] ...pour la séropositivité. » [...] SAM 1 : « c’était volontaire... » SAM 6 : « Non, non, non. C’était obligatoire de notre temps. » [...] SAM 7 : « On commençait le test pour la tuberculose. Et... » SAM 6 : « Pour le SIDA, aussi. » SAM 7 : « On ne parlait pas du SIDA, directement... » [...] SAM 1 : “C’est juste, ils vont prendre, ils vont prendre le sang. Ils ne vont pas dire qu’ils vont prendre le sang pour le test du SIDA, mais pour les tuberculoses. Peut-être ça... » SAM 6 : « Oui, ils faisaient... » SAM 1 : “Mais parce que le test en soi, ce n’est pas.. il se passe, c’est juste la volonté de quelqu’un.... »*

Wanneer men toch een (huis)arts opzoekt, hebben SAM vaak een **blind vertrouwen in de arts**. Ze zien de arts als expert en gaan ervan uit dat de arts wel een soa of hiv test zal voorstellen indien hij/zij dat nodig acht. Ook dit draagt bij tot het eerder vermeldde feit dat SAM zelden of nooit vragende partij zijn voor een soa en/of hiv-test.

*Professional 10: “Die hebben zoiets van ‘een dokter weet wat die moet doen, ik ga er dus zelf niet achter vragen’.*

*Professional 15: "één van de vragen is ook, heb je een huisarts? Velen zeggen nee. Dus dan denk ik, oké, de huisarts moet nog meer gepromoot worden bij de mensen zodat ze een huisarts zouden hebben. Maar heel vaak is het 'Spreek je met je huisarts over seksualiteit?' 'Nee'. Of 'Zou je ooit een hiv-test aan uw huisarts vragen?' 'Nee'."*

Een laatste nood met betrekking tot testing is de **kostprijs**. Hoewel er centra bestaan waar men zich gratis kan laten testen, is niet iedereen hiervan op de hoogte. Bovendien verhindert het stigma sommige SAM om zich hier aan te melden. Daarnaast bevinden deze plaatsen zich gewoonlijk in de grote steden en moet men dus ook ter plekke geraken. Ook tijdens outreach-campagnes kan gratis getest worden. Deze gelegenheid doet zich echter slechts een aantal keer per jaar voor, en indien de actie niet door de hele gemeenschap gesteund wordt, zullen vele SAM ook deze kans laten passeren. Bij de huisarts wordt de privacy van de patiënt beter gewaarborgd, maar een bezoek aan de huisarts kost ook geld. De totale kostprijs na terugbetaling is niet erg hoog, en wordt daarom door professionals niet als een drempel beschouwd. Enkele SAM gaven aan dat dit echter wel zo is voor bepaalde SAM (bijvoorbeeld degenen met een lage socio-economische status, of voor SAM zonder wettige verblijfspapieren die niet aangesloten zijn bij de mutualiteit).

*Focusgroep 1, SAM 3: « Et qu'on peut le faire gratuitement. Le grand problème aussi c'est la gratuité. Si tout le monde a accès à ce dépistage et gratuitement avec ou sans papier, l'important est d'habiter par exemple en Flandre et que tu aies accès à ça, là je crois que nous aurons beaucoup de personnes qui se feront dépister. L'argent constitue aussi un obstacle pour d'autres personnes. »*

**Noden:** De misconcepties bij SAM omtrent wanneer men wel of niet getest wordt, moeten opgehelderd worden. Ook moeten SAM toegang hebben en op de hoogte zijn van gratis mogelijkheden voor testing. Daarnaast moeten SAM gesensibiliseerd worden om zich te laten testen en hier bij hun (huis)arts om te vragen. Ten slotte is er aandacht nodig voor 'provider initiated testing' waarbij huisartsen en andere medische instellingen proactief testen aanbieden, en moeten (huis)artsen ook op de hoogte zijn van de misconcepties die leven in de SAM-gemeenschap.

### 2.2.3 Culturele aspecten

Zowel de professionals als de SAM zelf wijzen op een groot cultureel verschil tussen personen van Belgische herkomst en SAM wat betreft gezondheidsgedrag. Waar personen van Belgische herkomst een preventieve gezondheidscultuur hebben en regelmatig op 'check-up' gaan, **ontbreekt dit preventieve gezondheidsgedrag in de SAM-gemeenschap**. Dit zowel op het vlak van algemene gezondheid als op het vlak van seksuele gezondheid. In combinatie met de beperkte kennis van de Belgische gezondheidszorg; het feit dat SAM hierin moeilijk hun weg vinden; en het feit dat in Afrikaanse landen hiv, dokters en ziekenhuizen vaak nog met dood of slecht nieuws geassocieerd worden; creëert de tendens om zich hier zo ver mogelijk van weg te houden. Wanneer men zich niet ziek voelt, zal men zich dus niet laten onderzoeken.

*SAM 4: « Nous n'avons pas l'habitude d'aller faire le test, le checking comme on dit, le check-up, nous n'avons pas l'habitude nous les Africains, nous seulement on va à l'hôpital quand on est malade. » [...] « Les Européens, quand ils sont malades, il est conscient qu'il est malade, il va aller directement prendre traitement, tu comprends, et les Européens, quand il voit que non, ça fait un bout de temps il n'a pas été à l'hôpital, même s'il n'est pas malade, il va aller faire le check-up,*

*c'est ça la totale différence. » [...] « Alors chez nous, on va seulement à l'hôpital quand on est tombé malade, tu vois, et c'est les tabous qui restent. »*

Een ander opvallend verschil tussen SAM en personen van Belgische herkomst was de religieuze overtuiging. Zowel de professionals als SAM zelf gaven aan dat de **invloed van de religieuze gemeenschap** groot is. Dit kan een positief gegeven zijn wanneer kerken en moskeeën willen meewerken aan preventie, of wanneer men hier verbondenheid vindt en er kracht uit put om goed voor zichzelf te zorgen. Het kan echter ook een negatief effect hebben wanneer men medicatie over boord gooit omdat men denkt dat men door te geloven en te bidden, of door aan bepaalde zuiveringsrituelen deel te nemen zal genezen van hiv.

*Professional 7: "De kracht in God of Dieu of Jezus is soms wel echt groter in vergelijking met de niet-SAM. Dat de kerk nog meer bloeit dan hier in Vlaanderen. Enerzijds putten mensen daar ook wel kracht uit. Ook al hebben ze het niet gemakkelijk. En geloven ze niet direct in genezing. Gisteren of eergisteren nog een vrouw die zei: 'ja, maar ik kan mijn kruis dragen door diegene hierboven'. Dan vind ik dat wel chapeau dat het een hulp kan zijn. Maar het kan gevaarlijk zijn als mensen zeggen 'ik smijt alles hier overboord, ik stop met mijn pillen, ik leg mijn vertrouwen helemaal in handen van god'. Dat loopt meestal niet zo goed af."*

*SAM 7: « Il y a, par exemple, des chrétiens, eux ils croient en Dieu, ils croient déjà même que le VIH on peut le guérir en priant. »*

*Professional 15: "Maar inderdaad, ik denk dat dat hoofdkanalen zijn waarlangs dat de boodschappen kunnen doorgegeven worden. Ja. Want het speelt er een belangrijke rol in. In hun leven. He, die religie."*

**Noden:** Naast informatie, hebben SAM ook nood aan vaardigheden omtrent preventief gezondheidsgedrag met betrekking tot seksuele gezondheid. Gezien veel SAM deel uitmaken van een geloofsgemeenschap, kan deze gemeenschap veel invloed uitoefenen. Door meer samenwerkingen met religieuze organisaties voor de preventie van hiv en de bevordering van seksuele gezondheid kunnen actuele misconcepties opgehelderd worden.

### 2.3 Noden specifiek voor hiv-positieve SAM

Ook voor hiv-positieve SAM is het uiterst belangrijk dat het stigma omtrent hiv aangepakt wordt. Omdat het stigma rond hiv nog steeds zo hoog is, geven hiv-positieve SAM immers aan dat disclosure moeilijk is. Dit omwille van de **angst om veroordeeld en/of uitgesloten te worden** door familie, vrienden en de gemeenschap. In de groep hiv-positieven die geïnterviewd werd, gaven de vrouwen aan dat hun kinderen op de hoogte waren van hun status. Dit onder andere omdat men de kinderen in het verleden ook had laten testen. Familie en vrienden waren bij de meesten echter niet op de hoogte. Onder de mannen uit de groep had bijna niemand de directe omgeving of andere leden uit de gemeenschap ingelicht over hun status. Zowel professionals als SAM merkten op dat vele hiv-positieve SAM ook niet gezien willen worden in de wachtkamer van het ziekenhuis waar ze opgevolgd worden, uit angst om personen uit de gemeenschap tegen te komen.

Ook rapporteren professionals en hiv-positieve SAM **stigmatiserende reacties van personen buiten hun gemeenschap**, zoals werknemers van gezondheidsdiensten en educatieve diensten, waar, volgens de respondenten, een grote angst is voor personen met hiv.

Daarnaast is er veel **zelfstigma**. Er werd vermeld dat sommige hiv-positieve SAM zichzelf 'vuil' of 'niet normaal' vinden en zich schamen. De meeste hiv-positieve SAM proberen daarom hun positieve status voor zich te houden. Dit zorgt ervoor dat ze bijvoorbeeld hun **medicatie stiekem proberen te nemen**, met als mogelijk gevolg een slechte therapietrouw.

Leven met hiv is voor niemand evident. Het feit dat de meeste hiv-positieve SAM uit vrees voor uitsluiting en discriminatie hun hiv-status angstvallig voor zich houden, maakt dit nog moeilijker. In de gesprekken met professionals werd door enkelen aangegeven dat er **nood is aan meer psychologische ondersteuning** voor hiv-positieve SAM. Ondanks de nood aan psychologische begeleiding en het aangetoonde positieve effect van contact met andere hiv-positieve personen (zie verder), **gaan de meeste hiv-positieve SAM het contact met andere hiv-positieve SAM uit de weg**. Men vreest immers personen uit de eigen gemeenschap tegen te komen die hun status dan aan anderen bekend zullen maken.

*SAM 2 : « Le problème c'est cette stigmatisation, cette discrimination qui subsiste, oui, donc certains hésitent à aller vers les autres parce que, ah je veux pas que ma communauté sache que je suis séropositif. Donc être discriminé, c'est pourquoi ce travail de sensibilisation, d'information, pour moi c'est très important, oui. Quand les gens comprendront qu'être séropositif ce n'est pas, on ne contamine plus quand on prend bien le médicament, la discrimination va diminuer, c'est ce que je pense. » [...] « mais il y a une difficulté justement, parce que les gens qui sont séropositifs continuent à s'isoler en quelque sorte. À cause de ce problème dont j'ai parlé, de stigmatisation, la discrimination... »*

*Focusgroep 1, SAM 7: « Et puis bon on a besoin aussi, parce que la plupart des gens qui sont séropositifs, la première fois, quand tu apprends que tu es séropositif, tu es désespéré, et puis tu t'enfermes sur toi-même...et tu n'oses pas le dire à n'importe qui, ton désespoir, même à ton médecin, même ta famille, tu ne peux pas en parler. Et le fait de se renfermer sur soi-même, des fois, il y en a qui vont même à l'hôpital en cachette... qui prétextent le voyage pour ne pas être reconnus dans le milieu où ils habitent. » [...] « Moi, j'ai même appris à prendre ma brosse à dents et partir avec dans mon sac à main. Parce que je me disais... » [...] « ....si mon enfant, touche ça... Donc, c'est pour se stigmatiser soi-même. Parce qu'on n'était pas informés, encore. » [...] « Par exemple, si je vais en vacances dans des familles, là, pour prendre mon traitement, je dois me cacher.... »*

*Professional 16: "Maar je ziet toch heel veel... Na zeven, acht jaar hiv-positief zijn... Dat ze een psychologische problematiek beginnen te krijgen. Want die opvang is ook nodig bij die mensen." [...] "Daar zie je ook verschillen toch van mensen. Die barrière is groter bij de Afrikaanse bevolking... Dan bij de westerse bevolking. Maar ik denk dat dat ook schaamte is of zo. Maar dat valt wel op. De Afrikanen gaan minder naar hun psycholoog gaan dan de westerse. En je zegt we maken een afspraak, ze gaan zeggen 'ja', en op het laatste komen ze niet. De psycholoog heeft ze niet gezien. Maar toch voel je dat er bij die mensen een grote psychologische ondersteuning nodig is."*

Hiv-positieve SAM worden ook geconfronteerd met fysieke noden. Een **goede therapietrouw is essentieel voor het fysiek welbevinden** van hiv-positieve SAM. Verscheidene redenen werden reeds aangehaald waarom therapietrouwheid bij hiv-positieve SAM moeilijk blijkt te zijn: omwille van stigma probeert men medicatie stiekem te nemen, waardoor het niet consequent gebeurt; het concept chronische ziekte wordt niet goed begrepen, waardoor sommige SAM stoppen met medicatie wanneer



men zich goed voelt; en door misconcepties omtrent genezing door te geloven en bidden, willen sommige SAM geen medicatie nemen, of stopt men met medicatie.

Ook de **kwetsbare socio-economische status** waarin sommige SAM zich bevinden, vormt een extra uitdaging bij het correct nemen van de medicatie. SAM gaven aan dat de prijs van een doktersbezoek of medicatie een **drempel kan vormen bij therapietrouw**. Bovendien is medicatie niet voor iedereen beschikbaar. Zo is het bijvoorbeeld voor hiv-positieve SAM zonder papieren in Vlaanderen erg moeilijk om aan medicatie te geraken. Zij moeten bijvoorbeeld hun toevlucht gaan zoeken in Brussel. Tijdens één van de gesprekken met professionals werd aangegeven dat er vaak wel procedures zijn om deze personen ook hier verder te helpen, maar hier gaat veel papierwerk mee gepaard, en dokters zijn vaak niet op de hoogte van wat er exact moet gebeuren.

*Focusgroep 1 : SAM 1: « L'accès aux médicaments. » Onderzoeker : « C'est un problème ? » SAM 1: « Oui, parce que, dans notre groupe, il y a des gens qui ont coupé leur accès aux médicaments. Ils devaient aller dans une autre commune, comme Bruxelles que sortir un flingue pour aller se faire inscrire à Bruxelles pour avoir les médicaments. » [...] SAM 3: « Parce que du moment que tu n'as pas les papiers, tu n'as pas le droit aux médicaments. » SAM 2: « Maintenant. Avant, on avait droit aux médicaments. On a ou on n'a pas de papiers. Mais pour le moment, quand on n'a pas de papiers, ici en Flandres on n'a pas droit aux médicaments. Il faut vous débrouiller, aller à Bruxelles, ou en France, pour trouver des médicaments. »*

*Professional 4: "Maar ik denk dat er wel veel meer huisartsen en zo dat moeten kunnen om toegang geven van zorg aan mensen zonder wettig verblijf. Maar dat ze het dikwijls om verschillende redenen niet doen. Omdat ze niet weten dat die regeling bestaat. Omdat het ingewikkeld is en zo. Dus in die zin, is er wel nog verdere verbetering mogelijk."*

Een ander element dat tijdens de gesprekken met professionals aan bod kwam, is dat **hiv-positieve SAM veel meer bezorgdheden uiten omtrent hun gezinsleven**. De vraag of men nog kinderen kan krijgen is bij SAM vaak prioritair terwijl deze bij MSM vaak niet relevant is, maar ook bij Europese hetero's niet als meest prangende kwestie beschouwd wordt. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat het gezin een belangrijk statussymbool is in de Afrikaanse cultuur. Het is daarom ook belangrijk dat de opvolging van hiv-positieve SAM hierop inspeelt en cultuursensitief gebeurt.

*Professional 16: "Wat dat ik ondervind is bij Westerse koppels is dat je dan de partner mee in het verhaal betreft: 'Kan ik nog seks hebben?'. En wat je bij de Afrikaanse dan rapper ondervindt: 'Kan ik nog kinderen krijgen?'. De vragen zijn verschillend." [...] "Die familie wordt daar meer bij betrokken. Terwijl in de westerse maatschappij mensen misschien individueler gaan denken: 'Kan ik nog?', 'Mag ik dat nog?', 'Mag ik dit nog?'. Terwijl een Afrikaan zegt: 'Mag mijn gezin?', 'Mijn kinderen?'..."*

**Noden:** Het aanpakken van hiv-gerelateerd stigma is belangrijk om zowel het fysiek als het mentaal welzijn van hiv-positieve SAM te verbeteren. Daarnaast hebben zij nood aan meer psychologische ondersteuning, en moet er nog meer ingezet worden op het faciliteren van contact met andere SAM die zich in dezelfde positie bevinden. Ook hebben hiv-positieve SAM nood aan gratis testing en medicatie. Deze zaken moeten voor iedere SAM ter beschikking zijn, met of zonder papieren. (Huis)artsen moeten op de hoogte zijn van procedures om hiv-positieve SAM zonder papieren en/of beperkte financiële middelen toch te kunnen testen en aan medicatie te kunnen helpen. Ten slotte is het erg belangrijk om aan SAM te tonen dat hiv-positieve personen nog een 'normaal' leven kunnen leiden en ook kinderen kunnen krijgen.

### 3 In hoeverre beantwoordt de huidige outreachende, cultuursensitieve en participatieve aanpak werking aan deze noden?

De respondenten geven aan dat het HIV-SAM project met haar huidige outreachende, cultuursensitieve en participatieve aanpak inspeelt op de noden van SAM. **De activiteiten van het HIV-SAM project zijn gekend en worden erg gewaardeerd** in Antwerpen en Gent. De effecten van het programma die men nu reeds kan observeren situeren zich zowel op het terrein van de primaire als op het terrein van de secundaire en tertiaire of positieve preventie. Er wordt namelijk aangegeven dat de gemeenschap de laatste jaren gesensibiliseerd werd; dat de kennis omtrent hiv en seksuele gezondheid vergrootte; en dat de perceptie van hiv veranderde. Bovendien wordt er hard gewerkt aan het reduceren van stigma omtrent hiv en seksualiteit. Het taboe omtrent praten over seksualiteit blijft echter bestaan. Meer SAM laten zich ook testen, en het faciliteren van contact tussen hiv-positieve SAM blijkt effectief een positieve impact op zowel hun mentale als fysieke gezondheid te hebben. Gezien SAM van mening zijn dat het zien van een hiv-positieve persoon die een goed leven leidt één van de beste preventiemechanismen is, wordt het geven van getuigenissen door rolmodellen gezien als een effectieve strategie. Hoewel de effecten reeds zichtbaar zijn binnen de gemeenschap, zijn er ook nog vele SAM die momenteel nog niet bereikt worden. Hiv-preventie voor de SAM-gemeenschap blijft dus nog steeds nodig.

Het HIV-SAM project probeerde deze effecten voorbij jaren te bereiken door middel van verschillende **samenwerkingsverbanden**. Omdat ze dit op een cultuursensitieve en participatieve wijze wilden doen, werd samengewerkt met individuele vrijwilligers en zogenaamde 'sleutelorganisaties': socio-culturele of religieuze organisaties uit de SAM gemeenschap die zich (meestal op vrijwillige basis) wilden inzetten ter preventie van hiv en promotie van de seksuele gezondheid in hun gemeenschap. Daarnaast werd er om de outreachende werking te versterken gewerkt rond het ondersteunen van (huis)artsen en werd er samengewerkt met inburgeringstrajecten voor nieuwkomers, en andere organisaties zoals het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG), Dokters van de wereld en Sensoa.

Het HIV-SAM project wordt **erg gewaardeerd door de partners uit deze samenwerkingsverbanden**. Er wordt daarom door zowel SAM als professionals aangegeven dat men de huidige samenwerkingen en activiteiten graag verder gezet ziet worden. Naast de successen van de preventie-activiteiten die door het HIV-SAM team aangestuurd worden, geven professionals en SAM ook een aantal knelpunten aan. Zo vinden de meeste activiteiten nu plaats in Antwerpen en Gent, maar gebeurt er weinig in de rest van Vlaanderen. Ook het netwerk van het HIV-SAM project beperkt zich voornamelijk tot Antwerpen en Gent. Daarnaast werkt het HIV-SAM project met verschillende religieuze leiders en hun kerkgemeenschappen, maar is geen van deze partners momenteel een sleutelorganisatie. Ten slotte wordt opgemerkt dat de vrijwilligerswerking meer effectief georganiseerd zou kunnen worden.

#### 3.1 Positieve uitkomsten van het HIV-SAM programma

De diepte-interviews met professionals behandelden niet alleen hun ervaring over de samenwerkingen met het HIV-SAM project, maar ook of de activiteiten waaraan zij meewerken volgens hen effectief zijn en zo ja op welke manier. Ook in de interviews en focusgroep discussies met SAM peilden we naar de impact van de activiteiten van het HIV-SAM project in de gemeenschap. We delen de resultaten op in drie categorieën: effectiviteit op vlak van primaire preventie, van secundaire preventie en van tertiaire preventie.

### 3.1.1 Primaire preventie

SAM en ook enkele professionals gaven aan dat de SAM-gemeenschap door de activiteiten van het HIV-SAM project gesensibiliseerd werd. De **kennis** in de SAM-gemeenschap is verhoogd, dit zowel omtrent wat hiv is, als omtrent transmissiewegen, behandeling, en leven met hiv. Daarnaast verhoogde de kennis omtrent seksuele gezondheid in het algemeen.

SAM en professionals vermelden ook dat voornamelijk getuigenissen van personen met hiv een grote invloed hebben op de veranderende perceptie van hiv en dat ze helpen het **stigma** te verlagen. De SAM-gemeenschap kan hierdoor immers zien dat personen met hiv nog steeds een normaal leven kunnen leiden en bijvoorbeeld kunnen werken en een gezin stichten.

*Professional 17: “Je zag wel dat in de gemeenschap de kennis over hiv en het taboe op condoomgebruik en de openheid tegenover patiënten veel verbeterd was, al kom je natuurlijk van heel ver en zijn er sommige dingen dat je waarschijnlijk zult horen in focusgroepen waarvan je denkt “oh, wa zeggen die mensen hier, da’s kei stigmatiserend”, maar er zit wel een verbetering in. Daar ben ik wel van overtuigd.”*

*Focusgroep 3, SAM 1: “The most convincing part of it, especially when we do these symposiums, the most convincing part is that sometimes the people with hiv themselves they will come.” [...] “That was the most convincing part. People are going to see that, yes, this guy is surviving with this drug. It’s not impossible.” [...] “It’s like everyone that has this now...” [...] “...can be treated and you have a normal productive life. You can have children like every other human being. You can do whatever you want to do like a normal human being provided you take your drugs.”*

Volgens de SAM zelf slaagde het HIV-SAM project er eveneens in om de **risico-perceptie** bij SAM te verhogen, en werd er **capaciteit opgebouwd** binnen de SAM-gemeenschap. Verschillende SAM-vertelden erg blij te zijn met de trainingen die zij van het HIV-SAM project krijgen. Ze gebruiken de technieken die ze binnen dit project leren ook om de preventie-boodschap verder te verspreiden binnen hun gemeenschap, en ze zouden graag meer opleiding krijgen.

Enkele respondenten merkten ook vooruitgang op wat betreft het **taboe omtrent praten over seksuele gezondheid**. Zo vertelde één van de SAM dat men preventiemateriaal zoals condooms vroeger stiekem moest verdelen. Nu is dit echter niet meer nodig. Één professional drukte expliciet uit dat de activiteiten van het HIV-SAM team helpen om het stigma en het taboe rond praten over seksualiteit te overwinnen.

De gratis **condooms** die door het HIV-SAM project ter beschikking worden gesteld, worden binnen de gemeenschap vaak gebruikt om het gesprek rond hiv en seksuele gezondheid met anderen aan te gaan. Ook valt het op, zowel in de gesprekken als tijdens bezoeken aan plaatsen waar SAM samenkomt, dat de SAM echt vragende partij zijn voor gratis condooms. Natuurlijk kunnen condooms ook aangekocht worden in de supermarkt, maar de kostprijs en schaamte rond het kopen van condooms vormen drempels hiervoor. Of de condooms die gratis verspreid worden ook daadwerkelijk gebruikt worden, is volgens de geïnterviewden afhankelijk van de preventie-boodschap die gepaard gaat met het verstrekken van deze condooms. Deze moet immers duidelijk de problematiek uitleggen en cultuursensitief zijn.

*SAM 6: “Nous sommes là pour leurs dire ce qu’on a reçu comme formation et avec ça beaucoup de gens maintenant nous comprennent. Il y a quelques années, par exemple, pour distribuer les préservatifs c’était en secret. Aujourd’hui les gens t’interpellent dans la rue «oui s’il te plait je n’ai plus de préservatif, est-ce que tu peux m’en donner ?» parce que nous on en a toujours. Les gens*

*même dans les cafés, quand on est dans les cafés, les gens n'ont plus honte de venir peut-être prendre pour aller utiliser. Notre présence a facilité la communication."*

*Focusgroep 3, SAM 2: "Yeah. Where did you get it from? Then you start explaining. And when you start explaining some are really interested "Okay, how does this thing work? They give you this thing for free?", "Yeah, it's just for me to pass the message to you and you to pass it to the other one. So that at least when you are protected, I am protected." [...] "The condom for us is really a big avenue for bringing [the message]."*

### 3.1.2 Secundaire preventie

Professionals waardeerden de initiatieven die het HIV-SAM project onderneemt om **artsen** te motiveren proactief en cultuursensitief te counselen. Echter, over de effectiviteit van deze programma's werden weinig uitspraken gedaan.

Betreffende de **samenwerking met onthaalklassen** werd aangegeven dat de informatie en tips die het HIV-SAM team verstrekke de kennis en capaciteiten van de leerkracht verhoogden.

Ten slotte kwam het **hiv-testen** aan bod. De mogelijkheid tot gratis en anoniem testen helpt om de drempel te verlagen. Sommige SAM willen zich echter niet laten testen in het ITG. Ze vinden het positief dat testen daar gratis kan, maar omdat het ITG ook met hiv geassocieerd wordt en het helpcenter zo duidelijk zichtbaar is, willen sommigen er niet gezien worden. Daarom is het goed dat er ook outreachend gewerkt wordt.

Daarnaast vonden SAM de **sensibilisering** die er rond hiv-testing gebeurt erg belangrijk. Ze gaven aan dat er meer mensen zich lieten testen op momenten waar er een seminarie of uitgebreide informatie-sessie gekoppeld werd aan het outreach-testen. Gezien meer en meer SAM zich laten testen, zouden dus ook steeds meer SAM hun status moeten kennen, al geven professionals aan dat het nog veel energie kost om SAM ervan te overtuigen dat de test daadwerkelijk anoniem uitgevoerd kan worden. Ook zijn er volgens de professionals verschillende voorkeuren met betrekking tot testen op bloed of op speeksel.

*SAM 6: "Tant qu'ils sont informés et quand ils savent que c'est un truc anonyme, beaucoup passent, quand ils ont les informations, ils vont à l'institut, ils font le test. Ça fait que beaucoup de gens maintenant sont informés.»*

*Focusgroep 3, SAM 3: "They create an environment... for this last test we all did here after the symposium. I can tell you nearly 99% people who were here did the test."*

### 3.1.3 Tertiaire of positieve preventie

Professionals die hier ervaring mee hadden, waren **positief over patiëntengroepen** die hiv-positieve SAM met elkaar in contact brengen. Zij zagen zowel mentale als fysieke vooruitgang bij deelnemende SAM: Door deelname aan de groep verbeterde de therapietrouw, kregen patiënten meer zelfwaarde en durven sommigen in bepaalde situaties (bijvoorbeeld bij een arts of in de familie) hun status zelfs bekend maken. Bovendien zagen sommige professionals deze groepen als een bron voor getuigen die ingezet kunnen worden bij preventie-activiteiten.

Ook hiv-positieve SAM die lid uitmaken van deze groepen zien er enkel voordeel van. Zij gaven aan dat de groep hun welzijn verbeterde omdat het hun isolement doorbreekt. Omdat hiv nog steeds gestigmatiseerd wordt, houdt men zijn/haar status nog voor velen geheim. In de groep kan men hier echter vrijuit over praten en kan men elkaar vragen stellen en ideeën uitwisselen. Daarnaast merkte de hiv-positieve SAM op dat ook hun fysieke gezondheid verbeterde en hun algemene preventieve gezondheidsbewustzijn verhoogd was. Door te leven met hiv maar ook medisch opgevolgd te worden en steun te krijgen uit de groep, was men gemotiveerd goed zorg te dragen voor zichzelf en zich regelmatig te laten nakijken, ook voor andere (mogelijke) ziektes. Het contact hielp hen dus om sterker in hun schoenen staan, zichzelf beter te beschermen, en een betere therapietrouw hebben. Indien men hierdoor 'ondetecteerbaar' kan worden en blijven, verkleint dus ook het risico om anderen te besmetten. Een illustratie van hoe ook behandeling en therapietrouw een belangrijk onderdeel vormt van het preventiebeleid ("**treatment as prevention**").

*Professional 14: "Door die groepswerking, we hebben toch ook gezien dat er een meisje dat al jaren niet op ondetecteerbaarheid stond nu plots wel op ondetecteerbaar staat. Of ééntje die dan na vijftien jaar toch haar ouders heeft ingelicht. Dat zijn wel mooie resultaten eigenlijk, hè. En vooral ook gevoeld dat ze dat isolement hebben kunnen doorbreken door die contacten te leggen."*

*Focusgroep 1, SAM 3: « Cette maladie m'a donné un autre sens à la vie. Dans l'hygiène, dans....Parce que avant, j'étais comme pff, on n'a rien à foutre. Bonne santé ? Rien à foutre. Donc, je fais attention à ma vie. Quand on a une relation sexuelle, je fais très attention, pour autres maladies sexuellement transmissibles, je fais attention. Donc... Elle m'a poussé à faire du sport. Depuis que j'ai commencé à prendre des médicaments, j'ai fait du sport jusqu'à maintenant. »*

*Focusgroep 1, SAM 7: « C'est le fait de fréquenter les associations, ça fait que toi aussi, tu t'acceptes. Et puis si tu t'acceptes, c'est déjà une bonne chose pour la société, parce que là, tu peux parler aux autres. Les gens qui ont peur... de se faire dépister, tu peux leur parler. Et puis ça a un côté positif, aussi, pour toi-même. »*

Hoewel volgens de respondenten het HIV-SAM programma reeds een aanzienlijke impact gehad heeft op de gemeenschap, zijn er nog steeds veel SAM die niet gesensibiliseerd zijn, die hun status niet kennen, of die hun hiv status niet delen. Bovendien is het stigma op hiv nog niet verdwenen en blijft het taboe omtrent praten over seksuele gezondheid bestaan. Zowel SAM als professionals geven daarom aan dat het **werk nog steeds erg nodig** is.

*SAM 5: "I can confidentially tell you that we have cut [de onwetendheid] down with about 40%." [...] "But this takes time, for people to be fully aware." [...] Onderzoeker: "But when it comes to stigma there is still some work to do?" SAM 5: "There is still some work to do. Yeah."*

*SAM 2 : « [Il] y en a qui comprennent, qui sont même engagés dans la lutte contre le VIH, mais d'autres qui ont des fausses informations, qui voient le VIH d'il y a 20 ans quand il n'y avait pas la tri-thérapie avec les 3 médicaments; ils ont toujours la conception que VIH égal la mort, tout ça, c'est pourquoi je disais alors qu'il faut continuer à informer les gens. »*

### 3.2 Samenwerkingen ter bevordering van een participatieve werking

Het HIV-SAM project werkt met vele organisaties samen voor verschillende studies, projecten en activiteiten rond hiv in de SAM gemeenschap. Het gaat hier zowel om gezondheidsorganisaties, als om educatieve instellingen, socioculturele organisaties uit de SAM-gemeenschap, en zelfs om vrijwilligers. Het HIV-SAM project zet de samenwerking met sleutelorganisaties op door middel van een contract – en een desbetreffend budget – waarin hun taken na overleg met het team worden vastgelegd, met een planning, supervisie vergaderingen, opvolging en rapportering. Deze samenwerking verschilt van de groep individuele vrijwilligers, die door het HIV-SAM project naar de regels van de Belgische vrijwilligerswetgeving vergoed worden.

Elk van deze samenwerkingsverbanden heeft een aantal pluspunten, maar kampt ook met moeilijkheden en gebreken. In dit deel van het rapport wordt gekeken naar de huidige samenwerkingen van het HIV-SAM project, wat zij hiermee op het terrein proberen te veranderen, en wat de professionals en SAM hier van vinden.

#### 3.2.1 Sleutelorganisaties

Het HIV-SAM project wil de strijd tegen hiv samen met de SAM gemeenschap voeren, en heeft daarom de laatste jaren een participatieve aanpak gebruikt. Ze leverden veel inspanningen met het oog op het **creëren van een netwerk met 'sleutelorganisaties'**. Dit zijn socioculturele organisaties uit de SAM-gemeenschap die het HIV-SAM project helpen bij hun preventie-activiteiten. Met deze samenwerking wil HIV-SAM de SAM-gemeenschap op een cultuursensitieve manier sensibiliseren en de capaciteiten van de gemeenschap omtrent seksueel gezondheidsgedrag verhogen. De meeste professionals steunen deze cultuursensitieve aanpak. Zij geven aan dat het belangrijk is om dicht bij de gemeenschap te staan, en denken dat het samenwerken met de SAM-organisaties ook drempelverlagend werkt naar de leden van de SAM-gemeenschap toe.

SAM geven aan dat deze **participatieve aanpak** voor hen om verschillende redenen een belangrijke **basisvoorwaarde is voor een succesvol preventiebeleid**. Ten eerste willen zij als gemeenschap betrokken worden bij dit proces en 'ownership' behouden met betrekking tot wat er in hun gemeenschap gebeurt. Ze waarderen dan ook dat het HIV-SAM project beroep doet op hun kennis omtrent gebruiken, normen en waarden in de gemeenschap om zo een aangepast cultuursensitief programma aan te kunnen bieden. Ten tweede zijn de SAM volgens professionals en SAM zelf een moeilijk te bereiken gemeenschap. Het sociale leven van SAM is vaak georganiseerd via socioculturele en religieuze organisaties, en bovendien hebben de sleutelfiguren autoriteit over de gemeenschap en worden ze vaak als een vertrouwensfiguur gezien. Zij kunnen daarom heel wat deuren openen en hun positie gebruiken om preventieboodschappen te verspreiden, of om de gemeenschap hiervoor meer ontvankelijk te maken. Personen die via de sleutelorganisaties of sleutelfiguren in aanraking kwamen met het HIV-SAM project en interesse hebben om bij te dragen aan het project, worden vaak ingeschakeld om te helpen bij activiteiten en het verder verspreiden van informatie. Deze personen, die via de sleutelorganisaties geëngageerd zijn, ervaren deze samenwerking over het algemeen positief. Zo

wordt aangegeven dat men het ook nuttig vindt voor zichzelf omdat men op deze manier zelf ook meer over de kwestie leert.

*Professional 8: "Zij zijn degene die tussenpersoon zijn. En dat is belangrijk. Dat hebben wij nodig. Wij kunnen niet zomaar naar die plaatsen gaan waar Afrikaanse gemeenschappen bijeenkomen. En dan het woord gaan nemen. En gaan zeggen 'Jullie moeten dit of dat doen.'. Zo werkt dat niet, hè." [...] Onderzoeker: "Waarom luisteren ze wel naar het HIV-SAM-project?" Professional 8: "Omdat zij doelen op de hiërarchie. En op de manier zoals verwacht wordt binnen een organisatie." [...] "Gaan spreken met de chef. En zorgen dat iedereen in zijne rol doet wat hij moet doen. En dat heeft tijd nodig. Daar moet je veel tijd insteken." [...] "Je moet de juiste mensen contacteren. En voorbereiden, en zorgen dat de weg geëffend is."*

*SAM 1: "The Sub-Saharan Africans, we have a common culture. We have a common language. We can reach our people in a perfect way. And an easier way. And they can listen to us. Instead of another person. And according to our experience here, we find this very good. We are doing a good way. We erase the stigma. We erase the taboo. And we are doing well. Because they listen to us. And with the knowledge and the help of the tropical institute."*

*SAM 1: "Because the community leaders have an influence over the other people. And they listen to you. They respect you. They listen to you. They trust you. So this is really important. And they come as they have any social problem. Normally for our community, they come to you. You can help them." [...] "...they trust you. So if you talk to them about anything about health care, about prevention and so. They know that the message is from a person they trust."*

Respondenten wijzen ook op een aantal **nadelen verbonden aan het werken met sleutelorganisaties**. Respondenten geven aan dat het engagement voor dit project aangaan, zwaar kan zijn, zeker voor personen die een lage socio-economische status hebben. De resultaten tonen dat dit engagement kan wegen op het familiale, sociale en professionele leven van de vrijwilligers. Dit geldt eveneens voor hun engagement naar de socioculturele organisaties toe: Wanneer een vrijwillig engagement, dat vaak onvoldoende gecompenseerd wordt, in conflict komt met werk of familie, zal dit engagement stop gezet worden. Daardoor kan het werken met sleutelorganisaties en sleutelpersonen erg volatiel zijn.

*SAM 4: "...tu dois aller à Alost, tu dois faire Saint Nicolas, tu dois faire Malines, tu dois être partout pour ramener ta connaissance. » [...] « Mais ma chère, quand on te dit, tu fais ça, fais ça, fais ça, est-ce que tu vas commencer à continuer à payer des billets de train toi-même ? Tu vas continuer à aller ? Parce qu'aller négocier pour une session, aller préparer un terrain, ça demande de l'énergie, de la volonté... » [...] « la collaboration est bonne mais j'aime les gens qui respectent le travail des autres, tu comprends... » [...] « ...parce qu'y a d'autres de mes membres qui ont eux-mêmes décidé d'arrêter. » [...] « c'est trop. » [...] « ...ça devient un peu plus compliqué quand on augmente les choses et puis on rabaisse les financements. » [...] « On veut des bénévoles, on paye ce qu'on fait comme activité, oui d'accord, mais nous perdons le temps, nous réfléchissons pour faire des rapports... »*

Professionals merken ook op dat sleutelorganisaties soms een andere aanpak hebben, wat de samenwerking soms uitdagend kan maken. Zo kunnen er verschillende ideeën zijn over hoe zaken aangepakt of georganiseerd moeten worden, en is omgaan met tijd en stiptheid vaak een struikelblok. Ten slotte bestaat de SAM-gemeenschap ook uit erg veel verschillende groepen, zowel qua origine als qua taal, opleidingsniveau, sociaaleconomische status, geloof, en zo voort. Hoewel HIV-SAM reeds een belangrijk aantal organisaties in diens samenwerkingsverband heeft, zijn een **verdere investering in het**

**bestaande netwerk en uitbreiding naar nieuwe groepen** noodzakelijk om het programma in de toekomst te kunnen versterken. Bij deze uitbreiding van het bestaande netwerk zou ook aandacht moeten gericht worden op bepaalde specifieke doelgroepen, zoals MSM-SAM, die momenteel tussen de mazen van het zorgnet vallen. Binnen het HIV-SAM programma een lijn voor deze groep uitbouwen en/of samenwerken met organisaties die hier expertise in hebben zou dit probleem kunnen verhelpen.

*Professional 8: “Typisch is dat het moeilijk afspreken is. Een uur is geen uur. Als iets begint om acht uur 's avonds, dan moet je niet voor middernacht gaan. Want er is toch geen kat.” [...] “En dan spreek je alles af voor een bepaald moment en dan last minute is dat een week verschil om de één of de andere reden. Waarbij heel onze agenda naar de vaantjes is. Want wij werken met een agenda. Zij werken niet met een agenda. Dat werkt helemaal anders. Uiteraard, dat botst soms. Dat is flexibiliteit van hen. En een gebrek aan flexibiliteit vaak bij ons. Maar natuurlijk kan je het ook anders omdraaien. Efficiëntie bij ons en een gebrek van efficiëntie bij hen. Dat gaat hand in hand.”*

*Professional 17: “Mensen zien altijd een Afrikanen in een Afrikaan, maar dat is absoluut niet zo. Je moet eigenlijk de verschillende gemeenschappen vertegenwoordigd hebben om je in in te werken en zelfs binnen de gemeenschap heb je nog kleinere groepjes en dan heb je zelfs nog andere soort circuits.”*

*Onderzoeker : « Donc, maintenant les gens homosexuels avec origine Afrique qui vivent à Anvers, quand il y a besoin de formation, de l'aide, ils viennent... » [...] « ...à Bruxelles, à WHY ME. » [...] WHY ME : « Avant on faisait chaque samedi, chaque dernier samedi et premier jeudi [des activités à Anvers]. Maintenant, on ne les fait plus pour causes de moyens. »*

### 3.2.2 SAM-vrijwilligers

Wanneer professionals aangaven ervaring te hebben met het samenwerken met vrijwilligers uit de SAM-gemeenschap, vonden ze dit een erg waardevolle piste. De professionals gaven echter aan dat deze **vrijwilligerswerking beter georganiseerd en gemonitord** moet worden. Een mogelijkheid die aangegeven werd, was het beter vergoeden van deze vrijwilligers. Ook de vrijwilligers zelf steunden dit idee. De vrijwilligers krijgen een vergoeding volgens wettelijke richtlijnen. Sommige vrijwilligers botsen hierdoor op het plafond van het aantal toegestane uren en de overeenkomstige verloning daar ze meer uren zouden willen werken dan binnen de wettelijke bepalingen mogelijk. Andere vrijwilligers lijken te vinden dat de gevraagde taken niet binnen de beschikbare budgetten en tijdspanne uitgevoerd kunnen worden. Dit kan soms tot ontevredenheid leiden.

Zij gaven aan dat de stijgende vraag om hulp (om bijvoorbeeld meer acties te ondernemen, ook steeds verder weg van huis) niet altijd in verhouding stond tot de beperkte budgetten die hiervoor voor handen waren. Vrijwilligers, maar ook sleutelfiguren, die zich inzetten voor het HIV-SAM project zijn vaak personen die echt gemotiveerd zijn om hun gemeenschap te helpen en te versterken. Dit is echter geen gemakkelijke taak. Zo krijgen ze te maken met stigma door deel te nemen aan deze activiteiten – zoals reeds eerder in dit rapport werd aangehaald – en worden zij geconfronteerd met culturele barrières omtrent communicatie rond seksualiteit. Vrijwilligers en sleutelfiguren willen daarom ook erkend worden voor hun werk door de juiste verloning en ondersteuning. De meesten onder hen geven aan een opleiding gekregen te hebben van het HIV-SAM project. Ze zijn er blij met deze trainingen en informatiesessies, maar vinden dat deze uitgebreider zouden moeten zijn en meer frequent plaats moeten vinden. Ook reeds opgeleide vrijwilligers willen tijdig updates, bijvoorbeeld omtrent de evolutie



van de ziekte en de medicatie. Ook wordt aangegeven dat het nodig is tijdig informatie omtrent activiteiten te verspreiden, zodat er voldoende tijd is om mensen te mobiliseren.

*Professional 17: “Er zijn wel dingen geweest om vrijwilligers op te leiden om dan de boodschap verder te gaan vertellen maar ik denk dat daar wat meer continu follow up moet aan gekoppeld worden. Wat daar ook beter [dan een vrijwilligersvergoeding] aan moet gekoppeld worden, is dat er ook een soort vanverloningssysteem aan zit. Oké, wij krijgen een aanvraag, jij gaat naar daar en je krijgt daar ook een loon voor om daarnaartoe te gaan. Want ja, die mensen zitten in een krappe positie en je kan ook niet verwachten dat die altijd maar alleen vrijwillig...” [...] “Eigenlijk zou je ze nog beter moeten betalen, want dan gaan mensen ook meer doen, beter hun job doen en dat je er ook meer een kwaliteitscontrole op kunt zetten.” [...] “Veel concreter van ‘Die avond is er daar iets te doen, gij ga naar daar.’, en ‘Jij gaat dat precies doen.’. Veel meer in een duidelijk gestructureerd schema.”*

*SAM 6 : «J’ai décidé de travailler pour ce projet parce que je voulais, premièrement, être utile à ma communauté et je voyais aussi que dans la communauté il y avait beaucoup de gens qui étaient ignorants. Il y avait de l’ignorance donc il fallait quelqu’un pour pouvoir les éclairer et leurs donner, leurs dire ce qu’il faut pour suivre la bonne voie. C’est pour ça que je me suis décidé parce qu’être important pour la communauté, être utile c’était vraiment ce qui m’a vraiment poussé à faire ce projet. » [...] «Parce que nous qui faisons, qui sommes sur le terrain nous sommes stigmatisés. Parce que parfois quand vous venez parler, les gens commencent à dire «ah non lui il doit être porteur du VIH c’est pour ça que lui il s’intéresse beaucoup comme ça.» [...] « ...il faut améliorer parce que déjà, nous qui travaillons, nous qui faisons le projet, on est confronté à beaucoup de difficultés. Il faut multiplier les sections d’informations, même entre nous les membres pour être mieux formé. Il faut augmenter notre niveau de formation pour pouvoir aller sur le terrain. »*

*Focusgroep 3, SAM 2: “If also there are people...” [...] “...that really want to take it to the other level, you can also create an avenue to really teach them how to...” [...] Onderzoeker: “Actually what would be useful is some kind of structure which can attract volunteers and teach them how to spread the message.” Focusgroep 3, SAM 2: “How to spread it more. Yeah.”*

### 3.2.3 Religieuze organisaties

Religie staat centraal in het leven van vele SAM. Vaak zijn zij lid van een bepaalde **religieuze gemeenschap**. Het hoofd van deze gemeenschap (de priester of imam), heeft veel aanzien en oefent een grote invloed uit op de leden. SAM geven aan deze persoon als een vertrouwenspersoon te zien. SAM luisteren dan ook naar de boodschappen die hij tijdens de diensten verspreid, of deze nu over religie of andere zaken gaan. SAM en professionals geven aan dat ze daarom een erg waardevolle bijdrage zouden kunnen leveren aan het verspreiden van hiv-preventieboodschappen en informatie omtrent seksuele gezondheid. Het HIV-SAM project probeerde reeds samenwerkingen aan te gaan, maar dit bleek niet eenvoudig te zijn. Binnen de SAM-gemeenschap zijn er nog steeds personen die hiv zien als een straf van god. Vaak moeten de priesters en imams dus zelf eerst geïnformeerd en overtuigd worden dat het goed is om te praten over hiv en bij uitbreiding over seksuele gezondheid. Meer inspanningen lijken nodig om tot een vruchtbare samenwerking te komen met de religieuze gemeenschappen.

SAM 2 : « C'est un sujet tabou. Le fait de la culture africaine, de convictions religieuses aussi. La religion aussi, à mon avis, constitue un grand obstacle, surtout la religion. » [...] « Donc oui, la sensibilisation apparaît beaucoup plus avec les église Africaines puisque les pasteurs même dans les églises ils ont une certaine autorité morale. Je pense qu'il faut plus aller là-bas sensibiliser. En tout cas je pense que la seule chose qu'on puisse faire c'est la sensibilisation. Il faut vraiment sensibiliser, toucher cette population-là, notamment dans les églises africaines en tout cas il faudrait les intégrer pour travailler avec. »

SAM 7 : « Donc je pense que le pasteur peut jouer un grand rôle dans la sensibilisation, dans la prévention de cette maladie mais quel pasteur il faut que nous allions trouver alors pour faire? » [...] « Nous avons essayé une fois de le faire et nous avons échoué. » [...] « Et je pense que ce moyen doit être vraiment explorable dans l'avenir, que nous puissions voir avec quel pasteur ou avec quel imam nous pouvons travailler avec en ce qui concerne la communauté noire, parce qu'il y en a beaucoup qui sont musulmans, il y en a beaucoup qui sont chrétiens. Et puis cette communauté on n'arrive pas encore à l'atteindre, c'est surtout ça. »

### 3.3 Samenwerkingen ter bevordering van proactief en cultuursensitief counselen en testen

#### 3.3.1 Artsen

Het HIV-SAM project is bij verscheidene **samenwerkingsverbanden betrokken die als doel hebben het stimuleren van (huis)artsen om proactief hiv-testen aan te bieden**. Deze activiteiten beantwoorden aan de nood – die blijkt uit de interviews en focusgroepsgesprekken – dat het belangrijk is dat (huis)artsen op de hoogte zijn van de problematiek rond hiv bij SAM. Verschillende professionals spraken expliciet uit dat het hiv testen eigenlijk een taak van de huisarts is. Naast de overtuiging dat dit een dienst is die de eerstelijnsgezondheidszorg op zich moet nemen, wijst men ook op de vertrouwensband tussen arts en patiënt. Een huisarts ziet zijn/haar patiënt op regelmatige basis en heeft daardoor reeds vertrouwen met de patiënt kunnen opbouwen. Hierdoor is het mogelijk een hiv-test proactief voor te stellen. Professionals en hiv-positieve SAM geven ook aan de huisarts een belangrijke taak heeft bij de verdere opvolging van de patiënt en bij het verwijzen naar gespecialiseerde diensten (zoals een HRC, maar ook patiëntengroepen).

*Professional 9: "Ik denk dat je daar mensen moet toeleiden. Maar echt proactief de telefoon nemen en zeggen 'Ik ga een afspraak maken!'" [...] "Ik denk dat, als dat vanuit artsen of sociaal verpleegkundigen meer proactief gebeurt, dat zij nog veel meer nieuwe mensen zouden bereiken."*

Wanneer bij de SAM werd nagegaan wat zij vonden van het **proactief voorstellen van hiv-tests door artsen, vond men dit over het algemeen goed** of zelfs noodzakelijk. Een arts heeft binnen de SAM-gemeenschap een hoge status. Er wordt vanuit gegaan dat de arts een expert is die weet wat wel of niet onderzocht moet worden. De autoriteit van de arts zal daarom door de meeste SAM gerespecteerd worden.

*Professional 16: "Wij proberen te motiveren om via de huisarts te gaan. En waarom is dat? Om een eerste screening sowieso te doen. En ook om die relatie met de huisarts toch te onderhouden. Snap je? Het is altijd beter dat de huisarts op de hoogte is van de diagnose. En als die dat van in het begin meemaakt en in het begin eigenlijk op een goeie manier kan overbrengen." [...] « ...merken we toch wel dat dat beter is voor de patiënt ook."*

*SAM 3 : « Personnellement, je trouve que c'est important, parce son médecin de famille, c'est comme son papa. Et dans la culture africaine, si votre papa vous propose quelque chose, il est important et indispensable de dire oui. Moi, je trouve que c'est bien, parce qu'ils ne vont pas forcer, de toutes les façons. Ils vont demander si les gens qui sont d'accord il faut le faire, ceux qui ne veulent pas, ils sont libres. Mais du moins, que le médecin de famille parle. »*

In de praktijk lijken huisartsen echter zelden proactief te testen. Volgens de professionals wordt hier in vele gevallen niet bij stil gestaan omdat er **onder artsen een gebrek zou zijn aan kennis omtrent de specifieke hiv-problematiek bij SAM**. Daarbovenop wijzen de professionals op de beperkte kennis van huisartsen omtrent de manier waarop binnen deze gemeenschap over seksuele gezondheid gepraat wordt. Hierdoor zullen artsen vage klachten over bijvoorbeeld buikpijn of algemene vragen om 'alles' te testen niet aan hiv en andere soa's linken.

Naast het gebrek aan kennis over de eigenheid van de SAM-gemeenschap met betrekking tot hiv en seksuele gezondheid, komen **struikelblokken** als 'te weinig tijd' hebben, 'te veel zaken om aan te denken' of het taalprobleem aan bod bij de gesprekken met professionals. Daarnaast geven professionals aan dat artsen angst hebben om stigmatiserend of discriminerend over te komen bij proactief testen. Volgens de meeste SAM is deze vrees echter ongegrond als het voorstel om te testen gepaard gaat met een cultuursensitieve counseling. Daar moet echter ook tijd voor gemaakt worden. Verschillende professionals gaven echter aan dat het ook voor artsen moeilijk kan zijn om een gesprek over seksuele gezondheid op een niet stigmatiserende manier aan te gaan. Ook gaven sommige professionals en hiv-positieve SAM aan dat artsen meer zouden moeten doorverwijzen naar patiëntengroepen.

*Professional 14: "Wat mij vooral opvalt bij huisartsen is dat er nog veel te weinig aan wordt gedacht. En niet alleen aan hiv maar ook andere soa's worden vaak gemist. En ik denk dat wij de huisartsen een beetje er attent op moeten maken dat zij die alertheid moeten blijven hebben. Bepaalde risicogroepen, bepaalde profielen hebben natuurlijk meer kans. Hoe dat we het ook draaien of keren. En daar moeten zij alert voor zijn. Een test aanbieden, motiveren. [...] De huisarts moet daar inderdaad veel meer nog rond begeleid worden."*

*Professional 8: "En huisartsen, of artsen in het algemeen, willen niet racistisch overkomen. En weten ook niet 'Hoe moeten we dat ter sprake brengen?'" [...] "En uiteraard, huisartsen zijn niet alleen daarmee bezig, hè. Zij hebben zoveel dingen waarop zij moeten letten."*

*Focusgroep 1, SAM 2 : « Si le médecin de famille propose un test pour un patient d'origine Afrique sub-saharienne, si cette proposition est accompagnée d'un message.... c'est très important. En expliquant que les avantages d'un tel test, en expliquant que notre groupe, le groupe 'Communauté Africaine sub-Sahara', il y a la prévalence du VIH, je crois que il n'y aurait pas de problème. »*

Het HIV-SAM project werkte daarom in het verleden reeds mee aan studies naar de kennis van huisartsen, projecten om **huisartsen te sensibiliseren en ondersteunen**, en richtlijnen die rond dit onderwerp opgesteld worden. De nood aan sensibilisering blijft op dit terrein echter hoog. Daarnaast suggereren respondenten eveneens dat SAM zelf gesensibiliseerd zouden moeten worden om naar de huisarts toe te stappen en hier het gespreken over seksuele gezondheid aan te durven gaan.

*Professional 17: "Bij dat project zijn ze wel 25 verschillende huisartsenkringen, dus dat zijn dan de grotere groepen van huisartsen, allemaal gaan trainen. Er is altijd iemand van het Tropisch*

*Instituut mee geweest, een hiv-specialist uit de omgeving...” [...] “...om al die trainingen te gaan doen en dan te gaan hopen dat mensen meer gingen testen”*

*Professional 8: “Die handleiding cultuursensitief counselen, ik denk dat die een jaar of acht geleden ondertussen is ontwikkeld, die is doorgegeven aan iedereen. Er zijn focusgroepen gehouden met artsen. Er zijn lezingen, LOK-groepen, al dat... Maar je bereikt altijd maar een deel van de mensen, hè. Er zijn van die schema’s van, wie moeten ze testen? Welke ziektes? Welke gebieden van de wereld waar ze van komen?”*

### 3.3.2 Andere samenwerkingen omtrent outreach testing

HIV-SAM werkte ook samen met de **stad Antwerpen**, in het kader van het Swab-to-know project (waarbij ook Sensoa en het ITG betrokken waren). Een andere organisatie waarmee samengewerkt werd is **Dokters van de wereld**. Samen met hen voerde het HIV-SAM project in het verleden outreach testing-campagnes uit in Antwerpen. De resultaten van deze sessies waren wisselend: de ene keer liet een behoorlijk aantal mensen zich testen, de andere keer bijna niemand. Toch werd deze samenwerking wel gewaardeerd door Dokters van de wereld. Zij kennen de situatie van personen zonder papieren, maar hebben niet noodzakelijk kennis van de culturele achtergrond van SAM. Deze expertise kon het HIV-SAM project aanbrengen, bovendien hebben zij reeds het vertrouwen van de SAM gemeenschap, wat outreach-campagnes ook gemakkelijker maakte. Wegens een verschil in financieringsmechanismen, werd deze samenwerking voorlopig stopgezet.

*Dokters Van de Wereld: “Zij krijgen dan ook budgetten van Antwerpen. En zij moesten daarvoor dan spekseltesten doen. En dan mochten we onze priktesten niet doen. En dan mochten we met hen alleen buiten Antwerpen screenen. Dat zijn dan limieten die eigenlijk door fundingsorganisaties worden opgelegd die maken dat uw werking wat houderig en moeilijk verloopt. Omdat iedereen moet voldoen aan ‘ik moet nog zoveel testen doen...’.”*

*Dokters Van de Wereld: “Je moet vertrouwen scheppen. En je moet uw drempel laag houden. En je moet uw populatie heel goed kennen. En vandaar dat wij ook met HIV-SAM samenwerkten.”*

### 3.4 Andere samenwerkingen

Het HIV-SAM team **werkt ook samen met andere diensten van het ITG in Antwerpen, zoals het HRC**. Het gaat hier bijvoorbeeld om het uitwisselen van informatie en het geven van advies over cultuursensitief communiceren en omgaan met SAM-patiënten. Dit werd door het HRC als positief aanzien. Er werd door één van de professionals aangegeven dat dit eigenlijk zelfs op meer structurele basis zou mogen gebeuren, bijvoorbeeld door een vertegenwoordiger van het HIV-SAM team als vast lid mee op te nemen in het multidisciplinair overleg. Met andere HRC’s in Vlaanderen wordt weinig samengewerkt. Het HIV-SAM project ging zich wel reeds voorstellen aan verschillende HRC’s maar van een structurele samenwerking is geen sprake. In Gent, waar veel SAM wonen en het HIV-SAM project een netwerk heeft en activiteiten uitvoert, verkiezen vele SAM momenteel naar het helpcenter in Antwerpen te gaan omdat ze in het UZ Gent een aantal barrières ervaren, zoals geen contacten hebben, de weg niet kennen en langer moeten wachten op afspraken. Respondenten geven aan dat door een betere samenwerking tussen het HIV-SAM project en de andere HRC’s in Vlaanderen zouden mensen dichter bij huis geholpen kunnen worden.

*Professional X: “Maar eigenlijk werken wij veel te weinig met HIV-SAM. Veel te weinig. Het aanbod is zeer groot. Ik weet dat. Ik ben me daarvan bewust. Maar we maken er geen gebruik van. En dat is eigenlijk onze schuld. Omdat we het ook niet genoeg weten wat er allemaal...” [...] “...wat er allemaal aanwezig is. Ik denk dat je het kan vergelijken met Sensoa. Maar dan op de Afrikaanse populatie. Maar ik heb nood aan wat meer info daaromtrent.” [...] “Heel in het begin dat ik hier werkte, is Sensoa naar hier gekomen. En een voorstelling gedaan van dit, dit, dit en dit doen wij. Van HIV-SAM, heb ik dat eigenlijk gemist. Dus ik weet eigenlijk nog altijd niet goed wat het allemaal inhoudt.”*

*Onderzoeker: “Is there a place in Ghent to get free hiv tests? Or do you refer the people to the tropical institute in Antwerp?” SAM 5: “Yeah. We refer most of them to tropical institute.” [...] “You can also get it here in UZ. But we didn’t really know much about the UZ. So we know more about tropical institute.”*

Daarnaast is er nog de **samenwerking met Sensoa**, waarmee regelmatige uitwisseling is. Zij consulteren elkaar voor advies over campagnes, zetten samen of parallel aan elkaar infoavonden op, en organiseren samen elk jaar een lotgenotenweekend. De samenwerking wordt als positief ervaren.

Ook probeert het HIV-SAM project momenteel **contacten op te bouwen met onthaalklassen voor nieuwkomers in Vlaanderen**. Zo introduceert het HIV-SAM project hun aanbod van infosessies en hiv-testsessies bij de leerkrachten van de integratieklassen. Het aanbod dat HIV-SAM hier doet wordt positief ontvangen. Respondenten gaven aan dat de leerkrachten hierdoor gesterkt worden in hun kennis omtrent hiv, maar ook dat het erg nuttig is voor de cursisten, waarvan ze merken dat het kennisniveau laag ligt. Het nadeel van deze samenwerking kan zijn dat de workshop die het HIV-SAM project aanbiedt op vrijwillige basis te volgen is; elke leerkracht beslist zelf of hij/zij naar de workshop gaat, de folders verspreidt, informatie hierover meegeeft, of niet. Indien de leerkracht zelf geen interesse heeft, zal de workshop niet plaats vinden. Een laatste knelpunt is dat de informatie- en testsessies soms op verplaatsing, maar ook soms op het ITG gegeven worden. Voor onthaalklassen buiten Antwerpen is het echter niet altijd gemakkelijk om zich met de hele groep naar Antwerpen te verplaatsen.

### 3.5 Algemene evaluatie HIV-SAM project

Over het algemeen wordt het HIV-SAM project zowel door de professionals als de SAM zelf gewaardeerd. Er wordt aangegeven dat zij de expertise bezitten die noodzakelijk is om hiv-preventie voor SAM uit te voeren. Deze **expertise** wordt enerzijds toegeschreven aan hun jarenlange ervaring in het veld, en anderzijds aan hun inbedding in het ITG. Door hun aanwezigheid op het terrein kennen ze de cultuur en gebruiken van de SAM goed en hebben ze het vertrouwen van deze groep kunnen winnen. Door hun link met het ITG hebben ze ook de medische expertise en de academische achtergrond die op onderzoek gebaseerd werken vergemakkelijkt. Ook SAM appreciëren dit omdat ze de mensen van het HIV-SAM team als experts zien, en dat brengt status en vertrouwen met zich mee.

*Professional 3: “Ik hoop maar dat beleidsmakers inzien hoe belangrijk dat het is om aanwezig te zijn. Aanwezig zijn in de communities. Tentakels hebben en kunnen aanvoelen wat er gaat gebeuren. En tegelijkertijd heel serieus werken, hè. Evidence-based. Ze hebben ook goede contacten met alle stakeholders. HIV-SAM is geen geïsoleerd projectje, hè. Ze zijn heel goed geïntegreerd. Iedereen kent hen. Ze hebben goede contacten met alle stakeholders. Zoals ik zei: het wordt vaak gelabeld als een ‘good practice’.”*

*Professional 4: "Het outreachend werken op maat vergt zeker ook een belangrijk inzicht in de doelgroep. Je hebt uw methodiek en je hebt uw research. Maar uw doelgroep, die moet je ook voldoende beheersen. En dat zit naar mijn inschatting toch wel echt in het ITG."*

*SAM 1 : "We are doing a good job. We erase the stigma. We erase the taboo. And we are doing well. Because they listen to us. And we do it with the knowledge and the help of the tropical institute."*

Daarnaast waarderen SAM dat men bij het ITG niet enkel voor hiv terecht kan, maar ook voor allerlei **andere gezondheidsaspecten** waar zij als Afrikaanse migranten mee te maken krijgen (zoals malaria, hepatitis, besnijdenis en zo voort). Ten slotte wordt het HIV-SAM **team** zelf gewaardeerd. Het feit dat een aantal leden van het HIV-SAM team zelf tot de groep SAM behoren, zou vertrouwen schenken aan de gemeenschap en het cultuursensitief werken vergemakkelijken.

*Professional 6: "...straks kunnen ze daar naartoe voor problematieken die rondom de doelgroep spelen. Dames die zwanger zijn, maar besneden zijn..." [...] "Zij kunnen daar naartoe voor een Hepatitis B, C, testing. Het is heel veel onder één dak." [...] "Als zij één keer de ingang hebben gevonden..." [...] "Vandaar dat ik het Tropisch instituut heel belangrijk vind."*

*Professional 6: "Ik vind het wel heel goed dat ze het heel laagdrempelig maken..." [...] "Charles zelf weet ook natuurlijk ook heel veel over de Afrikaanse cultuur. Die snapt ook..." [...] "...de gedachtegang die zij hebben, hoe zij dingen aannemen..." [...] "Dus hij spreekt de taal." [...] "Waardoor zij ook weten wat voor dingen zij kunnen verwachten. En wat voor gesprek, wat voor informatie... Op wat voor manier het zal gaan."*

We vroegen professionals en SAM om ons ook te vertellen welke **knelpunten** ze zien bij de huidige terreinwerking van het HIV-SAM project.

Bij zowel SAM als professionals, kwam de **geografische spreiding** van de activiteiten aan bod. Het zwaartepunt van deze activiteiten ligt nog steeds in Antwerpen en Gent<sup>4</sup>, terwijl er volgens de beheersovereenkomst hiv-preventie voor heel Vlaanderen opgezet moet worden. Er zijn echter niet veel sleutelorganisaties en vrijwilligers actief buiten Antwerpen en Gent.

*Professional 1: "Ik vind het ook wel altijd wel jammer..." [...] "...in de rest van Vlaanderen heb je niet echt veel." [...] "Het is eigenlijk precies of dat er alleen maar Afrikaanse mensen zijn in de grote steden. In Brussel en Antwerpen, en in de andere steden is het dus een beetje bijwerking. Ik voel nu wel dat HIV-SAM probeert uit te gaan naar de andere steden. Maar ze hebben daar eigenlijk ook niet de funding voor. Om dat te doen. Omdat ze eigenlijk ja, door de stad, denk ik, gefund worden."*

*SAM 6 : « Ils peuvent venir à Anvers mais on n'est pas sûr parce qu'il y a des gens peut-être qui à Saint-Nicolas ils peuvent faire facilement une année sans venir à Anvers. Donc certaines informations qu'on donne ici il n'est pas au courant. Donc en allant vers lui parce que dans tous les petits coins, il y a toujours les petits endroits où les Africains ils se regroupent. Si on va vers là-bas, on utilise d'autres méthodes, on va vers ceux qui sont un peu reculé, je crois que ça va [changer] le projet... »*

---

<sup>4</sup> Met ook beperkte activiteiten in andere steden.

Daarnaast werd opgemerkt dat sommige **specifieke groepen binnen de SAM gemeenschap nu weinig aandacht krijgen**. Zo zijn er de SAM zonder wettig verblijfsstatuut, MSM-SAM en tweedegeneratie SAM. Enkele professionals geven aan deze groepen het HIV-SAM project waarschijnlijk ook niet kennen. In de toekomst zou moeten nagedacht worden over hoe men ook deze groepen kan bereiken. Ook waren er bij de SAM waarmee we spraken verschillende opinies met betrekking tot de bekendheid van het HIV-SAM project in de bredere gemeenschap. De hiv-positieve SAM gaven bijvoorbeeld aan dat ze het project niet kenden voor zij er door het HRC naar verwezen werden.

*Professional 17: "Mensen zonder papieren bereiken met hiv-preventie is heel moeilijk. Die MSM-groepen, daar vind je nog wel manieren om in die milieus in te geraken maar mensen zonder papieren..."*

*Professional 3: "Ik heb dat ook eens afgetoetst met hen zelf [het HIV-SAM team]: Zij richten zich heel erg op de eerste generatie migranten. De tweede generatie, ja, ze hebben daar waarschijnlijk ook de middelen niet voor." [...] "Je moet daarin u prioriteiten stellen. Maar ik zie daar toch ook wel heel wat mogelijkheden om met die tweede generatie te werken. Natuurlijk, je kan je afvragen 'In wat zijn die verschillend van de Belgen of de Vlamingen?'. Ik denk dat we daar toch nog net iets te weinig over weten. Ik vermoed dat seksuele netwerken soms wel heel erg gelinkt zijn aan de groep waar dat ze zich mee verbonden voelen. Ook al leven ze hier of zijn ze misschien zelfs hier geboren. Maar ze gaan volgens mij ook regelmatig terug, op vakantie, naar het land waar hun ouders of grootouders zijn geboren." [...] "Maar ik denk ook, wat betreft terreinwerking dat daar toch nog een open terrein ligt bijna."*

*SAM 4 : « Dans la communauté on sait que HIV-SAM contribue, c'est comme si c'est le partenaire des africains dans le truc du VIH. »*

*Focusgroep 1, Onderzoeker : « Il y a des personnes qui connaissaient déjà le projet HIV-SAM avant, ou pas ? » SAM 2 : « Non. Moi, je dirais non. »*

**4 Welke zijn, vanuit de verschillende invalshoeken bekeken, de aanbevelingen om een nieuwe terreinwerking m.b.t. seksuele gezondheid op poten te zetten? Deelvraag: Is het – op basis van de antwoorden op vragen 1, 2 en 3 – opportuun om de terreinwerking voor SAM te integreren in een algemene terreinwerking?**

De outreachende, cultuursensitieve en participatie terreinwerking van het HIV-SAM-project wordt erg gewaardeerd door de partners uit deze samenwerkingsverbanden en door de SAM uit de gemeenschap zelf. Er wordt daarom door zowel SAM als professionals aangegeven dat men de **huidige samenwerkingen en activiteiten graag verder gezet** ziet worden. De cultuursensitieve, participatieve en outreachende aanpak werd door beide doelgroepen gewaardeerd als een goede praktijk. In de gesprekken noemden zij echter ook een aantal **aanbevelingen voor de toekomstige terreinwerking met betrekking tot seksuele gezondheid** op.

Allereerst, wordt aangegeven dat de werking kan **uitgebreid worden van hiv naar een bredere werking rond ‘migrant health’**. Zowel professionals als SAM vrezen dat men door enkel te focussen op hiv de aandacht van de SAM-gemeenschap verliest. Bovendien denken ze dat dit stigmatiserend kan werken. Het wordt daarom door professionals en SAM aangeraden om ook andere zaken, zoals malaria, hepatitis, vaccinaties of zelfs diabetes en hypertensie op te nemen in preventie-activiteiten. Dit zou ook voor andere migrantengroepen nuttig kunnen zijn.

Er wordt ook aanbevolen meer aandacht te geven aan de **noden van specifieke groepen binnen de SAM-populatie**. Via de huidige netwerken en kanalen vallen groepen zoals SAM zonder wettig verblijfsstatuut, MSM-SAM en tweedegeneratie SAM vaak tussen de mazen van het net.

Er zijn daarnaast nog steeds veel andere SAM die niet overtuigd zijn of niet bereikt worden. Daarom vinden professionals en SAM dat de huidige werking mag **intensifiëren**. Er moeten vaker activiteiten plaatsvinden, en het netwerk moet uitgebreid worden. Zo vinden de meeste activiteiten nu plaats in Antwerpen en Gent. Gegeven dat een groot aantal van de SAM in deze steden woont, worden de schaarse middelen momenteel aangewend in de locaties waar de nood het hoogst is in Vlaanderen. Echter, mits de middelen hiervoor voor handen zijn, zou het goed kunnen zijn ook meer activiteiten te organiseren in andere steden en dorpen. Verder geven sommige SAM en professionals aan dat het goed zou zijn mocht het netwerk van sleutelorganisaties uitbreiden. Dit zowel door organisaties in andere steden aan te moedigen, als door religieuze organisaties te betrekken bij de preventie-activiteiten. HIV-SAM heeft hier reeds stappen gezet op een beperkte schaal, maar het preventiebeleid zou baat hebben bij een versterking en uitbreiding van deze samenwerkingsverbanden. Daarnaast vermeldden de professionals en SAM dat een beter georganiseerde vrijwilligerswerking meer effectief zou zijn.

Tijdens de interviews en focusgroepen kwamen ook ideeën met betrekking tot **andere kanalen om preventieboodschappen** te verspreiden naar voor. Aan de ene kant worden hier samenwerkingen met instituten en organisaties zoals inburgeringstrajecten, OCMW, CAW en scholen gesuggereerd, aan de andere kant worden media en sociale media vernoemd. Facebook en Instagram worden steeds meer door het HIV-SAM-project gebruikt voor doelgroepenspecifieke informatie. Hier is echter nog ruimte voor een meer structureel en intensief gebruik van deze nieuwe media.

Ten slotte wordt opgemerkt dat er ook externe factoren zijn die de inspanningen van preventiecampagnes teniet kunnen doen. Deze zijn bijvoorbeeld het feit dat onzekere verblijfsstatuten en financiële moeilijkheden de aandacht voor preventieve gezondheidszorg doen verzwakken; de



drempels met betrekking tot toegang tot gezondheidszorg die SAM ervaren; en het feit dat projecten en samenwerkingen door verschillen in financieringsmechanismen niet altijd duurzaam zijn. Verder is het belangrijk te onderstrepen dat SAM een mobile populatie is. Bijgevolg komen steeds nieuwe mensen bij die een gebrek aan informatie hebben; het gaat dus niet over een statische doelgroep.

#### 4.1 Versterken van het huidige aanbod

SAM zijn over het algemeen erg tevreden met de activiteiten die het HIV-SAM programma uitvoert. Zij pleiten ervoor dat deze **blijven bestaan en vinden dat deze zelfs vaker door zouden mogen gaan** om de zichtbaarheid te vergroten en nog meer SAM te kunnen informeren. De SAM hechten erg veel belang aan de betrokkenheid van de gemeenschap. Zij zijn ervan overtuigd dat dit de meest efficiënte manier is om mensen te bereiken. Ze pleiten er dan ook voor om nog meer organisaties te betrekken; zo kunnen ook organisaties buiten Antwerpen en Gent en religieuze organisaties aangesproken worden. Ook professionals vinden dat een langdurige aanwezigheid in het veld belangrijk is en behouden moet worden.

*Onderzoeker: "What is still needed to make people more aware of this problem?" Focusgroep 3, SAM 4: "For me it's still more awareness." [...] "...also to involve more associations." [...] "I think if more associations are involved in the info session I think it will spread more too." [...] "Or if you do more info sessions, more than before."*

Zowel bij professionals als SAM maakten enkele personen opmerkingen over de organisatie van de **vrijwilligerswerking**. Deze kan meer gestructureerd aangepakt worden zodat er meer controle komt over de activiteiten en vrijwilligers correct vergoed kunnen worden voor hun inspanningen. Ook zouden SAM die vrijwilliger zijn of voor een sleutelorganisatie meewerken aan de preventie-activiteiten graag vaker en meer opleidingen krijgen van het HIV-SAM team.

*Professional 10: "Wij verwachten altijd maar van mensen dat die dat vrijwillig gaan doen. En dat er van alles gaat georganiseerd worden rond HIV-screening en weet ik veel wat. Maar in hun ogen..." [...] "Wat één van de vrijwilligers aan mij probeerde uit te leggen is dat die daar natuurlijk weinig voor terug krijgen. Het is niet altijd om gemakkelijk om uw gezondheidsvoordelen daarin te zien of zo. Ik heb dat altijd een lastige discussie gevonden of je daarin mee moet gaan of niet om effectief ook wel budgetten te voorzien voor het organiseren van een leuke activiteit daarrond. Of een vrijwilligers-'fee' of zo. Ik vind van wel<sup>5</sup>."*

Een ander aspect van de werking dat **positief geëvalueerd werd is het faciliteren van contact tussen hiv-positieve SAM**. Verschillende professionals gaven aan dat er nood is aan meer psychologische begeleiding bij SAM en het 'empoweren' van hiv-positieve SAM. Zoals duidelijk werd in gesprekken met professionals die patiëntengroepen begeleiden, en in het gesprek met SAM die van dergelijke groep deel uit maken, hebben dit soort groepen een grote positieve invloed op het welzijn van hiv-positieve SAM. Zij zouden deze nood aan psychologische steun, maar ook de taak van het 'empoweren' dus gedeeltelijk op kunnen vangen. Indien SAM met hiv sterker in hun schoenen staan, zal immers niet enkel hun eigen mentale en fysieke welbevinden verbeteren, maar zullen zij ook een betere therapietrouw hebben en is het risico om de ziekte over te dragen dus minder groot. Bovendien kunnen deze hiv-

<sup>5</sup> Zoals elders vermeld in het rapport, voorziet het HIV-SAM project wel een vrijwilligersvergoeding, maar is dit mogelijk niet voldoende gekend bij of duidelijk voor alle professionals en andere stakeholders.

positieve SAM ingezet worden in de preventie naar anderen toe. Getuigenissen worden immers nog steeds als één van de meest effectieve preventiemiddelen gezien. SAM en professionals geven echter aan dat het niet eenvoudig is om SAM te motiveren om deel te nemen aan deze groepen. Stigma vormt hierbij een belangrijke barrière. SAM hebben immers vaak schrik om personen uit de eigen gemeenschap tegen te komen en denken dat het zo voor iedereen bekend zal worden dat men hiv heeft. Verdere aandacht dient geschonken te worden aan het optimaliseren van de toegang van patiënten aan de patiëntengroepen, bijvoorbeeld door medewerking van (huis)artsen.

*Focusgroep 1, SAM 3 : « Moi, je crois que c'est l'équipe médicale qui doit faire ce travail. Quand quelqu'un reçoit l'annonce qu'il est séropositif, c'est un choc, ce n'est pas facile. Donc, c'est là qu'ils doivent encourager ce monsieur, ou bien la dame en question. « Voilà la liste les avantages, voilà voilà. », bien expliquer, pas simplement : « Il y a des groupes, groupe, l'adresse, tiens. » Non, non, il faut expliquer : « Voilà le rôle sur la santé. » D'être pas seul, de... Parce que la peur, il y a la peur qui s'installe: la peur des médicaments, la peur de la vie sociale... la peur de la vie sexuelle, la peur... Il y a toute la peur qui s'installe, et ta vie devient l'enfer. Donc, si on encourage ces gens à venir, partager, et regarder les gens qui ont des relations sexuelles, des gens même qui ont des enfants, des familles, ça, ça va alléger le [peur]. C'est l'équipe médicale qui doit faire ce boulot. »*

Over het algemeen zijn SAM **tevreden over de cultuursensitieve aanpak** van het HIV-SAM project. Het wordt erg op prijs gesteld dat het team een Afrikaanse arts omvat die de situatie van de SAM in Vlaanderen begrijpen. Er wordt bevestigd dat het belangrijk is aandacht te besteden aan hoe preventieboodschappen gebracht worden. Er moet namelijk rekening gehouden worden met het verschil in opleidingsniveau, geletterdheid en talenkennis binnen de diverse SAM-gemeenschap. Gebruik maken van visueel materiaal is daarom ook aangewezen. Ook het onthalen van personen met drank en eten op activiteiten, wordt gezien als een cultuursensitieve wijze om vertrouwen te scheppen en personen aan te moedigen om te luisteren.

*SAM 2 : « C'est très important parce que la culture c'est la base, qu'on parle dans la langue de quelqu'un, qu'on comprend, c'est très important, donc on est encadré par des gens qui nous connaissent le plus. Moi je crois que la culture c'est très important, quand l'africain s'adresse à un autre, il connaît le langage qu'il utilise. »*

## 4.2 Uitbreiding van activiteiten

### 4.2.1 Migrant health

De meest voorkomende opmerking, zowel bij professionals als bij SAM, is dat het goed zou zijn om in **de toekomstige terreinwerking de focus op hiv te verbreden naar 'migrant health'**. Door steeds enkel op hiv te focussen, is het moeilijk om nog de aandacht te grijpen. Bovendien kan zulke focus een stigmatiserend effect hebben op de SAM-gemeenschap. Echter, de respondenten geven aan dat het nog steeds noodzakelijk is om aan hiv-preventie bij SAM te doen. Zoals eerder aangehaald werd, zijn er nog veel SAM die niet op de hoogte zijn van het risico, beperkte kennis hebben, en zich niet laten testen. Daarnaast is herhaling ook noodzakelijk om mensen aan te zetten tot testen en preventief gedrag. Het lijkt daarom opportuun om hiv op te nemen als één van de thema's in een breder programma rond migrant health. SAM hebben ook vragen rond malaria, tbc, hepatitis, vaccinaties, diabetes, hypertensie en zo voort, en zullen zich aangesproken voelen door activiteiten die deze thema's behandelen. Hiv naast deze andere thema's opnemen zou drempelverlagend kunnen werken omdat het dan slechts gezien wordt als één van de vele belangrijke thema's. Daarnaast zou dit stuk over hiv kunnen kaderen

binnen een breder luik omtrent seksuele gezondheid, waarbij niet enkel andere seksuele overdraagbare ziektes aan bod komen, maar waar ook aandacht besteed wordt aan vaardigheden zoals praten over seksuele gezondheid. Respondenten geven aan dat deze thema's immers moeilijk bespreekbaar zijn in de SAM-gemeenschap. Ouders praten niet met hun kinderen over seksuele gezondheid, voor partners (zeker vrouwen tegenover hun man) is het moeilijk om dit gesprek aan te gaan, en ook bij de dokter worden deze thema's moeilijker aangekaart. Er zijn ook andere groepen in Vlaanderen die een profiel hebben dat gelijkaardig is aan dat van vele kwetsbare SAM. Denk daarbij bijvoorbeeld aan transmigranten uit andere regio's. Ook voor hen zou dergelijk 'migrant health' programma nuttig kunnen zijn. Echter, hierbij is het belangrijk op te merken dat het ook duidelijk moet zijn hoe mensen die na een screening hiv-positief blijken te zijn een antiretrovirale behandeling kunnen starten, ongeacht hun financiële- of verblijfsstatus.

*Professional 17: "De focus op SAM moet niet gelost worden maar ik denk dat alleen op hiv werken dat dat een beetje passé is." [...] "...dat moet breder en niet al. len op die hiv maar ook op andere infectieziekten en bij uitbreiding ook andere sociale noden van die gemeenschap gaan inzetten en ook dat uw insteek dan veel gemakkelijker is. Dat botste wel vaak op weerstand. Het feit dat je allen op die super gestigmatiseerde ziekte, bij die groepen die zich eigenlijk sowieso al echt gestigmatiseerd voelt... ook aan het focussen was." [...] "Dan denk ik dat het nuttiger is om die hiv in te weven in andere thema's voor die gemeenschap. Ik weet ook niet of je dan echt nog zo specifiek... maar ja, als je zegt van 'We gaan niet meer op Afrikanen...', dan denk ik dat je ze helemaal niet meer gaat bereiken. Daar ben ik wel wat van overtuigd, ja." [...] "Dus, de focus op SAM blijven en de thematiek verbreden, dat zou, denk ik, mijn samenvatting zijn." [...] "...sowieso bij transit migranten kun je ook heel veel... dat is allemaal hetzelfde risicoprofiel." [...] ...die zitten in diezelfde gevoelige netwerken."*

*SAM 5: "Where we want to be talking more also about Malaria." Onderzoeker: "And why is that?" SAM 5: "It's all a package of health. We want to include everything about health." [...] "It is also a way of getting more people into our seminar too, because somebody that was there last time on hiv, you tell him to come again on hiv, at times it becomes so boring for them. Especially when they have done these tests. It becomes so boring for them. We try to develop new ways of making people to come. To talk about hiv, and also to talk about other health factors that people should know more about..." [...] "It interests them very well. Not just talking about hiv now, but talking also... We are trying now to introduce malaria... [...] Because malaria is not really a deadly something. It can be treated easily. But Hepatitis B or C... People are very interested to know more about their health. So it will be very nice." [...] "At times it's not easy to be repeating yourself all the time."*

#### 4.2.2 Andere groepen

Zoals reeds aangegeven in dit rapport, kwamen er een aantal specifieke groepen binnen de SAM-gemeenschap aan bod die volgens SAM en professionals extra aandacht verdienen. Zo zijn er momenteel geen activiteiten specifiek gericht op **MSM-SAM**, op **tweedegeneratie migranten** of op **jongeren**, hoewel die op bepaalde vlakken een andere aanpak nodig hebben. Dit geldt ook voor **SAM die verblijven in opvangcentra voor asielzoekers en vluchtelingen**. Deze laatste groep wordt niet expliciet als doelgroep omschreven in de overeenkomst die gesloten werd met het HIV-SAM project, terwijl dit wel zo is bij Sensoa, die zich voornamelijk richten op het opleiden van personeel. Verschillende professionals en sleutelfiguren gaven echter aan dat het goed zou zijn om ook rechtstreeks met deze

doelgroep te werken. Naar hun mening heeft het HIV-SAM project de juiste expertise om deze taak op te nemen. Om voor deze en de andere vermeldde groepen gepaste activiteiten uit te werken, is het aangewezen om samen te werken met andere organisaties die hierrond expertise hebben, zoals Sensoa of de Brusselse organisatie voor MSM-SAM 'WHY ME' waar ook vroeger reeds mee werd samengewerkt.

*SAM 2 : « Bon, je dirais ce n'est pas quelque chose qui manque mais il faut continuer à sensibiliser les gens pour qu'ils comprennent que la lutte contre VIH c'est leur lutte, même les gens qui ne veulent pas participer, qu'il y ait beaucoup de gens qui participent, au bénéfice de la communauté. Oui, c'est ce que je pense, il faut continuer à recruter je dirais, la sensibilisation, ça doit continuer. »*

*SAM 8: « Les associations qui travaillent dans le domaine du sida, ils doivent avoir des branches pour les femmes, pour les hommes, pour les familles, et aussi une petite branche pour les MSM. » [...] « C'est important que tout le monde se sent chez lui. Tout le monde [...] va là où il y a ceux qui les aident. »*

#### 4.2.3 Andere kanalen

Om SAM te bereiken die geen deel uitmaken van socioculturele organisaties, of die niet bij elkaar komen op plaatsen waar vrijwilligers aan sensibilisering doen, moet nagedacht worden over **andere manieren om de preventieboodschappen te verspreiden**. Een mogelijke piste om verder uit te bouwen is het verder versterken van relaties met religieuze organisaties.

De professionals geven aan dat hiv-preventie **deels geïntegreerd moet worden in de reguliere eerstelijnszorg**. Zo vinden, zoals eerder vermeld, de meeste professionals dat de huisarts hier een belangrijke taak kan hebben. Ook de SAM zijn het er mee eens dat de huisarts hiv-testen proactief voor moet stellen, maar wel enkel indien dit gepaard gaat met de juiste cultuursensitieve counseling. Enkele professionals geven aan dat ook de kennis over hiv bij ander medisch personeel beperkt is en dat het zou helpen om deze personen ook te sensibiliseren.

Daarnaast wordt gewezen op **samenwerkingen met andere instituten waarmee SAM in aanraking komen**. Zo wordt aangegeven dat het ook zou kunnen helpen indien het personeel van organisaties als OCMW's en CAW's kennis heeft van de hiv-epidemie bij SAM. Om nieuwkomers te bereiken, stellen respondenten voor om seksuele gezondheid, met aandacht voor hiv, een vaste plaats te geven in inburgeringscursussen. Ook de uitbreiding van de terreinwerking naar **opvanginitiatieven voor asielzoekers en vluchtelingen** wordt aanbevolen. Sommigen geven ook aan dat er meer gebruik gemaakt zou moeten worden van **media** zoals radio en televisie, bijvoorbeeld door boodschappen uit te zenden tussen programma's in of door personages met hiv aan bod te laten komen in populaire programma's. Daarnaast wordt sociale media zoals facebook aangegeven als een kanaal dat verder verkend moet worden.

Over het algemeen lijken SAM te vinden dat hiv-preventie veel meer zichtbaar moet zijn in de **openbare ruimte**. Enkele professionals maakten hierbij echter de kritische opmerking dat dit ook net stigmatiserend kan zijn en dat hier dus erg goed over nagedacht moet worden. Ook bij SAM zelf wordt er wel een aangegeven dat het gemakkelijker is om te praten over seksualiteit in kleine groepen, zoals bijvoorbeeld bij de **'home-parties'** die vrijwilligers organiseren. Dit zijn private bijeenkomsten waar een vrijwilliger bij iemand thuis informatie komt verschaffen omtrent hiv en het HIV-SAM programma.

Ook werd een aantal keer vermeld dat er kinderen en jongeren rechtstreeks aangesproken moeten worden, mede omdat er weinig communicatie is omtrent seksuele gezondheid tussen ouders en kinderen in de SAM-gemeenschap. Dit zou kunnen door activiteiten te voorzien op **scholen**.

Ten slotte zou het nuttig kunnen zijn om op meer structurele basis een **uitwisseling** te organiseren tussen de verschillende organisaties die nu parallel van elkaar aan hiv-preventie naar SAM toe doen in Vlaanderen, Wallonië en Brussel. BREACH Public Health faciliteert zulke uitwisseling reeds op een beperkte schaal, maar deze zou nog versterkt kunnen worden. Zo kunnen zij van elkaar leren wat wel en wat niet werkt in een bepaalde context.

*Professional 12: "Ook bij allerlei maatschappelijke diensten... Mensen ook adviseren rond seksuele gezondheid, van daar misschien via die kanalen..." [...] Onderzoeker: "En met maatschappelijke diensten bedoelt u dan zoals u daarnet vermeldde begeleiders van het OCMW?" Professional 12: "Bijvoorbeeld. Ja." Onderzoeker: "Kan u zo nog andere dingen denken?" Professional 12: [...] De asielcentra. Ik denk dat dat wel heel belangrijk is." [...] "Ik denk dat daar wel belangrijk is om daarop te werken. Omdat hiv-preventie hier niet hetzelfde is als in de landen van waaruit mensen vluchten. Ja. Ik denk dat dat toch wel twee heel belangrijke kanalen gaan zijn waarbij dat je heel gericht kunt gaan werken ook, hè."*

*SAM 3 : « Et beaucoup plus aussi. Dès qu'on fait une formation, on fait passer ça dans les réseaux sociaux. C'est ce que moi je fais maintenant sur Facebook, comme sur YouTube, il faut que tout ça vienne sur les réseaux sociaux. Les gens découvrent beaucoup de trucs, surtout sur Facebook, avec les africains, on sait les attraper comme des poissons dans des filets. »*

*SAM 6 : « Normalement nous avons pensé si on pouvait utiliser certaines célébrités de la ville, par exemple, pour peut-être véhiculer un petit message à la radio ou à la télé, ça pousserai parce qu'il y a des gens aussi qui écoutent la radio. Et peut-être qu'en écoutant certains messages ça peut les réveiller. Et peut-être, on avait aussi proposé de faire une chanson. Et c'est la méthode qui peut pousser aussi aux gens de prendre conscience. » [...] « Peut-être quand on véhicule le journal, peut-être avant le journal on peut dire 'penser à faire le test c'est important', par exemple. Quelqu'un qui veut suivre le journal, quand il suit ça avant le journal, ça peut le réveiller aussi. »*

#### 4.3 Randvoorwaarden

Tijdens de gesprekken kwamen een aantal zaken aan bod die niet zo zeer gezien kunnen worden als werkpunten van het HIV-SAM project, maar eerder als **randvoorwaarden met betrekking tot externe factoren die het slagen van preventie-inspanningen kunnen beïnvloeden**. Zo gaven enkele professionals aan dat het zou helpen als SAM en andere migranten sneller en beter geïntegreerd worden zodat ze de taal kunnen leren, het gezondheidssysteem kennen, zekerheid hebben over hun verblijfsstatus etc. Men kan immers pas echt aandacht hebben voor preventieve gezondheidsboodschappen indien andere basisbehoeftes vervuld zijn. Er moet dus uitgezocht worden hoe SAM die zich in onzekere verblijfsituaties bevinden, die kampen met financiële moeilijkheden, en/of die zich in andere precaire situaties bevinden toch de juiste behandeling kunnen krijgen indien zij hiv-positief blijken te zijn. Daarnaast zou het helpen om in te zetten op taalonderwijs zodat preventieboodschappen gemakkelijker gecommuniceerd kunnen worden en zodat SAM binnen het gezondheidssysteem sneller en beter geholpen kunnen worden.

Ten slotte werd vermeld dat de verschillende **financieringsmechanismen** van gemeenschappen, steden en zo voort niet op elkaar af gestemd zijn, wat continuïteit en coherentie van programma's in de weg staat.

*Professional 4: "Wat we hoorden van professionals is dat het gewoon ongelooflijk ingewikkeld is administratief. En dat het dikwijls wel mogelijk is om iemand zonder wettig verblijf volledige toegang te geven tot alle gezondheidszorgen en behandeling, maar je moet enorm veel stappen zetten. En uiteindelijk zijn het dikwijls enkel degenen die een individuele begeleider hebben van een CAW of van een organisatie. Die dan echt met hen meegaat. Want je moet dus bij het OCMW langs. Dossier indienen. Dossier nemen. Onderzoekt of dat je het echt wel niet zelf kunt betalen. Onderzoekt of dat je echt wel in die gemeente woont. Onderzoeken met wie je samenwoont. Dus dat is een gans sociaal onderzoek. En dat zijn echt zo allemaal barrières die het ingewikkeld en moeilijk maken. De dokter moet ook allerlei formulieren invullen. Want het is dan het eigenlijk het OCMW die de rekening zal betalen en niet de patiënt. Het vergt enorm veel van professionals." [...]* "Dat zijn drempels die worden ingesteld omdat men het juist wil vermijden dat er teveel gebruik van gemaakt wordt. Maar aan de andere kant om professionals daarin beter te ondersteunen. Of om meer vorming rond te geven en zo."

*Professional 13: "Of proberen om mensen sneller breder te laten inburgeren, denk ik. Veel meer inzetten op Nederlandse les. Zodanig dat de mensen hun kanalen kunnen vinden waar dat ze wel terecht kunnen."*

## Hoofdstuk 5

### Discussie

Naast de eigen dataverzameling via kwalitatief onderzoek, werd ook in de wetenschappelijke literatuur gezocht naar informatie die kon bijdragen aan het beantwoorden van de onderzoeksvragen. In dit hoofdstuk worden per onderzoeksvraag de bevindingen uit eigen datacollectie getrianguleerd met inzichten uit de literatuur, maar ook met documenten van het HIV-SAM project zelf (zoals het beleidsvoorstel en jaarverslagen). Deze informatie werd vervolgens getoetst aan het ToC model dat opgesteld werd in de eerste fase van het onderzoek. Op deze manier werd bekeken of de assumpties die het HIV-SAM projectteam maakt omtrent de verandering die zij bewerkstelligen bewezen kunnen worden. Ten slotte wordt nog stil gestaan bij de beperkingen van dit onderzoek.

#### 1 Onderzoeksvraag 1: Welke doelgroepen in Vlaanderen hebben momenteel een hiv-prevalentie die een specifieke terreinwerking verantwoordt? Deelvraag: Is de SAM gemeenschap zulk een groep?

Net als de resultaten uit eigen onderzoek, bevestigen ook andere informatiebronnen dat SAM een belangrijke doelgroep blijven voor hiv-preventie. Hiervoor worden drie redenen aangehaald: de prevalentiecijfers tonen aan dat SAM nog steeds buitenproportioneel getroffen worden door hiv; een aanzienlijk deel van de hiv-positieve SAM werd geïnfecteerd in België wat wijst op gemiste kansen in hiv-preventie; en er zijn significant meer late hiv-diagnoses bij hiv-positieve SAM. Daarnaast wordt ook, net als in de kwalitatieve data, in de literatuur gewezen op het bestaan van andere risicogroepen.

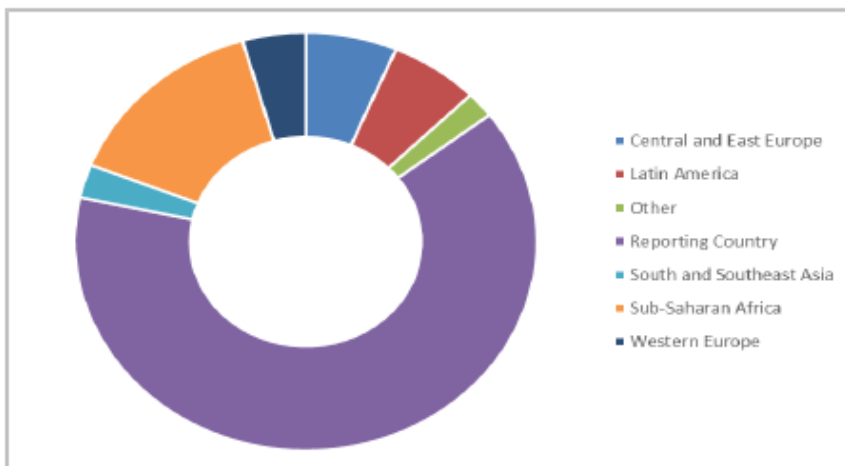
Ten eerste tonen de *hiv-incidentiecijfers* aan dat SAM disproportioneel getroffen worden door hiv. Het meest recente jaarrapport van Sciensano bevestigt dat Europese MSM en heteroseksuele SAM nog steeds de twee grootste risicogroepen zijn wat betreft hiv-infecties in Vlaanderen (Sasse et al., 2018). Onder de nieuwe geregistreerde infecties in Vlaanderen waarvan de overdrachtswijze gekend is, werd 51,6% gediagnosticeerd bij MSM en 21,9% bij SAM (waaronder 1,9% bij MSM SAM) (zie tabel 1).

Tabel 1 Aantal nieuwe hiv-diagnoses van MSM en SAM in Vlaanderen, 2017 (bron: Sciensano)

Doelgroep	incidentie 2017	
	#	% van het aantal nieuwe infecties waarvan de overdrachtswijze gekend is
MSM	160	51,6
SAM	68	21,9
Waarvan MSM SAM	6	1,9
Andere	82	26,5
Totaal waarvan overdrachtswijze gekend	310	100
Overdrachtswijze ongekend	93	
Algemeen totaal aantal nieuwe infecties	403	

Er is een groot gebrek aan ***hiv-prevalentie***cijfers voor een representatieve groep SAM in Europa. Het TOGETHER project van Loos en collega's (2017) bracht hier echter verandering in door de hiv-prevalentie bij SAM in de stad Antwerpen in kaart te brengen. De prevalentiecijfers van hiv-positieve SAM in Antwerpen bleken in lijn te liggen met deze uit de thuisregio's: bij SAM in Antwerpen stad was de prevalentie 5,9% voor vrouwen en 4,2% voor mannen. Andere interessante resultaten uit deze prevalentiestudie zijn het grote geschatte aantal niet-gediagnosticeerde hiv-infecties (65,2%), de hoge sociale kwetsbaarheid van SAM in Antwerpen (21% heeft waarschijnlijk geen officiële verblijfsdocumenten, 63% gaf aan financiële problemen te hebben en 9% had problemen met stabiele huisvesting) en het hoge aantal SAM dat parallelle seksuele relaties rapporteerde (34% van de personen in een vaste relatie) (Loos et al., 2017).

De bevindingen uit het hier gepresenteerde kwalitatieve onderzoek en uit de Vlaamse data liggen ook in lijn met deze uit Europa. In de cijfers van 2017, gepresenteerd door de European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) en de World Health Organisation (WHO), blijft seks tussen mannen de meest voorkomende overdrachtswijze voor hiv in Europa (50% van de diagnoses waarvan de overdrachtswijze gekend is). Voor 44% van de diagnoses waar de overdrachtswijze gekend is, blijkt het om seks tussen mannen en vrouwen te gaan. Binnen deze laatste groep worden de meeste gevallen (37%) gerapporteerd onder SAM (ECDC & WHO, 2018). In 2015 rapporteerden tien Europese landen, waaronder België (52%) dat meer dan de helft van hun nieuwe hiv-infecties bij mensen die uit het buitenland kwamen (ECDC, 2018; ECDC, 2017).



Figuur 2 Proportie nieuwe hiv diagnoses per regio van afkomst, EU/EEA, 2015 (bron: ECDC/WHO, HIV/AIDS surveillance in Europe 2015. Stockholm: ECDC; 2016)

Vervolgens is er de ***plaats van de infectie: een aanzienlijk deel van hiv-positieve SAM werd post-migratie besmet***, wat wijst op gemiste kansen in hiv-preventie. In het jaarrapport van 2017 van Sciensano, wordt met betrekking tot land van overdracht aangegeven dat 6% van de heteroseksuele hiv-positieve personen met Afrikaanse nationaliteit vermoedelijke in België besmet werden, en 40% waarschijnlijk in de regio van herkomst. Deze cijfers moeten echter met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, gezien voor 54% van de hiv-positieve personen met Afrikaanse nationaliteit, deze informatie niet gekend is (Sasse et al., 2018). Bovendien wijst ander recent onderzoek uit dat naar schatting 47% van de Afrikaanse migranten en 67-72% van migranten uit andere regio's post-migratie besmet werden (Pantazis et al., 2019). Deze studie bevestigt eerdere studies, die de algemene post-migratie infectie



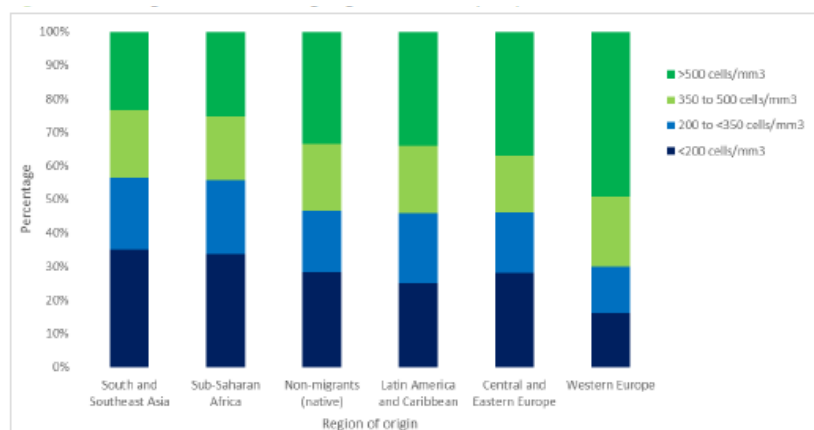
schatten op 63% (45% voor SAM) in negen Europese landen (Alvarez-del-Arco et al., 2017) en een Franse studie die de proportie van post-migratie hiv-infectie schat op 49% (Desgrees-du-Lou, 2012).

Ten derde toont onderzoek aan dat een groot deel van de vastgestelde hiv-besmettingen bij SAM in Europa **late diagnoses** zijn. In 2017 was in Vlaanderen 18,8% van de 160 hiv-positieve resultaten die bij MSM vastgesteld werden, laattijdig (met een CD<sub>4</sub> count onder 350 cellen per mm<sup>3</sup>). Bij SAM ging dit om 30,9% en bij MSM-SAM om 33,3% laattijdige diagnoses (zie tabel 2).

Tabel 2 Laattijdige diagnoses bij MSM en SAM in Vlaanderen, 2017 (bron: Sciensano)

Doelgroep	laattijdige diagnoses incidentie 2017	
	#laattijdig/#totaal	% van de diagnoses in deze specifieke doelgroep
MSM	30/160	18,8
SAM	21/68	30,9
Waarvan MSM SAM	2/6	33,3
Andere	27/82	32,9
Overdrachtswijze ongekend	22/93	23,7
Totaal	100/403	24,8

Een studie in negen Europese landen bij 2093 hiv-positieve migranten over de barrières en facilitators van hiv-testing en -behandeling (Fakoya et al., 2018), wees uit dat 60.8% van de hiv-positieve vrouwelijke migranten en 67.1% van de hiv-positieve mannelijke migranten een laattijdige diagnose kregen, ondanks het feit dat zij toegang hadden tot gezondheidsdiensten voor de diagnose. Een rapport van ECDC (2018) vermeldt dat in Europa het grootste aantal laattijdige diagnoses wordt vastgesteld in de groep van personen van sub-Saharaanse Afrikaanse origine (56%). Ook een recente studie uit Catalonië bevestigt dit en wees uit dat migranten zich significant vaker laat presenteren voor testing en behandeling (Conway, 2019).



Figuur 3 Late hiv-diagnoses bij migranten in de EU/EEA, 2015 (bron: ECDC, 2017)

Uit de eigen dataverzameling bleek dat ook andere niet Europese migranten en Oost-Europese migranten mogelijks een verhoogd risico hebben om hiv te verkrijgen. Het cijfermateriaal van Sciensano lijkt dit te bevestigen. Zo zijn 5% van de niet-Belgische heteroseksuelen die in 2017 gediagnosticeerd worden afkomst uit Roemenië (Sasse et al., 2018). Ook ander **onderzoek bevestigt het bestaan van andere risicogroepen**. Het vermoeden van de professionals dat hiv onder Oost-Europese migranten aan een opmars bezig is, wordt door de cijfers van ECDC en WHO ondersteund (ECDC & WHO, 2018). In 2017

werden het hoogste aantal nieuwe hiv-gevallen geregistreerd in Letland en Estland. En terwijl het percentage van het aantal nieuwe diagnoses daalt voor SAM (van 24% van alle diagnoses in Europa in 2008 naar 18% in 2017), stijgt dit voor personen uit Centraal- en Oost-Europa (van 4% van alle diagnoses in Oost-Europa in 2008 naar 6% in 2017). Hiv-diagnoses zijn bovendien sinds 2008 meer dan verdubbeld in Bulgarije, Cyprus en Litouwen, en met meer dan 50% gestegen in Tsjechië, Hongarije, Malta en Polen (ECDC & WHO, 2018).

Studies tonen aan dat post-migratie hiv-infectie hoger is in **andere groepen migranten**. In een literatuurstudie tonen Ross et al. (2018) aan dat post-migratie hiv-infectie het hoogst is in migranten van Latijns-Amerika en het Caraïbisch gebied en het laagst bij Afrikaanse migranten. Er werd ook een verband aangetoond tussen post-migratie hiv-infectie en transmissieroute, waarbij post-migratie infectie het hoogst bleek te zijn bij intraveneuze druggebruikers en mannen die seks hebben met mannen, en het laagst bij mensen die heteroseksueel contact rapporteren als hun voornaamste hiv-transmissie risico (Ross, 2018). Hoewel uit de eigen dataverzameling naar voor kwam dat SAM-sekswerkers geen verhoogd risico op hiv hebben (wel op andere soa's), bleek dit anders te zijn in het onderzoek van Dias en collega's (2017). Daarin werd gevonden dat sekswerkers met een migratieachtergrond een verhoogde kwetsbaarheid hebben in vergelijking met sekswerkers die geen migratieachtergrond hebben; Een kwart van de sekswerkers zonder papieren had nog nooit een gezondheidsdienst gebruikt en 15% had nog nooit getest op hiv. Zelf gerapporteerde hiv-infectie lag veel lager dan de werkelijke infectie (1.8% versus 2.3% bij migranten met papieren en 0.8% versus 13.6% bij migranten zonder papieren). Een recente literatuurstudie (Ross, 2018) bevestigt ook dat een aanzienlijk deel van de migranten in westerse landen hiv oplopen na de migratie en dat deze groep zich laat presenteert bij zorgverleners.

De studies zijn eensgezind in hun **conclusies**: sub-Saharaanse Afrikaanse migranten zijn een specifieke doelgroep, er zijn gemiste kansen wat betreft hiv-preventie voor deze groep en specifieke, gerichte interventies worden aanbevolen. Bijkomende aandacht kan gaan naar andere groepen migranten.

## **2 Onderzoeksvraag 2: Wat zijn de noden wat betreft hiv-preventie, hiv-testing en leven met hiv bij (subgroepen in) de SAM-gemeenschap?**

Uit de eigen dataverzameling kwamen duidelijk een aantal **noden met betrekking tot hiv-preventie, hiv-testing** en leven met hiv naar voor: Het verlagen van het stigma omtrent hiv, het verwijderen van het taboe omtrent praten over seksuele gezondheid, en het verhogen van de risicoperceptie en kennis omtrent hiv en seksuele gezondheid. Ook moeten misconcepties omtrent hiv opgehelderd worden, en moet gezondheidsgedrag (zoals het gebruiken van condooms en zich laten testen) aangemoedigd worden. Er werd immers aangegeven dat SAM hiv nog vaak zien als een 'straf van God' en dat zij over het algemeen geen preventief gezondheidsgedrag stellen. De literatuur bevestigt dat SAM cultureel gezien een andere perceptie hebben op wat 'ziekte' is, en dat dit hun gezondheidsgedrag beïnvloedt (Vaughn et. al., 2009).

De **specifieke noden voor hiv-positieve SAM** die aangehaald werden, zijn om te beginnen meer psychologische ondersteuning. In Antwerpen biedt het HIV-SAM project cultuursensitieve individuele patiëntenconsultaties aan, workshops omtrent leven met hiv, en ondersteunen zij de patiëntengroep Muungano. In andere provincies is dit aanbod echter beperkt. Het HIV-SAM project stelde de workshop omtrent leven met hiv wel voor aan andere HRC's, maar enkele professionals gaven aan dat zij hier geen gehoor aan gaven omdat ze de slaagkansen hiervan, vanwege het grote stigma in de gemeenschap, laag

inschatten. Daarnaast is er nood aan eenvoudige toegang tot medicatie en andere hiv-gerelateerde zorg voor iedereen, ongeacht de legale of economische status. Gezien medicatie een federale bevoegdheid is, zijn de gemeenschappen voor goede preventie niet onafhankelijk van beslissingen die worden genomen op het federale niveau. Ten slotte werd aangegeven dat het concept 'chronische ziekte' door vele SAM niet goed begrepen wordt. Zowel de hierboven vernoemde culturele perceptie van ziekte, alsook een lage health literacy, zouden dit kunnen verklaren (Vaughn et al., 2009; Cooper et al., 2012).

Er is echter **weinig literatuur over de specifieke noden van SAM** met betrekking tot hiv-preventie en de bevordering van seksuele gezondheid. Een recente studie (Ross, 2018) bevestigt echter wel dat, eenmaal naar de zorg toe geleid, migranten vaak slechtere gezondheidsuitkomsten hebben dan de personen van Belgische herkomst. Onderliggend aan deze fenomenen zijn veelvoudige individuele en structurele factoren, zoals ontwrichting van sociale netwerken, communicatiebarrières, beperkte toegang tot zorg en stigma.

Daarnaast **focus de geïdentificeerde wetenschappelijke literatuur voornamelijk op barrières en problemen in verband met hiv-testing en leven met hiv**. Er worden een aantal redenen voor het beperkte testen en late diagnoses geïdentificeerd, die kunnen vertaald worden naar noden.

#### Hiv-testing

De lagere hiv-testing rates en late diagnoses bij SAM zijn een reflectie van een aantal barrières in het aanbieden en het gebruik van hiv-testing diensten. In het rapport 'hiv and migrants' van de ECDC (2017) gaven 48 EU/EEA-landen aan wat volgens hen de belangrijkste barrières zijn bij het **aanbieden van hiv-testen**:

- duurzame financiering voor hiv-testingdiensten (gerapporteerd door 16 landen voor zowel migranten uit landen met een hoge prevalentie als mensen zonder papieren);
- beschikbaarheid van hiv-testingdiensten in de gemeenschappen (respectievelijk 15 en 14 landen);
- kennis van gezondheidswerkers en hun vaardigheid in het identificeren en het screenen van asymptomatische patiënten die getest zouden moeten worden (15 en 14 landen respectievelijk);
- stigma en discriminatie bij gezondheidswerkers (respectievelijk 14 en 13 landen).

Bovendien toonde een studie uit Frankrijk aan dat artsen meer geneigd zijn om recente migranten een hiv-test aan te bieden, dan migranten die al langer in Frankrijk leven. De reden hiervoor is dat zij het risico voor infectie in Frankrijk onderschatten (Rigal et al., 2011). Een ander artikel naar testgedrag bij SAM in Frankrijk concludeert dat hiv-testen systematischer moeten worden aangeboden en herhaald om de tijd tussen hiv-infectie en diagnose te verkorten, vooral voor kansarme mensen die bijzonder kwetsbaar zijn voor hiv-infectie (Limousi et al., 2017).

De belangrijkste belemmeringen voor het **opnemen van hiv-testen** onder migranten zijn volgens hetzelfde rapport (ECDC, 2017):

- stigma en discriminatie binnen migrantenpopulaties (gemeld door 16 landen voor migranten uit landen met een hoge prevalentie en door 15 landen voor mensen zonder papieren migranten);
- beperkte beschikbaarheid van hiv-testdiensten in het algemeen (respectievelijk 13 en negen landen) en van hiv-testingdiensten in de gemeenschap specifiek (respectievelijk 16 en 14 landen);
- stigma en discriminatie onder gezondheidswerkers (respectievelijk 14 en 12 landen);

- beperkte steun vanuit de gemeenschap voor hiv-testing (respectievelijk 12 en 10 landen).

Stigma en discriminatie zijn onderliggend aan veel van deze barrières. Dit werd eveneens aangetoond door Pachankis en collega's (2017) in de European MSM Internet Survey (EMIS). EMIS verzamelde data bij 23.000 MSM die migreerden van 181 landen naar 38 landen in Europa. Bij MSM-migranten waren structureel stigma ten opzichte van seksuele minderheden (op basis van de wetgeving in het thuisland en migratieland) en ten opzichte van migranten (op basis van de European Value Survey in het migratieland) geassocieerd met beperkte hiv-preventiekennis, beperkte toegang tot diensten, en beperkte preventieve gedragingen (Pachankis et al., 2017).

Een studie in Spanje associeerde dan weer beperkte toegang tot zorg met geslacht (mannen rapporteerden meer barrières te ervaren) en met praktische zaken: wachttijd om een afspraak te maken of in het ziekenhuis. Verder speelden er onder andere structurele zaken mee zoals het niet bezitten van een gezondheidskaart of een onduidelijke migratiestatus (Ndumbi, 2018). Dit laatste wordt bevestigd door Mullerschön en collega's (2019) in een studie bij 1919 SAM in Duitsland: het hebben van ziekteverzekering. SAM zonder ziekteverzekering rapporteerden significant minder dat ze ooit een hiv-test deden.

Factoren die bijdragen tot **late diagnose** bij migranten (ECDC, 2017):

- een lage risicoperceptie (respectievelijk 19 voor migranten uit landen met een hoge prevalentie en door 15 landen voor mensen zonder papieren);
- angst om de hiv-status te kennen (17 en 14 landen);
- beperkte kennis over hiv (16 en 12 landen);
- ontkennen van risicogedrag (13 en 9 landen);
- beperkte screening van asymptomatische patiënten (13 en 11 landen);
- te weinig inspanning van gezondheidswerkers om hiv-testing aan te bieden aan mensen met risicogedrag (10 en 10 landen).

Een studie uit Zwitserland voegt nog een aantal andere barrières voor late diagnoses toe. Hachfeld en collega's (2019) vergeleken redenen voor late toeleiding naar zorg bij hiv-geïnfecteerde SAM-patiënten en patiënten uit West-Europa. De proportie 'late diagnoses' was 45.8% bij patiënten uit West-Europa en 64.6% bij SAM-patiënten. Vergeleken met de groep uit West-Europa, werden de SAM-patiënten vaker gediagnosticeerd tijdens de zwangerschap (0% versus 9.1%), maar werden ze minder getest bij de huisarts (44,6% versus 25%). De belangrijkste redenen voor het late testen bij SAM waren 'geen kennis hebben van anonieme testmogelijkheden' (46.4%), 'angst voor negatieve reacties in de familie' (39.3%), en 'angst om uitgewezen te worden' (26.1%).

#### Leven met hiv

**Therapietrouw.** De nodenbevraging van Sensoa (2019) toonde aan dat SAM dubbel zo vaak aangeven soms medicatie vergeten te nemen (17% versus 8%). SAM verklaren dit zelf door dat ze vele andere zorgen hebben, waarbij hiv niet op de eerste plaats staat. Verder, doordat hiv onder controle is, voelen ze zich niet ziek en zijn ze zich minder bewust van de noodzaak van medicatie. Dat laatste wijst ook op een gebrek aan kennis over hiv. Andere factoren die hierbij meespelen zijn de grotere co-morbiditeit (bv. een aantal uren wachten na medicatie voor diabetes, waardoor men het vergeet) en het stigma dat op hiv ligt (waardoor men de inname van medicatie gaat verbergen). Verder lijken hiv-positieve SAM minder frequent op consultatie te gaan dan andere groepen: zo heeft 24% van de respondenten van de survey het voorbije jaar geen consult gehad (11% bij de andere groepen).

**Psychosociale steun.** De nodenbevraging gaf eveneens aan dat SAM de laagste score hadden op sociale steun (62% heeft een zwakke sociale steun): er zijn veel SAM die hun hiv-diagnose (vanwege het stigma) tegen niemand of zo weinig mogelijk mensen vertellen (Sensoa, 2019). Dit constant verbergen geeft een gevoel er alleen voor te staan. Ook een studie onder hiv-positieve migranten in Nederland wees uit dat 35% verhoogd risico hadden op psychosociale ‘distress’ (Been, 2019). Eén op drie SAM uit de Sensoa-nodenbevraging (2019) maakt gebruik van de psychosociale steun van HRC’s. De deelnemers uit de focusgroep gesprekken van Sensoa vinden deze psychosociale zorg zeer belangrijk, maar geven aan niet goed te weten wat deze zorg inhoudt. Wat zou kunnen helpen, is dat de arts dit op de consultatie meer uitlegt en er actief naar verwijst.

**Seksuele relaties.** De nodenbevraging van Sensoa (2019) toonde aan dat, in vergelijking met andere mensen met hiv, SAM drie keer zo vaak geen (seks)partner (43% versus 16%) hebben. Volgens de SAM zelf heeft enerzijds te maken met het niet vinden van een partner (onder andere door hiv-status), en anderzijds ook met het niet willen aangaan van een intieme relatie, uit schrik voor het bekend worden van de hiv-status.

**Stigma** lijkt ook groter onder hiv-positieve SAM dan bij andere groepen. SAM gaan opvallend vaker dan andere mensen met hiv akkoord met de stelling “de meeste mensen met hiv worden afgewezen als anderen dit ontdekken” (71% versus 49% akkoord). Onder vrienden, in de kerkgemeenschap, tegen burens, etc. kan dit niet verteld worden. Enkel in de bijeenkomst met andere hiv-positieve SAM (zoals Muungano) kan dit veilig verteld worden. Tezelfdertijd scoren SAM lager op het ooit ervaren hebben van discriminatie dan andere mensen met hiv (45% versus 65%). De verklaring die ze hier zelf aan geven is dat ze het gewoon minder vaak vertellen, waardoor ze ook niet op die basis gediscrimineerd worden. De Sensoa nodenbevraging (2019) toonde eveneens aan dat SAM ook de hoogste score hebben wat betreft zelfstigma (58% versus 46% ooit ervaren). Ook Arrey en collega’s (2015b) vonden in hun onderzoek dat het zelfstigma bij SAM erg groot was.

Een kwalitatieve studie bij hiv-positieve SAM in België (Arrey, 2017) toonde aan dat de meerderheid onder hen (25/44) stigma - zoals geen of uitgestelde zorg, overdreven voorzorgsmaatregelen, of vernedering - ervaren hebben in de zorg. De redenen die ze hiervoor aanhaalden waren: percepties ten aanzien van migranten en hiv, angst voor besmetting en institutioneel hiv-beleid. Deelnemers rapporteerden verschillende gevolgen van stigma: stress, inconsistent hulpzoekend gedrag en het niet vermelden van hiv-status tegen gezondheidswerkers.

**Samengevat**, uit de wetenschappelijke literatuur en de nodenbevraging van Sensoa, kunnen drie belangrijke noden naar voor geschoven worden:

- Verbeteren van de toegang tot testen
- Verminderen van stigma
- Verhogen van mentaal welbevinden en verminderen van isolement bij hiv-positieve SAM

De deelnemers aan de focusgroep discussie van de nodenbevraging van Sensoa (2019) gaven als grootste prioriteit de socio-economische situatie van SAM aan. Ook andere literatuur identificeert vergelijkbare structurele factoren als belangrijke determinanten van toegang tot zorg.

Er werd geen literatuur geïdentificeerd die specifiek rapporteert over de noden van SAM in verband met sensibilisering en kennis.

### 3 Onderzoeksvraag 3: In hoeverre beantwoordt de huidige outreachende, cultuursensitieve en participatieve aanpak werking aan deze noden?

Op basis van het eigen kwalitatief onderzoek, kan gezegd worden dat de huidige outreachende, cultuursensitieve en participatieve aanpak van het HIV-SAM project inderdaad inspeelt op de noden van SAM. Deze aanpak wordt gewaardeerd door zowel de SAM-gemeenschap als de professionals, en bovendien geven beide groepen aan ook reeds resultaten te zien.

De cijfers uit de jaarrapporten van het HIV-SAM project en het ITG tonen dat inderdaad steeds **meer SAM zich laten testen** op hiv. (Voor de lege kolommen ontbrak de nodige informatie in deze rapporten.) Bij outreach-activiteiten werden in 2009 46 SAM bereikt, terwijl dit in 2018 al om 151 personen ging. Ook het aandeel SAM dat zich voor een hiv-test aanmeldt in het helpcenter van het ITG steeg mede dankzij de inspanningen van het HIV-SAM project van 35 personen in 2007 naar 864 personen in 2018 (zie tabel 2).

Tabel 3 Hiv-testen uitgevoerd bij SAM (bron: Jaarrapporten HIV-SAM en ITG)

	Aantal hiv-tests uitgevoerd in het kader van hiv-preventie-activiteiten van het HIV-SAM project	Aantal indicatief reactieve testen	Aantal SAM dat het hiv-helpcenter van het ITG raadpleegde	Totale aantal hiv-diagnoses (waarvan nieuwe diagnoses)
2007			35	0 (0)
2008			73	1 (1)
2009	46		136	9 (6)
2010	65		160	2 (2)
2011	52		188	1 (1)
2012	54	3	184	6 (5)
2013	120	5	231	13 (9)
2014	52	5	261	10 (6)
2015	67	2	192	1 (1)
2016	103	2	407	
2017	168	1	657	
2018	151	3	864	

Wel wordt opgemerkt dat er **nog steeds een grote preventienood** is. Professionals en SAM vinden daarom dat de terreinwerking gericht op SAM moet blijven bestaan. Dit blijkt ook uit de wetenschappelijke literatuur: er werden een aantal artikels gevonden die interventies evalueren voor SAM om op de eerder geïdentificeerde noden in te spelen. Het merendeel van de studies besluit dat gerichte interventies op SAM nodig blijven. Concrete studies lijken zich voornamelijk te focussen op interventies die hiv-testing bij migranten dienen te verhogen.

Álvarez-del Arco et al. (2017) bestudeerde internationale richtlijnen in verband met hiv-testing en besloot dat alle richtlijnen migranten als risicogroep voor hiv-infectie zien. Drie richtlijnen bevelen expliciet hiv-testing aan voor deze groep.

Document	Subjects identified as candidates for HIV test
2008 European Guideline on HIV Testing (IUSTI, 2008)	Individuals who had sexual exposure in countries with a high HIV prevalence
Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. (WHO, UNAIDS, 2007) <sup>27</sup>	Migrants and refugees
Scaling up HIV testing and counselling in the WHO European Region. (WHO, 2010) <sup>8</sup>	Migrants/mobile populations; ethnic/national minorities. Healthcare settings and other community settings
HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. (ECDC, 2010) <sup>7</sup>	Migrants (especially those from high HIV prevalence countries)

Figuur 4 Documenten die hiv-testing voor migranten en etnische minderheden aanbevelen (bron: Álvarez-del Arco et. al., 2017)

Interviews met sleutelinformanten in vier landen, gerapporteerd door Álvarez-del Arco et al. (2017), vermeldden dat bevorderen van hiv-testen in de gemeenschap werd gezien als een van de belangrijkste aspecten voor het succes van de implementatie van deze richtlijnen. Deelnemers benadrukten de noodzaak om strategieën te vinden die flexibel zijn, waardoor migranten toegang krijgen tot hiv-tests in hun gemeenschappen, terwijl de kwaliteit gedurende het testproces wordt gewaarborgd. Vertrouwelijkheid, post-test counseling en directe koppeling met specialistische hiv-zorg moeten worden gegarandeerd en alle testinitiatieven moeten voldoen aan alle ethische en technische vereisten. Sommige deelnemers zijn van mening dat sommige SAM bezorgd zijn over vertrouwelijkheid en niet in hun eigen gemeenschap willen worden getest; ze verkiezen ziekenhuizen ver van hun woonplaats. Het is essentieel om die mensen informatie geven over waar deze sites zich bevinden. Er is wel bezorgdheid dat deze gerichte interventies het stigma net kunnen vergroten.

Twee literatuurstudies geven inzicht in effectieve strategieën voor het promoten van hiv-testen bij migranten:

- Aung en collega's (2017) besluiten dat het integreren van VCT (vrijwillige hiv-counseling en testen) in eerstelijnszorg de meest belovende strategie is voor het promoten van hiv-testen. Deze studie benadrukt eveneens dat alle interventies waren gebaseerd op individuele gedragsveranderingstheorieën, terwijl een meer structurele aanpak mogelijk meer vruchten afwerpt. (Aung, 2017);
- Een meta-analyse door Pottie en collega's (2018) naar interventies om de toegang tot en het afnemen van hiv-testen te verhogen in gemarginaliseerde groepen besluit dat community-based rapid testing programma's potentieel hebben om hiv-testen bij migrantenpopulaties te verhogen. (Pottie, 2018).

Individuele studies tonen aan dat verschillende benaderingen effectief en aanvaardbaar kunnen zijn:

- In de UK bleek een interventie die preventieboodschappen verspreidde via gsm haalbaar en aanvaardbaar voor het promoten van hiv-testing en het aanpakken van gezondheidsgedragingen in Afrikaanse migrantengemeenschappen (Evans, 2019).
- Een grootschalige studie bij SAM in Duitsland vond dat deelnemers een sterk verhoogde kans hadden om een hiv-test gedaan te hebben als hiv een thema is dat in hun gemeenschappen besproken werd (Kuehne, 2018).

- Loos en collega's (2016) toonden aan dat outreach VCT met behulp van orale vloeistofafname-apparaten en het aanbieden van webgebaseerde resultatenverzameling veelbelovende resultaten toonde. Bijna een vijfde (18,2%) van de bezoekers van de outreach-instelling stemde in met testen. Bijna 30% testte voor de eerste keer. Deze methode toont potentieel om subgroepen te bereiken met een verhoogd risico op hiv en met verminderde toegang tot reguliere testmogelijkheden. Er was meer aanvaarding van outreach VCT bij vrouwen, in kerken en op plaatsen waar de gemeenschapsleiders gesensibiliseerd hadden.
- Ook Sadler (2007) toonde in de Mayisha II studie aan dat anonieme hiv-testing gelinkt aan een survey in de gemeenschappen haalbaar is. 56% van de meer dan 2400 benaderde Afrikaanse migranten in de UK namen deel, waarvan 74% instemde met een hiv-test. De hiv-prevalentie was 14%; 66% hiervan was nog niet eerder gediagnosticeerd.
- Loos en collega's (2014) testten richtlijnen voor het implementeren van Provider-Initiated Counseling and Testing (PITC) in eerstelijnszorg. Algemeen was er een hoge aanvaardbaarheid van de richtlijnen bij artsen. Routinematig hiv-testing aanbieden werd verhinderd door het persoonlijke ongemak van artsen, veronderstellingen van het seksuele risico van patiënten, incoherentie met redenen voor consultatie en tijdsdruk. De beste mogelijkheid voor PITC was een bloedanalyse om andere medische redenen. PITC bleek haalbaar te zijn in de eerstelijnszorg, maar de opschaling vereist een herformulering van counselingrichtlijnen, een beleid dat de rol van huisartsen in het continuüm van de zorg bepaalt en een investering in (permanente) training.

**Concluderend** kan gesteld worden dat het gericht aanbieden van hiv-testing effectief kan aanzetten tot meer testen. Hiervoor wordt community outreach als good practice naar voor geschoven. Echter, ook andere manieren kunnen effectief zijn en andere groepen bereiken.

**4 Onderzoeksvraag 4: Welke zijn, vanuit de verschillende invalshoeken bekeken, de aanbevelingen om een nieuwe terreinwerking m.b.t. seksuele gezondheid op poten te zetten? Deelvraag: Is het – op basis van de antwoorden op vragen 1, 2 en 3 – opportuun om de terreinwerking voor SAM te integreren in een algemene terreinwerking?**

Op basis van de suggesties van respondenten, documenten over de huidige terreinwerking en evaluaties van andere interventie-campagnes die beschreven worden in de literatuur, wordt vraag vier in hoofdstuk 6 uitgebreid beantwoord.

Er moet rekening mee gehouden worden dat mogelijks niet alle opgenoemde suggesties daadwerkelijk uitgevoerd kunnen worden. Op basis van de beschikbare middelen moet bekeken worden welke pistes haalbaar en het meest effectief zijn.



## 5 Assumpties van het ToC model

Op basis van het eigen onderzoek en de literatuur werd bekeken of de assumpties met betrekking tot het ToC-model van het HIV-SAM project kloppen. Dit geeft een indicatie van de vermoedelijke effectiviteit van het HIV-SAM programma en maakt duidelijk waarop een toekomstige terreinwerking nog kan inzetten:

**De centrale rol van stigma en het belang van stigmareductie:** de centrale plaats van stigmareductie in de Theory of Change is gerechtvaardigd. Er is veel wetenschappelijke evidentie van de belangrijke rol van stigma in zowel primaire, secundaire als tertiaire of positieve preventie.

Het valt op dat veel van de assumpties niet door sterke wetenschappelijke kwaliteit worden onderbouwd. Dit betekent zeker niet dat de verbanden vermeld in deze assumpties niet geldig zouden zijn. Twee andere mogelijke verklaringen zijn immers 1) dat er nog onvoldoende wetenschappelijke studies zijn die de causaliteit van de verbanden aantonen; 2) dat de uitkomst die in deze assumpties besproken wordt nog door andere factoren bepaald wordt. Zo is er bijvoorbeeld beperkte evidentie voor de assumptie 'Bewustzijn van de hiv-problematiek leidt tot meer testen op hiv'. Een waarschijnlijke reden is dat bewustzijn van de hiv-problematiek een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde is om tot meer hiv-testen te leiden. Dit laatste is sterk zichtbaar in de primaire en secundaire preventie en wijst op de nood aan interventies die verschillende barrières tegelijkertijd aanpakken: enkel het inzetten op kennis of enkel het meer toegankelijk maken van hiv-testen is niet voldoende. Het is een goede strategie om in te zetten op '**combination prevention**'.

Een derde opvallende vaststelling is dat de **strategie om te werken met 'intermediairs'** (gemeenschapsleiders, zorgverleners) belangrijk is omwille van het belang dat SAM hechten aan de gemeenschap en aan de autoriteit van artsen, maar dat het ook risico's met zich meebrengt: er is veel tijd nodig om deze intermediairs te overtuigen van het belang van hun rol in hiv-preventie en, eens overtuigd, blijken er beperking in tijd en middelen te bestaan.

Tabel 4 Kleurencode voor de assumpties van het Theory of Change-model

Zeer sterk	Hoge kwaliteit, veel data, consistent, nauw overeenstemmend met de context van het project
Sterk	Hoge kwaliteit, veel of medium data, voornamelijk consistent, overeenstemmend met de context van het project
Medium	Gemiddelde kwaliteit, medium data, voornamelijk consistent, overeenstemmend met de context van het project
Beperkt	Gemiddelde of lage kwaliteit, medium of klein aantal data, inconsistent, niet overeenstemmend met de context van het project
Geen	Geen evidentie gevonden

Tabel 5 Evidentie voor de assumpties van het Theory of Change-model

Stigma	
Er is een groot hiv-gerelateerd stigma in de SAM-gemeenschap.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiv wordt binnen de SAM-gemeenschap nog vaak gezien als straf van God en/of als ziekte die enkel slechte en seksueel promiscue personen treft. Daarnaast wordt het gezien als dodelijke ziekte die op allerlei wijzen overgedragen kan worden (eigen dataverzameling; Arrey et al., 2015; NAT, 2014; Foley, 2005; Manirankunda et al. 2009)</li> <li>• Er is nog een groot zelfstigma bij hiv-positieve SAM (Arrey et al., 2015b; Sensoa, 2019). In het eigen kwalitatieve onderzoek werd dit voornamelijk door de vrouwelijke hiv-positieve SAM vermeld.</li> <li>• Naast het stigma op hiv is er een algemeen taboe omtrent praten over seksuele gezondheid (eigen dataverzameling, Agu et al., 2016)</li> </ul> <p>Besluit: Er is zowel uit ons eigen kwalitatieve onderzoek als uit de literatuur sterke evidentie hiv-gerelateerd stigma sterk aanwezig is in de SAM-gemeenschap.</p>
Hiv-stigma heeft een negatieve impact op hiv-testen, condoomgebruik en zelfzorg.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het stigma rond hiv verhindert een open en eerlijke communicatie rond dit onderwerp. Dit zorgt ervoor dat (eigen dataverzameling): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Accurate kennis omtrent hiv zich minder snel verspreidt;</li> <li>○ Partners niet praten over preventief gezondheidsgedrag met betrekking tot seksuele gezondheid;</li> <li>○ SAM zich mede hierdoor vaak niet beschermen bij seksuele contacten (zie ook Evans et al., 2016, Prost et al., 2008)</li> <li>○ Hiv-positieve SAM hun status niet bekend durven maken;</li> </ul> </li> <li>• SAM associëren hiv met gestigmatiseerde identiteiten waarmee men zichzelf niet identificeert (eigen dataverzameling; Asante en Kröner, 2012; Kröner, 2007). Dit verlaagt hun risicoperceptie.</li> <li>• Omwille van angst voor uitsluiting en discriminatie, willen SAM niet gezien worden in testingcentra, durven ze zelf niet expliciet een hiv-test te vragen aan de (huis)arts, en zullen ze zich bij outreach testing niet laten testen als men niet het gevoel heeft dat de gemeenschap hier achter staat (eigen dataverzameling; Manirankunda et al., 2009; Prost et al., 2008).</li> <li>• Stigma staat zelfzorg van hiv-positieve SAM in de weg (eigen dataverzameling; Arrey et al., 2015b; Prost et al., 2008). De meeste hiv-positieve SAM maakten hun status aan niemand bekend. Velen nemen hun medicatie stiekem en hebben en grote angst gezien te worden in een HRC wanneer ze daar naartoe moeten voor opvolging. Ook gaan ze contact met andere hiv-positieve SAM uit de weg, terwijl dit net bevorderlijk zou zijn voor hun mentale en fysieke welbevinden.</li> </ul> <p>Besluit: Eigen kwalitatieve en de wetenschappelijke literatuur wijzen uit dat stigma op alle verschillende lagen van het gezondheidszorgcontinuüm inspeelt: hiv-stigma heeft een negatieve impact zowel kennisverspreiding, als op hiv-testen, condoomgebruik en zelfzorg.</p>
Het verlagen van stigma op hiv in de SAM-gemeenschap draagt bij tot het verhogen van de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van level bij SAM met hiv.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er werden geen studies geïdentificeerd die, in gemeenschappen waar het stigma over de tijd gereduceerd werd, nagingen welke impact dit had op de zelfzorg van hiv-positieve SAM.</li> <li>• Wel geeft een studie van Loutfy en collega's (2015) aan dat programma's die hiv-positieve personen om leren gaan met het waargenomen stigma, zouden kunnen helpen om hun zelfzorg te verbeteren.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Daarnaast toont een literatuurstudie van Brown en collega's (2003) dat de impact van interventies gefocust op het verlagen van stigma bekeek, eventueel effect zou kunnen hebben op korte termijn en in kleinschalige settings.</li> <li>• Ten slotte is er zoals hierboven gezien veel evidentie voor de negatieve relatie tussen stigma en de levenskwaliteit van hiv-positieve personen. Dit doet vermoeden dat wanneer het stigma verlaagt, de zelfzorg toeneemt.</li> </ul> <p>Besluit: Er is een sterk vermoeden dat het verlagen van stigma bijdraagt tot het verbeteren van de zelfzorg van hiv-positieve SAM. Tot op heden werd dit echter nog niet bewezen in goed wetenschappelijk onderzoek.</p>
<p>Primaire preventie</p>	
<p>SAM halen hun kennis rond hiv voornamelijk van gemeenschaps-leiders, de eigen gemeenschap en zorgverleners.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is weinig onderzoek te vinden over waar SAM precies kennis omtrent seksuele gezondheid vergaren.</li> <li>• Stigma omtrent hiv en het taboe omtrent praten over seksualiteit verhindert een vlotte kennisoverdracht omtrent seksuele gezondheid.</li> <li>• Seksuele opvoeding gebeurt volgens de Afrikaanse traditie niet door ouders, maar door intermediairs zoals tantes en nonkels of grootouders (eigen dataverzameling; Delius &amp; Glaser, 2002, Lucas, 2002)</li> <li>• Ook tussen partners is er vaak een taboe omtrent praten over seksuele gezondheid (eigen dataverzameling, Lucas, 2002)</li> <li>• In onze eigen dataverzameling werd ook vermeld dat de meeste SAM niet bekend zijn met internetbronnen waar men informatie over seksuele gezondheid kan vinden en/of dat men hier niet zelf naar op zoek zou gaan.</li> <li>• Wel verkrijgen ze informatie via peers, al is de informatie die ze via deze weg verkrijgen niet altijd correct en sterk onderhevig aan waarden en normen die binnen deze groep leven (Delius &amp; Glaser, 2002; eigen dataverzameling)</li> <li>• Uit de eigen dataverzameling bleek dat vele SAM-gemeenschapsleiders, en zeker ook religieuze leiders als vertrouwenspersonen zien, en regelmatig bij gezondheidsproblemen aan hen raad gaan vragen;</li> <li>• Daarnaast werd vermeld dat artsen een hoge status hebben en als expert aanzien worden, waardoor de meeste SAM wel gehoor hebben voor gezondheidsboodschappen die via hen geleverd worden.</li> </ul> <p>Besluit: Hoewel gemeenschapsleiders als vertrouwenspersoon gezien worden, is er weinig evidentie dat SAM kennis over hiv bij hen gaan halen. Wel is er evidentie dat ze kennis over seksueel (gezondheids)gedrag via de eigen gemeenschap (namelijk de uitgebreide familie en peers) verwerven en dat de expertise van artsen vaak gewaardeerd wordt. Over het algemeen wordt er veel te weinig gesproken over seksuele gezondheid.</p>
<p>Bewustzijn van de hiv-problematiek leidt tot meer testen op hiv.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In gedragsveranderingsmodellen die gebruikt worden om positieve veranderingen in gezondheidsgedrag te verklaren (zoals de Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991), het Health Belief Model (Hochbaum, 1985), en de Stages of Change (Prochaska &amp; DiClemente, 1983)), is het zich bewust zijn van het bestaan van een bepaald gezondheidsprobleem gewoonlijk één van de eerste stappen.</li> <li>• In onze eigen dataverzameling werd aangegeven dat steeds meer SAM gesensibiliseerd werden in verband met hiv. Ook werd opgemerkt dat steeds meer SAM zich laten testen, zeker op momenten waar testing aangeboden wordt in combinatie met een informatiemoment mede</li> </ul>

	<p>georganiseerd door de SAM-gemeenschap zelf (eigen dataverzameling). Uit onderzoek van de ECDC (2017) blijkt inderdaad ook dat steun uit de gemeenschap gerelateerd wordt met hiv-testing.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ten slotte werd in een studie bij migranten in Duitsland gevonden dat deelnemers die meer algemene kennis hadden over hiv, en zij die rapporteerden dat hiv een thema was dat in hun gemeenschap besproken werd, ook een hoge kans hadden om getest te zijn (Kuehne et al., 2018).</li> </ul> <p>Besluit: Theoretisch gezien klopt het zeker dat er eerst bewustzijn gecreëerd moet worden alvorens men op actie over kan gaan. Enkel bewustzijn van de hiv-problematiek is echter niet voldoende. Er bestaan immers nog vele andere barrières met betrekking tot hiv-testen (zie ECDC, 2017).</p>
<p>SAM hebben beperkte toegankelijkheid tot condooms.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In België zijn condooms alom verkrijgbaar.</li> <li>• Bovendien verspreidt het HIV-SAM project gratis condooms in de gemeenschap</li> <li>• Toch worden er nog barrières waargenomen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ De kostprijs van condooms (indien ze deze zelf aan moeten kopen);</li> <li>○ Het taboe omtrent seks en schaamte om condooms aan te nemen;</li> <li>○ De vooroordelen omtrent condoomgebruik (bijvoorbeeld dat enkel personen die seksueel promiscue willen zijn of die overspel willen spelen condooms nodig hebben).</li> </ul> </li> </ul> <p>Besluit: Condooms zijn zeker beschikbaar, maar omwille van de kostprijs, het taboe en de vooroordelen omtrent condooms, zijn ze niet altijd toegankelijk voor SAM.</p>
<p>Verminderd stigma, betere toegang tot condooms, meer bewustzijn van de hiv-problematiek en meer hiv-testen leiden tot meer condoomgebruik.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gedragsveranderings-theorieën en ook studies die specifiek omtrent de determinanten van condoomgebruik werkten geven aan dat niet enkel bewustzijn en kennis, maar ook attitudes, normen, overtuigingen, intentie, zelfeffectiviteit, waargenomen gedragscontrole en risicoperceptie belangrijk zijn (zie bijvoorbeeld Ahmed, 2013; Loos, 2016).</li> <li>• Uit de eigen dataverzameling bleek dat het stigma omtrent condooms gedaald is. Vroeger moest men deze in het geheim uitdelen, terwijl ze nu vaak gewoon in bars, kapsalons en op straat verdeeld worden. Bovendien bleek dat sommige SAM ook zelf om condooms komen vragen bij sleutelfiguren of vrijwilligers van het HIV-SAM project.</li> <li>• Daarnaast bleek dat meer en meer SAM zich ook bewust zijn van de hiv-problematiek en accurate kennis hebben over hoe men overdracht kan tegengaan.</li> <li>• Ook zijn condooms, zoals hierboven beschreven, beschikbaar.</li> <li>• Binnen de SAM-gemeenschap worden condooms echter nog vaak geassocieerd met seksuele promiscuïteit en overspel en heerst er de algemene opvatting dat condooms het plezier bederven.</li> <li>• Daarnaast blijft de risicoperceptie van SAM laag omdat men zich niet identificeert met de gestigmatiseerde identiteiten waar hiv mee geassocieerd wordt (eigen dataverzameling; Asante en Kröner, 2012; Kröner, 2007).</li> <li>• Ook verhindert de taboesfeer omtrent praten over seksuele gezondheid dat seksuele partners het gesprek over bescherming tijdens seksueel gedrag aangaan.</li> </ul>

	<p>Besluit: Het reduceren van stigma en toegankelijker maken van condooms zijn belangrijk, maar kunnen niet garanderen dat condooms ook daadwerkelijk gebruikt worden.</p>
<p>Correct en consistent condoomgebruik leidt tot verminderde incidentie van hiv en soa's.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uit onderzoek van bijvoorbeeld Pinkerton (1997) en Weller (1993), blijkt dat het gebruiken van condooms effectief beschermt tegen hiv en soa's.</li> </ul> <p>Besluit: Er is sterke evidentie voor de assumptie dat correct en consistent condoomgebruik de verspreiding van hiv en soa's tegengaat.</p>
<p>Secundaire preventie</p>	
<p>Gemeenschapsleiders hebben een centrale invloed op waarden en normen in de SAM-gemeenschap.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Religieuze en socio-culturele organisaties hebben een belangrijke plaats in het leven van vele SAM en vormen voor hen zowel spiritueel als sociaal en economisch een grote steun (zie het voorstel voor het beleidsplan van het HIV-SAM project 2012-2016).</li> <li>• De normen en waarden die courant zijn in deze gemeenschappen hebben dan ook een grote invloed op individuele opinies (Manirankunda et al., 2009).</li> <li>• Interventies die op het gemeenschapsniveau focussen zijn daarom effectiever dan interventies op het individuele niveau (McCree, Eke, &amp; Williams, 2007).</li> <li>• Gezien hiërarchie een belangrijk gegeven is in de SAM-gemeenschap, is het belangrijk om preventie-activiteiten in de SAM-gemeenschap in samenspraak met de gemeenschapsleiders te organiseren, zo blijkt uit onze eigen dataverzameling.</li> <li>• Daarin werd ook gevonden dat gemeenschapsleiders aanzien genieten en veel connecties hebben. Ze weten daardoor hoe SAM te overtuigen om aan bepaalde activiteiten deel te nemen.</li> <li>• Ook gebruikten de geïnterviewde gemeenschapsleiders hun platform om bepaalde boodschappen te verspreiden.</li> <li>• Daarnaast gaven zij aan dat de leden uit hun gemeenschappen hen als een vertrouwenspersoon zien.</li> <li>• Ten slotte werd in een studie bij migranten in Duitsland gevonden dat deelnemers die rapporteerden dat hiv een thema was dat in hun gemeenschap besproken werd, ook een hoge kans hadden om getest te zijn (Kuehne et al., 2018).</li> </ul> <p>Besluit: Er is voldoende evidentie dat gemeenschapsleiders een centrale invloed hebben op waarden en normen in de SAM-gemeenschap.</p>
<p>Gemeenschapsleiders zien het belang van hiv-preventie en staan open hieraan bij te dragen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het HIV-SAM project sloeg er reeds in om een aanzienlijk netwerk van sleutelorganisaties uit de bouwen. De gemeenschapsleiders die aan het hoofd van deze organisaties staan zien het belang van de preventie-activiteiten van het HIV-SAM project in, en willen zich hiervoor inzetten.</li> <li>• Uit de interviews bleek bovendien dat de betrokken sleutelfiguren en vrijwilligers dit echt doen omdat men wil helpen de gemeenschap sterker te maken.</li> <li>• Vermoedelijk is dit ook het doel van andere gemeenschapsleiders, en zouden zij dus ook overtuigd kunnen worden om bij te dragen aan hiv-preventie indien zij het belang hiervan inzien.</li> <li>• Er werd geen onderzoek gedaan over waarom sommige gemeenschapsleiders wel en anderen niet willen meewerken.</li> <li>• Vermoedelijk heeft het aanhoudende stigma omtrent hiv en het taboe omtrent praten over seksuele gezondheid hierop een invloed, zeker binnen de religieuze organisaties.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er moet dus nog geïnvesteerd worden in het sensibiliseren van gemeenschapsleiders.</li> </ul> <p>Besluit: Gemeenschapsleiders zijn ook onderhevig aan het taboe op seksualiteit en het stigma op hiv. Het HIV-SAM netwerk toont aan dat een aantal gemeenschapsleiders wel het belang van hiv-preventie zien en hieraan wil bijdragen. Zowel bij de ontwikkeling als implementatie van een interventie wordt samengewerkt met geëngageerde gemeenschapsleiders.</p>
<p>SAM hebben beperkte kennis van hiv, preventie en testen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In onze eigen dataverzameling werd er door professionals en SAM zelf op gewezen dat SAM een erg heterogene groep is. Hun kennis over hiv in Vlaanderen kan erg verschillen naar gelang opleidingsniveau, hoe lang men hier reeds woont, land van afkomst, etc. De meesten SAM hebben reeds van hiv gehoord, maar vele onder hen hebben geen accurate kennis over wat hiv precies is, de wijze waarop transmissie gebeurt, hoe hiv behandeld kan worden en hoe men kan leven met hiv (eigen dataverzameling; Manirankunda, 2009). De activiteiten van het HIV-SAM programma lijken hier wel effectief op in te spelen en deze kennis te verhogen.</li> <li>• Ook in andere landen (Australië, Verenigde Staten, Verenigd Koninkrijk, Finland, België) vond men gelijkaardige resultaten (Drummond et al., 2008; Burgoyne &amp; Drummond, 2008; Feresu &amp; Smith, 2013; Barrett &amp; Mulugeta, 2010; Hickson et al. 2009; Tiittala et al., 2018). Uit het onderzoek van Manirankunda en collega's in 2009 bleek de kennis over hiv-testen in Vlaanderen ook laag te zijn. Het HIV-SAM project heeft hier echter reeds verandering in gebracht. Door hun inspanningen laten steeds meer en meer SAM zich testen in het helpcenter van het ITG (zie hoofdstuk 6, 1.3).</li> </ul> <p>Besluit: De meeste SAM lijken een basiskennis over hiv te hebben, maar accurate kennis ontbreekt en misvattingen omtrent hiv-transmissie, behandeling en leven met hiv doen nog steeds de ronde. Deze beperkte kennis en misvattingen gaan hand in hand met vooroordelen en negatieve attitudes ten opzichte van hiv. Kennis over testing-mogelijkheden in Vlaanderen was laag maar lijkt te verbeteren.</p>
<p>Hiv testen zijn weinig toegankelijk voor SAM.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er zijn op verschillende locaties in Vlaanderen laagdrempelige centra waar men een hiv test kan laten uitvoeren. Sinds 2012 zijn er daarnaast, voornamelijk in Antwerpen en Gent, elk jaar verschillende outreachacties waarbij de mogelijkheid tot testen aangeboden wordt.</li> <li>• Er zijn echter nog steeds veel barrières omtrent hiv-testen. Deze zijn onder andere: stigma uit de gemeenschap, zorgen omtrent anonimiteit, de kostprijs van een consult bij de (huis)arts, beperkte kennis van het gezondheidszorgsysteem, een gebrek aan preventief gezondheidsgedrag, geen ziekteverzekering (voor personen zonder papieren) etc. (eigen dataverzameling; Manirankunda et al., 2009; ECDC, 2017; Ndumbi, 2018; Mullerschon et al., 2019)</li> </ul> <p>Besluit: Er zijn voldoende testmogelijkheden, voornamelijk in en rond Antwerpen en Gent, maar kennis van deze mogelijkheden is niet hoog voor alle SAM. Bovendien ervaren SAM specifieke barrières om deze mogelijkheden te benutten.</p>
<p>Cultuursensitieve zorgverleners zijn meer</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zowel uit onze eigen dataverzameling als uit het onderzoek van Manirankunda en collega's (2012) bleek dat artsen er vaak niet aan</li> </ul>

<p>geneigd proactief hiv-testen aan te bieden.</p>	<p>denken om een hiv-test voor te stellen omdat ze zich niet bewust zijn van de noodzaak hiervan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Daarnaast willen artsen niet discriminerend overkomen (Manirankunda et al., 2012; eigen dataverzameling), terwijl SAM net vinden dat dit – mits de juiste counseling – wel de taak van de arts is.</li> <li>• Ook wordt aangegeven dat artsen vaak niet weten hoe ze het gesprek omtrent seksueel gezondheidsgedrag aan te gaan. SAM aan de andere kant, praten vaak indirect en vaag over klachten met betrekking tot seksuele gezondheid, waardoor de arts niet weet dat de oorzaak van een klacht op het terrein van de seksuele gezondheid gezocht moet worden. Ook hierdoor worden vele kansen om een hiv-test voor te stellen gemist (Manirankunda et al., 2012; eigen dataverzameling).</li> <li>• Een onderzoek van Loos en collega's (2014) vond de intentie van artsen die een cultuur-sensitieve tool voor PICT (Provider-initiated counselling and testing) getest hadden, verhoogd was.</li> </ul> <p>Besluit: Er is indirecte evidentie dat het voor cultuur-sensitieve zorgverleners waarschijnlijker is dat zij proactief hiv-testen zullen aanbieden.</p>
<p>Betere toegang tot hiv-testen en proactief aanbieden van hiv-testen leidt tot meer SAM die testen op hiv.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een studie bij SAM in Duitsland (Santos-Hövenner et al., 2015) toonde aan dat SAM wel een goede kennis hadden betreffende hiv-transmissie, maar niet over het aanbod van hiv-testing mogelijkheden.</li> <li>• SAM zien de arts als een expert die een hiv-test zal voorstellen wanneer nodig. Omdat de arts een hoog aanzien geniet, beweren SAM dat men deze suggestie –indien ze gepaard gaat met de juiste counseling en confidentialiteit gegarandeerd wordt – ook zullen aannemen (eigen dataverzameling, Manirankunda et al., 2009; Pulle et al., 2004; Lucas, 2002).</li> <li>• Kuehne en collega's (2018) vonden in hun onderzoek bij migranten in Duitsland dat degenen die meer algemene kennis hadden over hiv en zij die aangaven dat hiv een thema was dat besproken werd in hun gemeenschap, een hogere kans hadden om ook zelf getest te zijn.</li> </ul> <p>Besluit: Er is indirecte evidentie dat het proactief aanbieden van hiv-testen door de arts zal leiden naar meer SAM die testen op hiv. Naast een betere toegang tot testen, moeten SAM ook op de hoogte zijn van het aanbod.</p>
<p>Kennis van hiv-status leidt tot meer bewustwording, meer condoomgebruik en betere zelfzorg.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verschillende onderzoeken vonden dat hiv-testen uiteindelijk ook leidde tot meer condoomgebruik, een verlaging in het aantal seksuele partners, en weinig besmettingen in discordante koppels (Mola et al., 2006; Painter, 2001; UNAIDS, 2001).</li> </ul> <p>Besluit: Er is ruime evidentie dat hiv-testing, en dus kennis van de hiv-status, leidt tot meer bewustwording en minder seksueel risicogedrag.</p>
<p><b>Tertiaire preventie</b></p>	
<p>Zorgverleners zien de nood aan en belang van een cultuursensitieve aanpak.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voor de eigen dataverzameling werd enkel gesproken met artsen die reeds kennis hebben van dit onderwerp. Hier werd echter wel regelmatig aangehaald dat andere artsen momenteel veel te weinig geïnformeerd zijn over hiv en het cultuursensitief omgaan met risicogroepen.</li> <li>• Uit een studie van Manirankunda en collega's (2012) bleek dat vele huisartsen niet voldoende op de hoogte waren omtrent hiv bij SAM en daarom ook geen aandacht besteedden aan proactief en cultuursensitief werken. Bij de evaluatie van een interventie waarin de</li> </ul>



	<p>onderzoekers bij artsen in Vlaanderen een cultuur-sensitieve tool voor PICT implementeerden, bleek dat de tool effectief was in het sensibiliseren van huisartsen omtrent de hiv-problematiek bij SAM, en dat de cultuur-sensitieve counselingsvaardigheden van artsen stegen (Loos et al., 2014).</p> <p>Besluit: Niet alle zorgverleners zijn intrinsiek overtuigd van het belang van een cultuur-sensitieve aanpak, een interventie zou hun mening hierover kunnen veranderen en kunnen bijdragen tot het verbeteren van hun vaardigheden op dit punt.</p>
<p>Zorgverleners hebben tijd/middelen om een training te volgen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uit onderzoek van Loos en collega's (2014) met betrekking tot het implementeren van PICT bij artsen in Vlaanderen, blijkt dat artsen het liefst via directe methodes zoals opleidingen en presentaties over dit thema leren. Daarnaast werd aangeraden om dit te includeren in het academische curriculum van (huis)artsen in opleiding, en in de continue medische educatie sessies (Loos et.al, 2014).</li> <li>• Ook tijdens gesprekken met professionals die gevoerd werden in het kader van ons eigen kwalitatief onderzoek, werd verschillende malen aangehaald dat een module rond hiv, risicogroepen, proactief hiv-testen en cultuur-sensitief counselen zou moeten en kunnen opgenomen worden in opleidingen voor (huis)artsen.</li> </ul> <p>Besluit: Er zijn voldoende mogelijkheden om PICT bij SAM te integreren in bestaande opleidingsinitiatieven voor zorgverleners.</p>
<p>Zorgverleners hebben tijd om een cultuursensitieve aanpak te implementeren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In de gesprekken met professionals tijdens onze eigen dataverzameling, kwam tijdsgebrek als één van de belangrijkste barrières aan bod bij het bespreken van het proactief hiv testen en cultuur-sensitief counselen door (huis)artsen.</li> <li>• Een studie van Loos en collega's (2014) bij artsen in Vlaanderen die de barrières met betrekking tot proactief hiv-testen en cultuursensitief counselen onderzocht, vond eveneens dat tijdsgebrek vaak aangehaald werd. Artsen verkozen om eerst de expliciete vraag van de patiënt te behandelen, waardoor men nadien weinig tijd over had om een hele reeks van preventieve maatregelen – waarvan hiv er één zou kunnen zijn – aan te halen (Loos et.al., 2014).</li> </ul> <p>Besluit: Zorgverleners hebben te weinig tijd om een cultuur-sensitieve aanpak te integreren in de reguliere consultaties.</p>
<p>Cultuursensitieve zorg en betere bespreekbaarheid van de hiv problematiek leidt tot verhoogde zelfzorgcapaciteiten van hiv-positieve SAM.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In onderzoek naar barrières tot zorg voor hiv-positieve migranten, komt (de vrees voor) discriminatie steeds aan bod (Prost et al. 2008; O'Brien et al., 2017). Hiv-positieve SAM worden niet enkel door de eigen gemeenschap gestigmatiseerd, maar ervaren ook nog steeds discriminatie door gezondheidsprofessionals (Elford et al., 2008; Vignier et al.,2018). Dit terwijl een positieve arts-patiënt relatie net als een belangrijke faciliterende factor genoemd wordt (O'Brien et al., 2017; Guionnet et al, 2014; Arrey et al., 2016). Arrey en collega's (2016) vonden dat stigma in de gezondheidszorg voor emotionele stress, inconsistent gezondheidsgedrag en een lage zelfwaardering zorgde. Daarnaast zorgde het ervoor dat men disclosure naar ander medisch personeel toe zou gaan vermijden.</li> <li>• Ook contact met andere hiv-positieve migranten blijkt erg waardevol te zijn (O'Brien et al., 2017). In onze eigen dataverzameling werd vermeld</li> </ul>



	<p>dat contact tussen hiv-positieve SAM een erg positieve invloed had op zowel therapietrouw als mentaal welbevinden. In gesprekken met hiv-positieve SAM werd verduidelijkt dat men bij dit contact open kan spreken over hoe het is om te leven met hiv. Het contact zorgde er voor dat de hiv-positieve SAM voor dat hun isolement doorbroken werd, en dat men open vragen kon stellen, advies kon vragen, etc. Helaas staat het stigma omtrent hiv dit contact nog vaak in de weg.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uit informele enquêtes van het HIV-SAM team (waarover gerapporteerd in het jaarverslag van 2017) over de ‘zelf gerapporteerde voordelen en effecten van een patiëntengroep’ en over ‘het leven met barrières op vlak van welzijn en kwalitatief leven’ werden verschillende (mentale en fysieke) gezondheidsvoordelen vermeld: het aanvaarden van hiv als een chronische ziekte, bredere kennis van de ziekte, therapietrouw, het bespreken van de neveneffecten met de huisarts en sociale steun. Er werd benadrukt dat de patiëntengroep een positief effect had op het zelfmanagement van hiv.</li> </ul> <p>Besluit: Een goede arts-patiënt relatie leidt tot een betere zelfzorg. Cultuursensitiviteit zou hiertoe kunnen bijdragen, maar dit werd nog niet expliciet onderzocht. Gezien de associatie tussen stigma en non-disclosure kan ervan uit gegaan worden dat het verwijderen van het stigma het voor hiv-positieve SAM gemakkelijker zou maken om medicatie correct te nemen en om contact te zoeken met andere hiv-positieve SAM, en zouden zij een minder zware psychologische last voelen. Ook dit moet echter nog bevestigd worden door empirisch onderzoek.</p>
<p>Verhoogde zelf-zorgcapaciteiten leiden tot betere seksuele en reproductieve gezondheid.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er werd geen onderzoek gevonden naar de relatie tussen zelf-zorgcapaciteiten en seksuele en reproductieve gezondheid van hiv-positieve, niet-Europese migranten in Europa.</li> <li>• Er is wel onderzoek naar de relatie tussen therapietrouw aan hiv-behandelingen en risicovol seksueel gedrag, en dit ook in sub-Saharaanse Afrikaanse landen. Hoewel er onderzoeken zijn die een positieve relatie vinden waarbij therapietrouw hand in hand gaat met meer risicogedrag (zie bijvoorbeeld Diabaté et al 2008), besloten Berhan &amp; Berhan (2012) op basis van een meta-analyse en meta-regressie van sub-Saharaanse Afrikaanse onderzoeken dat er een significante verlaging van risicovol seksueel gedrag is bij hiv-positieve personen die op therapie staan.</li> <li>• Verder wees een onderzoek in Frankrijk uit dat er voor heteroseksuele mannen en vrouwen een positieve correlatie was tussen ‘non-adherence’ en onveilig seksueel gedrag, en dat een aantal gezamenlijke indicators die te maken hebben met kwetsbaarheid aan de basis hiervoor lagen (Peretti-Watel et al. 2006).</li> <li>• In de gesprekken met SAM tijdens onze eigen data-verzameling werd aangegeven dat men door met hiv te leven en te weten hoe belangrijk medicatie is, men over het algemeen beter voor zichzelf zorgde. Zo gaf men bijvoorbeeld aan zich hierdoor ook preventief voor andere zaken te testen.</li> </ul> <p>Besluit: Er is sterke evidentie dat een goede therapietrouw tot een lagere risico op hiv-overdracht leidt, maar er werd niet veel bewijs gevonden dat een betere zelfzorg ook tot betere seksuele en reproductieve gezondheid leidt bij SAM.</p>

## 6 Beperkingen van het onderzoek

### Steekproef

Het kwalitatieve onderzoek dat voor deze evaluatiestudie uitgevoerd werd, werd niet uitgevoerd op een representatieve sample. Voor de professionals werd een convenience sample gebruikt. De meeste respondenten werden geselecteerd net omdat ze het HIV-SAM project kennen omdat er bijvoorbeeld in het verleden met hen samengewerkt werd. Daarnaast werd op zoek gegaan naar personen die het project misschien niet kennen, maar wel baat zouden hebben bij een samenwerken (zoals bijvoorbeeld HRC uit andere regio's dan Antwerpen). Niet alle gecontacteerde personen wilden echter hun medewerking verlenen. Daardoor werden er geen professionals geïnterviewd in Vlaams-Brabant en in Limburg.

Ook voor de sleutelfiguren en vrijwilligers uit de SAM-gemeenschap werd deze benadering gebruikt. Er werd ten eerste op zoek gegaan naar sleutelorganisaties die reeds lid zijn van het HIV-SAM netwerk. Daarnaast probeerden we een aantal andere organisaties of organisaties die in het verleden wel, maar nu niet meer deel uitmaken van het netwerk te contacteren. Dit met wisselend succes. Zo slaagde de onderzoeker er bijvoorbeeld niet in om met een sleutelfiguur uit een religieuze gemeenschap te spreken. Dit onderstreept de moeilijkheid die het HIV-SAM project reeds ervoer om samen te werken met leiders van kerkgemeenschappen.

De SAM die deelnamen aan de focusgroep discussies werden gerekruteerd via sleutelfiguren uit de gemeenschap die eerder ook geïnterviewd werden. Daardoor waren de meeste deelnemers lid van de gemeenschappen waarvan deze sleutelfiguren aan het hoofd staan. Het viel op dat voornamelijk SAM die reeds een erg open houding hadden ten opzichte van hiv of die zelfs reeds ingezet werden bij preventieactiviteiten deelnamen aan de gesprekken. Dit betekent ook dat de meeste deelnemers afkomstig waren uit Antwerpen of Gent, de steden waar het HIV-SAM project het merendeel van haar activiteiten uitvoert.

Doordat het project al lange tijd loopt, was het niet mogelijk een pre-post-meting te doen om objectief effectiviteit van het project te meten en werd gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethodologie. Hoewel deze toelaat om meer diepgravend inzicht te krijgen in het HIV-SAM project, is deze methode meer afhankelijk van percepties van respondenten. Desalniettemin geeft deze methode ons inzichten vanuit verschillende invalshoeken (professionals en SAM) om het HIV-SAM project op een waardevolle wijze te evalueren.

## Hoofdstuk 6

### Conclusie en aanbevelingen

#### 1 Antwoorden op de onderzoeksvragen

##### 1.1 Onderzoeksvraag 1: Welke doelgroepen in Vlaanderen hebben momenteel een hiv-prevalentie die een specifieke terreinwerking verantwoordt? Deelvraag: Is de SAM-gemeenschap zulk een groep?

Op basis van de literatuur en het kwalitatieve onderzoek dat voor deze evaluatiestudie uitgevoerd werd kan besloten worden dat *in Vlaanderen, de hiv-epidemie in de SAM-gemeenschap nog steeds een specifieke terreinwerking verantwoordt*. Het aantal nieuwe diagnoses van hiv in de SAM-gemeenschap is nog steeds hoog (21,9% van de nieuwe infecties waarvan de overdrachtswijze gekend is in 2017), en de hiv-prevalentie van SAM in Antwerpen blijkt van dezelfde grootorde te zijn als deze in de regio's van afkomst (5,9% bij vrouwen, 4,2% bij mannen) (Sasse et al., 2018; Loos et al. 2017). Verschillende onderzoeken in andere Europese landen vonden gelijkaardige resultaten (ECDC & WHO, 2018; ECDC, 2018; ECDC, 2017). Daarnaast worden vele SAM laat gediagnosticeerd, liep een aanzienlijk deel van de hiv-positieve SAM de infectie op in België, en wijzen sommige professionals op een mogelijk grote 'hidden epidemic' onder de kwetsbaarste SAM. Een gelijkaardig beeld wordt geschetst in andere Europese onderzoeken omtrent hiv bij migranten (Pantazis et al., 2019 ; Alvarez-del-Arco et al., 2017; Desgrees-du-Lou, 2012; Fakoya et al., 2018; Conway, 2019) en ook specifiek bij SAM (ECDC, 2018). (Voor meer gedetailleerde informatie, zie hoofdstuk 5, 1.) Verder zijn de SAM een kwetsbare doelgroep omdat zij vaak een lage sociaaleconomische status hebben, geconfronteerd worden met meervoudig stigma (migrant, hiv, economische status) en het Belgische gezondheidszorgsysteem minder goed kennen. Moeilijke migratietrajecten, een onzekere verblijfsstatus, transactionele seksuele relaties en een niet-heteroseksuele geaardheid worden als additionele risicofactoren gezien. Dit onderzoek wijst uit dat ook andere mogelijke doelgroepen baat kunnen hebben bij een terreinwerking: SAM-MSM, niet-Europese migranten en Oost-Europese migranten. Uit de literatuur bleek dat ook migranten uit Latijns-Amerika en het Caraïbische gebied (Ross et al., (2018) en sekswerkers met een migratieachtergrond (Dias et al., 2017) risicogroepen zijn.

##### 1.2 Onderzoeksvraag 2: Wat zijn de noden wat betreft hiv-preventie, hiv-testing en leven met hiv bij (subgroepen in) de SAM-gemeenschap?

*De noden van de SAM-gemeenschap* met betrekking tot hiv-preventie, hiv-testing en leven met hiv concentreren zich rond het aanpakken van het *stigma* omtrent hiv, dit zowel binnen de SAM-gemeenschap zelf als bij personen tewerkgesteld in de gezondheidszorg. Zoals ook in de literatuur aangegeven wordt, verhindert dit immers de preventie-activiteiten op zowel het primaire, secundaire als tertiaire/positieve niveau (Ross, 2018; ECDC, 2017; Pachinkis et al., 2017; Sensoa, 2019; Arrey, 2017). Aansluitend bestaat de nood om het taboe rond praten over seksualiteit te verwijderen.

Vervolgens is er nood aan het verhogen van de risicoperceptie, het verhogen van de *kennis* en ophelderen van misconcepties omtrent hiv en hiv-testing, het aanmoedigen van *gezondheidsgedrag*

omtrent preventie en testing, en het **wegwerken van barrières** voor hiv-testing (ECDC, 2017; Hachfeld et al., 2019; Rigal et al., 2011; Limousi et al., 2017).

Vanuit het oogpunt van preventie, is ook aandacht voor de specifieke noden van hiv-positieve SAM belangrijk, zodat “Treatment as prevention” (Sidibe, 2011) optimaal als preventiestrategie ingezet kan worden. Voor hiv-positieve SAM moet therapietrouw aangemoedigd worden. Zowel in ons eigen onderzoek als uit de nodenbevraging van Sensoa blijkt immers dat de therapietrouw van SAM om zowel psychologische (andere zorgen hebben, zich niet ziek voelen, stigma), als praktische redenen (comorbiditeit en toegang) laag ligt. Daarnaast is er, zoals ook bevestigd werd in de nodenbevraging van Sensoa (2019) en de Nederlandse studie van Been (2019) nood aan **psychologische ondersteuning** en contact met andere SAM die ook hiv-positief zijn. Ten slotte hebben hiv-positieve SAM nood aan eenvoudige toegang tot medicatie en andere hiv-gerelateerde zorg voor iedereen, ongeacht de legale of economische status (eigen dataverzameling; Ndumbi, 2018; Mullerschön et al., 2019).

### **1.3 Onderzoeksvraag 3: In hoeverre beantwoordt de huidige outreachende, cultuursensitieve en participatieve aanpak werking aan deze noden?**

***De huidige outreachende, cultuursensitieve en participatieve aanpak van het HIV-SAM team speelt in op deze noden:*** Zowel SAM als professionals sommen reeds zichtbare effecten van de preventie campagnes van het HIV-SAM team op. Er wordt aangegeven dat de gemeenschap gesensibiliseerd werd; dat de kennis omtrent hiv en seksuele gezondheid vergrootte; dat de perceptie van hiv veranderde; en dat meer SAM zich laten testen. Door het contact tussen hiv-positieve SAM, gefaciliteerd door het HIV-SAM project, verhoogt zowel het fysieke als het mentale welbevinden van SAM die leven met hiv. Ten slotte wordt aangegeven dat er ook reeds vooruitgang geboekt werd met betrekking tot het stigma omtrent hiv en de taboe omtrent praten over seksuele gezondheid. Hoewel de effecten reeds zichtbaar zijn binnen de gemeenschap, zijn er ook nog vele SAM die momenteel nog niet bereikt worden: hun kennis omtrent hiv en risicoperceptie blijven laag, bij velen blijft hun status onbekend, en vele hiv-positieve SAM houden hun status nog steeds geheim, ook voor andere SAM die leven met hiv. Ook blijft het stigma omtrent hiv en het taboe omtrent praten over seksualiteit groot.

De SAM-gemeenschap waardeert het team van het HIV-SAM project. Velen onder hen kennen het Belgische gezondheidszorgsysteem niet goed en voelen zich er niet welkom. Ook geeft men toe dat het preventieve gezondheidsgedrag in de gemeenschap laag is. Het **outreachend** werken is dan ook nodig en wordt op prijs gesteld. Daarnaast wordt het contact met de gemeenschap gefaciliteerd doordat het team aan de ene kant een arts bevat, die status geniet omdat hij/zij als expert gezien wordt, en aan de andere kant doordat enkele personen uit het team (inclusief de arts) ook dezelfde culturele achtergrond hebben als de SAM. Daarnaast vinden zowel SAM als professionals dat (huis)artsen proactief hiv-testen moeten aanbieden, maar dat dit gepaard moet gaan met een goede cultuursensitieve counseling. Uit de literatuur blijkt dat dit inderdaad effectief zou zijn. Aung en collega's (2017) besluiten immers op basis van een literatuurstudie dat het integreren van VCT in eerstelijnszorg de meest belovende strategie is voor het promoten van hiv-testen. Andere onderzoeken toonden echter aan dat verschillende strategieën effectief kunnen zijn (zie 5.3). Ook waarderen SAM de **participatieve aanpak**. Ze zijn erg blij om betrokken te worden bij interventies en campagnes die de eigen gemeenschap ten goede komen. Zij zien de samenwerking met socioculturele organisaties en sleutelfiguren uit de gemeenschap als een noodzaak om op een effectieve manier aan preventie te doen bij SAM. Een meta-analyse door Pottie en collega's (2018) bevestigt dat ‘community-based’ werken inderdaad een effectieve manier is om hiv-

testen bij migrantenpopulaties te verhogen. Bovendien wordt erop gealludeerd dat de samenwerking met artsen van Afrikaanse origine en SAM uit de gemeenschap bijdragen aan de **cultuur-sensitiviteit** van het HIV-SAM programma. Onder professionals wordt geapprecieerd dat het HIV-SAM team haar **expertise** met hen deelt. Door hun aanwezigheid op het terrein; de link met de kliniek van het ITG; samenwerking met specialisten, onderzoekers, andere professionals en socioculturele organisaties; en input van academisch onderzoek waaraan zij meewerken; heeft het HIV-SAM team in de loop der jaren veel expertise opgebouwd met betrekking tot hiv-preventie en promotie van seksuele gezondheid naar SAM toe.

Om de bereikte resultaten in perspectief te plaatsen, gebruiken we Rogers' (1995, 2003) theorie met betrekking tot de verspreiding van innovaties ('diffusion of innovation theory'). Deze stelt dat de intrede van een nieuw idee of een innovatie in vijf stappen verloopt. Een innovatie wordt eerst opgepikt door innovatoren ('innovators'), vervolgens door pioniers ('early adopters'), dan door voorlopers ("early majority adopters"), door achterlopers ('late majority adopters') en ten slotte door de achterblijvers ('laggards'). Rogers ziet de verdeling van personen tussen deze groepen als een belcurve, waarin 68% van de mensen in de categorie voorlopers en achterlopers vallen (Rogers, 1995; Rogers, 2003). Deze theorie wordt in de gezondheids promotie vaak gebruikt om 'preventieve innovatie' te plannen of bestuderen (zie bijvoorbeeld Winett et al., 1995, Glanz et al., 2008). In een artikel over de snelheid van innovatie in het domein van de gezondheidszorg, geeft Berwick (2003) echter aan dat deze over het algemeen traag verlopen. Een gedragsverandering bewerkstelligen is niet eenvoudig (Winett et al., 1995), het hoeft daarom niet te verbazen dat zelfs na 23 jaar in het veld (het HIV-SAM programma is actief sinds 1995), er nog steeds nood blijft aan hiv-preventie en seksuele gezondheidsbevordering voor de SAM gemeenschap. De outreachende, cultuursensitieve en participatieve aanpak heeft al vruchten afgeworpen. Het HIV-SAM team heeft een netwerk uitgebouwd met vrijwilligers en sleutelorganisaties die zich actief inzetten voor hun preventiecampagnes, en deze getuigen dat er steeds meer SAM zich bewust zijn van de problematiek, en hun gedrag op basis hiervan veranderen. We zouden dus kunnen zeggen dat de innovatoren, pioniers en deels de voorlopers reeds de gewenste 'preventie innovatie' aangenomen hebben. Zoals ook uit de literatuur blijkt (zie 5.3) zijn er echter verdere inspanningen nodig om dit effect ook bij de achterlopers en achterblijvers te bereiken.

#### **1.4 Onderzoeksvraag 4: Welke zijn, vanuit de verschillende invalshoeken bekeken, de aanbevelingen om een nieuwe terreinwerking m.b.t. seksuele gezondheid op poten te zetten? Deelvraag: Is het – op basis van de antwoorden op vragen 1, 2 en 3 – opportuun om de terreinwerking voor SAM te integreren in een algemene terreinwerking?**

Tijdens de gesprekken met professionals en SAM kwamen suggesties met betrekking tot de toekomstige terreinwerking aan bod. Allereerst moet vermeld worden dat zowel professionals als SAM de werking van het HIV-SAM project erg waarderen en graag willen dat dit verder gezet wordt. Wel werd er geopperd dat de focus zou mogen verbreden van enkel hiv-preventie, naar een uitgebreider 'migrant health' kader waar ook oog is voor andere gezondheidsproblemen die vaak bij SAM of andere migranten voorkomen.

Daarnaast werd aangegeven dat er meer aandacht mag zijn voor specifieke groepen (SAM zonder wettig verblijfsstatuut, MSM-SAM en tweedegeneratie SAM) die nu moeilijker bereikt worden. SAM en professionals hopen ook dat er in de toekomst meer organisaties (ook buiten Antwerpen en Gent, en ook uit het religieuze veld) zich tot het netwerk van het HIV-SAM project zullen aansluiten.

Er wordt ook vermeld dat de vrijwilligerswerking in de toekomst op een meer effectieve wijze georganiseerd zou kunnen worden.

Ten slotte worden een heel aantal kanalen opgenoemd die volgens professionals en/of SAM gebruikt kunnen worden om preventie-boodschappen te verspreiden, zoals media, sociale media, publieke acties, en samenwerkingen met OCMW, CAW en scholen

Op basis van de suggesties van de respondenten uit het eigen kwalitatieve onderzoek, de literatuur, en documenten van het HIV-SAM project zelf, kunnen we **zowel 'good practices' als een aantal mogelijke pistes voor verbetering identificeren**. We geven hierna een overzicht van de sterktes en zwaktes van het HIV-SAM-project, en formuleren concrete aanbevelingen om in te spelen op mogelijke opportuniteiten en bedreigingen voor de toekomstige terreinwerking.

## 2 Concrete aanbevelingen

Sterktes van het HIV-SAM project
Grote bekendheid en waardering van het project en het team bij professionals, voornamelijk in Antwerpen.
Bekendheid van de preventie-activiteiten in de SAM-gemeenschappen, voornamelijk in Antwerpen en Gent.
Grote waardering voor het project en het team in de SAM-gemeenschappen.
Outreaching werking, waarbij in de gemeenschappen zelf gesensibiliseerd wordt.
Betrokkenheid van de gemeenschappen bij preventieactiviteiten.
Een aanzienlijk netwerk van sleutelorganisaties en vrijwilligers dat goed ingebed is in de SAM-gemeenschap.
Betrokkenheid van de zorgsector.
De werking is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek (evidence-based).
Grote expertise van de projectmedewerkers op vlak van hiv en de doelgroep.
Directe link met medische dienstverlening in het Instituut voor Tropische Geneeskunde.
Beschikbaarheid van materialen zoals condooms en brochures: deze worden zowel gebruikt door SAM zelf om zichzelf te informeren en beschermen, maar ook om de informatie omtrent hiv verder te verspreiden binnen het netwerk.
Patiëntengroepen zijn van essentieel belang voor 'treatment as prevention' en moeten daarom ondersteund blijven worden.

Zwaktes van het HIV-SAM project	Aanbevelingen voor de toekomstige terreinwerking
Hoewel de werking via de gemeenschappen wordt gewaardeerd, is de	Om de vrijwilligerswerking meer duurzaam en effectief te maken zijn een duidelijke beschrijving van taken, rechten en plichten, een permanente opvolging, regelmatige (online)

<p>vrijwilligerswerking momenteel weinig duurzaam georganiseerd.</p>	<p>opleidingen en vergoedingen noodzakelijk. De toekomstige terreinwerking dient een beleid met een duidelijke visie uit te werken rond de vrijwilligerswerking, met bijhorend budget, en een staf lid verantwoordelijk voor de coördinatie van het netwerk van sleutelorganisaties en alle individuele vrijwilligers.</p>
<p>De regionale spreiding is beperkt tot Antwerpen en Gent.</p>	<p>In kaart brengen waar SAM-gemeenschappen zich precies bevinden en samenkomen in Vlaanderen, zodat bekeken kan worden naar welke steden of dorpen buiten Antwerpen en Gent de werking uitgebreid dient te worden. De socioculturele en religieuze organisaties op deze plekken zouden ook moeten overtuigd worden zich toe te voegen aan het netwerk als sleutelorganisatie.</p> <p>De professionalisering van de vrijwilligerswerking kan bijdragen tot een grotere geografische spreiding van het project.</p>
<p>Beperkte aandacht voor seksuele diversiteit.</p>	<p>In activiteiten, workshops en materialen meer aandacht hebben voor seksuele diversiteit en genderdiversiteit.</p> <p>Samenwerking met gespecialiseerde organisaties.</p>
<p>Risicoperceptie van SAM verbeterde bij personen die nauw betrokken zijn bij sleutelorganisaties, maar blijft de nodige aandacht vragen.</p>	<p>Blijven investeren in het verspreiden van kennis omtrent hiv, hiv-testen en leven met hiv op eenzelfde cultuursensitieve, participatieve en outreachende wijze als momenteel het geval is. Bijkomend moeten andere kanalen verkend worden (zie verder bij mogelijkheden voor toekomstige terreinwerking.).</p> <p>Positieve promotie van condooms (nadruk op plezier en niet op risicoreductie).</p>
<p>Onduidelijkheid over het afnemen van hiv-tests bij SAM en professionals, bij opvanginitiatieven voor asielzoekers en vluchtelingen en bij huisartsen.</p>	<p>Ophelderen van misconcepties omtrent wanneer een hiv test wel of niet uitgevoerd wordt.</p> <p>Artsen sensibiliseren om duidelijk aan te geven waarvoor de patiënt wel en niet getest wordt.</p>
<p>Stigma en taboe blijven sterk aanwezig in de SAM-gemeenschap.</p>	<p>SAM versterken in vaardigheden zoals praten met kinderen over seksualiteit, onderhandelen over veilig seksueel gedrag met partners, en seksuele gezondheid bespreken met (huis)artsen.</p> <p>Integratie van cultuursensitieve informatie in relationele en seksuele vorming (RSV). Cultuur-sensitiviteit van bestaande educatieve projecten kan verhoogd worden door bijvoorbeeld courante misconcepties over seksualiteit en soa's te bespreken. Hiervoor zou het nuttig zijn te mappen welke</p>

	<p>scholen in Vlaanderen een programma nodig hebben op maat.</p> <p>Aanbieden van workshops met ouders via scholen waar veel SAM en kinderen van andere migrantengroepen school lopen.</p> <p>Cultuursensitieve RSV een vast onderdeel maken van het programma in inburgeringsklassen.</p>
Beperkte betrokkenheid van religieuze leiders.	<p>Professionals en SAM waarderen de inspanningen die het HIV-SAM project reeds deed en betreuren dat dit tot hertoe weinig opleverde. Er is daarom nog verdere aandacht nodig om hier toch meer samenwerking te kunnen bewerkstelligen.</p>
Beperkte betrokkenheid van de gemeenschap in het ontwikkelen van activiteiten.	<p>Het HIV-SAM project bouwde reeds een aanzienlijk netwerk van sleutelorganisaties op. Hoewel er voor de ontwikkeling van bepaalde materialen (bijvoorbeeld brochures en tools die door co-creatie werden ontwikkeld in samenwerking met i-propeller) wel input van dit netwerk gevraagd wordt, is er ruimte voor meer co-creatie wat betreft nieuwe activiteiten. Door meer aan co-creatie te doen met de gemeenschappen, kunnen nieuwe activiteiten en initiatieven ontwikkeld worden om meer individuele SAM en organisaties aan te trekken en effectief te informeren en sensibiliseren.</p>

Mogelijkheden voor de toekomstige terreinwerking	Aanbevelingen
<p>Interregionale samenwerkingen uitbouwen en structureler verankeren.</p>	<p>Intensifiëren van samenwerkingsinitiatieven tussen de organisaties die in Vlaanderen, Brussel en Wallonië aan hiv-preventie en de bevordering van seksuele gezondheid bij SAM doen (zoals bijvoorbeeld BREACH).</p> <p>Samenwerkingen met alle HRCs in Vlaanderen intensifiëren.</p>
<p>Werking inbedden in ruimere context van 'migrant health'.</p>	<p>Enkel focussen op hiv kan stigmatiserend werken en op preventiemoeheid botsen. De scope van het programma kan verbreed worden naar 'migrant health', waarbij het project ook informatie, sensibilisering en testing omtrent andere veel voorkomende ziektes in de migrantengemeenschap aanbiedt. Op deze manier kan men SAM aantrekken met een breder programma waarin hiv genormaliseerd wordt omdat het wordt gezien als slechts één van verschillende aandachtspunten voor een goede gezondheid.</p> <p>Uitwerken van een brochure en workshops rond 'migrant health'. Deze kan een vast onderdeel worden van het</p>



	<p>informatiepakket in inburgeringsklassen en verspreid worden via CAW's, OCMW's, bij de VDAB, in ziekenhuizen, bij artsen, in het taalonderwijs, etc.</p>
<p>Thematische en culturele expertise strategisch inzetten.</p>	<p>Pro-actiever zijn in het aanbieden van de expertise op vlak van hiv en SAM aan andere organisaties, zodat de kennis geïntegreerd kan worden in andere sectoren.</p> <p>Opstellen (online) opleidingsaanbod voor andere sectoren, bv. CAW, OCMW, inburgering.</p>
<p>Uitbreiden van Provider Initiated Counseling and Testing (PICT). PICT is effectief in het verhogen van hiv-testing, maar wordt nog te beperkt toegepast.</p>	<p>Dit kan door voorbeelden rond hiv-testing bij SAM te integreren in de huisartsenopleiding of in de huisartsenkringen.</p> <p>Sensibiliseren van artsen in wijkgezondheidscentra en huisartsen. Verder kan HIV-SAM hen ondersteunen, bijvoorbeeld door hen (in samenwerking met Sensoa) te trainen in het gebruik van tools zoals de website Zanzu.be.</p> <p>Informereren van artsen over courante misconcepties van SAM omtrent wanneer ze wel of niet getest worden op hiv.</p>
<p>Uitbreider inzetten op de verschillende manieren om hiv-testing aan te bieden en verschillende groepen te bereiken.</p>	<p>“Combination testing”: outreachend blijven werken en hierbij een zeer gevarieerd pakket aan mogelijkheden aanbieden met betrekking tot hoe men kan testen (via speeksel of via bloed) en met betrekking tot waar men kan testen en hoe men de resultaten van de test kan ontvangen (anoniem of niet, ter plekke of via een website...) (conform regelgeving bevolkingsonderzoek).</p>
<p>Uitbreiden naar andere settings</p>	<p>Bekijken – in samenspraak met Sensoa – of een outreachende en cultuursensitieve aanpak voor informatie, testing en counseling begeleid door een externe professional met migratie-achtergrond ook kan geïmplementeerd worden in opvanginitiatieven voor asielzoekers en vluchtelingen.</p>
<p>Nieuwe technologieën optimaal inzetten.</p>	<p>Exploreren op welke manieren media en nieuwe media ingezet kunnen worden om preventieboodschappen en informatie over activiteiten te verspreiden, onder andere via influencers in de SAM-gemeenschap ('online gemeenschapsleiders'). Ook een online trainingspakket aanbieden voor de zorgsector kan de efficiëntie en het bereik vergroten.</p>
<p>Documentatie van activiteiten en impact</p>	<p>In het jaarlijks rapporteren duidelijker de evolutie van activiteiten overheen de tijd en de effectiviteit van het programma weergeven. Jaarrapporten tonen nu een overzicht van de activiteiten die dat jaar plaatsvonden, maar er ontbreekt een duidelijk overzicht van hoe deze activiteiten in de loop der jaren evolueerden en van de</p>

	<p>effectiviteit hiervan. Zo is er bijvoorbeeld geen overzicht van het totale aantal hiv-testen uitgevoerd op outreach-activiteiten over de jaren heen.</p> <p>Het standaardsjabloon dat gevolgd dient te worden door het HIV-SAM project bevordert de duidelijkheid van de rapportage echter niet.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bedreigingen voor de toekomstige terreinwerking	Aanbevelingen
Toename aan informatiebronnen, voornamelijk via online (sociale) media, die van wisselende kwaliteit zijn en soms foutieve informatie verspreiden.	Monitoren van foutieve online informatie en hierop inspelen in de sensibiliseringsacties.
Toenemende conservatieve krachten in Europa, die het moeilijker maken om te spreken over seksualiteit in het algemeen en specifiek bij migranten.	Advocacy bij (internationale) beleidsactoren.
Bemoeilijkte toegang tot medicatie voor personen zonder papieren en/of met onvoldoende financiële middelen.	<p>Bij betrokkenheid in adviesgroepen en dergelijke blijven benadrukken dat ‘treatment as prevention’ een effectieve strategie is, en dat toegang tot medicatie aldus voor iedere hiv-patiënt die verblijft in België beschikbaar moet zijn.</p> <p>Helpen of vragen om uit te klaren hoe personen zonder papieren en/of met onvoldoende financiële middelen aan medicatie kunnen geraken en (huis)artsen en sociaal werkers in vormingen en opleidingen op de hoogte stellen van deze procedures.</p> <p>Gezien medicatie een federale bevoegdheid is, zijn de gemeenschappen voor goede preventie niet onafhankelijk van beslissingen die worden genomen op het federale niveau.</p>

***Voor de toekomstige terreinwerking met betrekking tot seksuele gezondheid bevelen wij daarom aan om aandacht te blijven behouden voor de specifieke context van SAM in Vlaanderen, maar deze te kaderen binnen een breder aanbod dat werkt rond ‘migrant health’ waarin binnen het luik omtrent seksuele gezondheid niet enkel kennis, maar ook vaardigheden aan bod komen; waarin sterk wordt ingezet op samenwerking met andere betrokken organisaties (HRCs, Sensoa, ...); en waarbij de vrijwilligerswerking wordt geprofessionaliseerd.***

## Literatuurlijst

- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2019). *Symposium seksuele gezondheid – Eindrapport*. Agu, J., Lobo, R., Crawford, G., & Chigwada, B. (2016). Migrant sexual health help-seeking and experiences of stigmatization and discrimination in Perth, Western Australia: exploring barriers and enablers. *International journal of environmental research and public health*, 13(5), 485.
- Ahmed, M. (2013). Determinants of condom use and HIV prevention among East African immigrants in Minnesota: The University of Texas at El Paso.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. doi:[https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Alvarez-del Arco, D., Fakoya, I., Thomadakis, C., Pantazis, N., Touloumi, G., Gennotte, A.-F., . . . Göpel, S. (2017). High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries. *Aids*, 31(14), 1979-1988.
- Arrey, A. E., Bilsen, J., Lacor, P., & Deschepper, R. (2015). "It's my secret": fear of disclosure among Sub-Saharan African migrant women living with HIV/AIDS in Belgium. *PLoS one*, 10(3), e0119653.
- Arrey, A. E., Bilsen, J., Lacor, P., & Deschepper, R. (2015). People don't know that I'm HIV positive": Self-stigma in the lives of sub-Saharan African migrant women in Belgium. *Global Advanced Research Journal of Medicine and Medical Sciences*, 4(3), 121-131.
- Arrey, A. E., Bilsen, J., Lacor, P., & Deschepper, R. (2017). Perceptions of stigma and discrimination in health care settings towards sub-Saharan african migrant women living with hiv/aids in belgium: A qualitative study. *Journal of biosocial science*, 49(5), 578-596.
- Asante, A. D., & Körner, H. (2012). Knowledge and access are not enough: HIV risk and prevention among people from culturally and linguistically diverse backgrounds in Sydney. *The Medical Journal of Australia*, 196(8), 502.
- Aung, E., Blondell, S. J., & Durham, J. (2017). Interventions for increasing HIV testing uptake in migrants: a systematic review of evidence. *AIDS and Behavior*, 21(10), 2844-2859.
- Barrett, H. R., & Mulugeta, B. (2010). Human Immunodeficiency Virus (HIV) and migrant "risk environments": The case of the Ethiopian and Eritrean immigrant community in the West Midlands of the UK. *Psychology, health & medicine*, 15(3), 357-369.
- Been, S., Schadé, A., Bassant, N., Kastelijns, M., Pogány, K., & Verbon, A. (2019). Anxiety, depression and treatment adherence among HIV-infected migrants. *AIDS care*, 1-9.
- Berhan, A., & Berhan, Y. (2012). Is the Sexual Behaviour of HIV Patients on Antiretroviral therapy safe or risky in Sub-Saharan Africa? Meta-Analysis and Meta-Regression. *AIDS Research and Therapy*, 9(1), 14. doi:10.1186/1742-6405-9-14
- Berwick, D. M. (2003). Disseminating Innovations in Health Care. *JAMA*, 289(15), 1969-1975. doi:10.1001/jama.289.15.1969
- Brown, L., Macintyre, K., & Trujillo, L. (2003). Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned? *AIDS Education and Prevention*, 15(1), 49-69.
- Burgoyne, A. D., & Drummond, P. D. (2008). Knowledge of HIV and AIDS in women in sub-Saharan Africa. *African Journal of Reproductive Health*, 12(2), 14-31.
- Center for Theory of Change. What is Theory of Change? Geraadpleegd op <https://www.theoryofchange.org/>
- Conway, A. S., Esteve, A., Fernández-Quevedo, M., Casabona, J., & Group, P. S. (2019). Determinants and Outcomes of Late Presentation of HIV Infection in Migrants in Catalonia, Spain: PISCIS

- Cohort 2004–2016. *Journal of immigrant and minority health*, 21(5), 920-930.
- Cooper, M., Harding, S., Mullen, K., & O'Donnell, C. (2012). 'A chronic disease is a disease which keeps coming back... it is like the flu': chronic disease risk perception and explanatory models among French-and Swahili-speaking African migrants. *Ethnicity & health*, 17(6), 597-613.
- Delius, P., & Glaser, C. (2002). Sexual socialisation in South Africa: A historical perspective. *African studies*, 61(1), 27-54.
- Desgrees-Du-Lou, A., Pannetier, J., Ravalihasy, A., Gosselin, A., Supervie, V., Panjo, H., . . . Dray-Spira, R. (2015). Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013.
- Diabaté, S., Alary, M., & Koffi, C. K. (2008). Short-term increase in unsafe sexual behaviour after initiation of HAART in Côte d'Ivoire. *AIDS (London, England)*, 22(1), 154-156. doi:10.1097/qad.0b013e3282f029e8
- Dias, S., Gama, A., Pingarilho, M., Simoes, D., & Mendão, L. (2017). Health services use and HIV prevalence among migrant and National Female sex Workers in Portugal: are we providing the services needed? *AIDS and Behavior*, 21(8), 2316-2321.
- Drummond, P. D., Mizan, A., & Wright, B. (2008). HIV/AIDS knowledge and attitudes among West African immigrant women in Western Australia. *Sexual Health*, 5(3), 251-259. doi:https://doi.org/10.1071/SH07077
- Elford, J., Ibrahim, F., Bukutu, C., & Anderson, J. (2008). HIV-related discrimination reported by people living with HIV in London, UK. *AIDS and Behavior*, 12(2), 255-264.
- European Centre for Disease Prevention and Control, W. R. O. f. E. (2018). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2018 – 2017 data*. Retrieved from ECDC, Copenhagen:
- European Centres for Disease Prevention and Control. (2017). *SPECIAL REPORT HIV and migrants. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2017 progress report*. Retrieved from ECDC, Stockholm:
- European Centres for Disease Prevention and Control. (2018). *Dublin Declaration monitoring - 2018 progress*. Retrieved from ECDC, Stockholm:
- Evans, C., Suggs, L. S., Turner, K., Occa, A., Juma, A., & Blake, H. (2019). Mobile phone messaging to promote uptake of HIV testing among migrant African communities in the UK. *Health Education Journal*, 78(1), 24-37.
- Evans, C., Turner, K., Suggs, L., Occa, A., Juma, A., & Blake, H. (2016). Developing a mHealth intervention to promote uptake of HIV testing among African communities in the UK: a qualitative study. *BMC public health*, 16(1), 656.
- Fakoya, I., Álvarez-del Arco, D., Copas, A. J., Teixeira, B., Block, K., Gennotte, A.-F., . . . Burns, F. M. (2017). Factors Associated With Access to HIV Testing and Primary Care Among Migrants Living in Europe: Cross-Sectional Survey. *JMIR Public Health Surveill*, 3(4), e84. doi:10.2196/publichealth.7741
- Fakoya, I., Álvarez-Del Arco, D., Monge, S., Copas, A. J., Gennotte, A. F., Volny-Anne, A., . . . Barros, H. (2018). HIV testing history and access to treatment among migrants living with HIV in Europe. *Journal of the International AIDS Society*, 21, e25123.
- Feresu, S., & Smith, L. (2013). Knowledge, attitudes, and beliefs about HIV/AIDS of Sudanese and Bantu Somali immigrant women living in Omaha, Nebraska. *Open Journal of Preventive Medicine*, 3(1), 720-726.
- Foley, E. E. (2005). HIV/AIDS and African immigrant women in Philadelphia: Structural and cultural barriers to care. *AIDS care*, 17(8), 1030-1043.
- Glanz, K. R., B.K.; Viswanath, K. . Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice.

- 4th edition. San Francisco.

- Guionnet, A., Navaza, B., Pizarro de la Fuente, B., Pérez-Elías, M. J., Dronda, F., López-Vélez, R., & Pérez-Molina, J. A. (2014). Immigrant women living with HIV in Spain: a qualitative approach to encourage medical follow-up. *BMC public health, 14*(1), 1115. doi:10.1186/1471-2458-14-1115
- Hachfeld, A., Darling, K., Calmy, A., Ledergerber, B., Weber, R., Battegay, M., . . . Tarr, P. (2019). Why do sub-Saharan Africans present late for HIV care in Switzerland? *HIV medicine, 20*(6), 418-423.
- Hickson, F., Owuor, J., Weatherburn, P., Reid, D., Hammond, G., & Jessup, K. (2009). Bass Line 2008-09: assessing the sexual HIV prevention needs of African people in England.
- HIV-SAM project. Jaarrapport 2018 - Promotie van seksuele gezondheid en preventie van hiv/aids bij subSaharaans-Afrikaanse Migranten in het kader van de beheersovereenkomst met het Instituut voor Tropische Geneeskunde.
- HIV-SAM project. Promotie van seksuele gezondheid en preventie van hiv/aids bij sub-Saharaans-Afrikaanse Migranten - Jaarverslag 2014.
- HIV-SAM project, About Us. Geraadpleegd op <http://www.hivsam.be/>
- Hochbaum, G. M. (1958). Public Participation in Medical Screening Programs: Socio-Psychological Study. *Public Health Service Publication*(572).
- Institute of Tropical Medicine. Annual report 2015.
- Institute of Tropical Medicine. Annual report 2018.
- Körner, H. (2007). Late HIV diagnosis of people from culturally and linguistically diverse backgrounds in Sydney: the role of culture and community. *AIDS care, 19*(2), 168-178.
- Kuehne, A., Koschollek, C., Santos-Hövenner, C., Thorlie, A., Müllerschön, J., Tshibadi, C. M., . . . Greiner, V. W. (2018). Impact of HIV knowledge and stigma on the uptake of HIV testing—Results from a community-based participatory research survey among migrants from sub-Saharan Africa in Germany. *PLoS one, 13*(4), e0194244.
- Limousi, F., Lert, F., du Lou, A. D., Dray-Spira, R., Lydie, N., & Grp, P. S. (2017). Dynamic of HIV-testing after arrival in France for migrants from sub-Saharan Africa: The role of both health and social care systems. *PLoS one, 12*(12). doi:10.1371/journal.pone.0188751
- Loos, J., Manirankunda, L., Hendrickx, K., Remmen, R., & Nöstlinger, C. (2014). HIV testing in primary care: feasibility and acceptability of provider initiated HIV testing and counseling for sub-Saharan African migrants. *AIDS Education and Prevention, 26*(1), 81-93.
- Loos, J., Manirankunda, L., Platteau, T., Albers, L., Fransen, K., Vermoesen, T., . . . Nöstlinger, C. (2016). Acceptability of a community-based outreach HIV-testing intervention using oral fluid collection devices and web-based HIV test result collection among sub-Saharan African migrants: a mixed-method study. *JMIR public health and surveillance, 2*(2), e33.
- Loos, J., Nöstlinger, C., Vuylsteke, B., Deblonde, J., Ndungu, M., Kint, I., . . . Colebunders, R. (2017). First HIV prevalence estimates of a representative sample of adult sub-Saharan African migrants in a European city. Results of a community-based, cross-sectional study in Antwerp, Belgium. *PLoS one, 12*(4), e0174677.
- Loutfy, M., Tharao, W., Logie, C., Aden, M. A., Chambers, L. A., Wu, W., . . . Calzavara, L. (2015). Systematic review of stigma reducing interventions for African/Black diasporic women. *Journal of the International AIDS Society, 18*(1), 19835.
- Lucas, G. (2002). *Positive Changes: A Review of Progress on African HIV Prevention in Enfield and Haringey 1997– March 2002*. Retrieved from London, NHS:
- Manirankunda, L., Loos, J., Alou, T. A., Colebunders, R., & Nöstlinger, C. (2009). "It's better not to know": perceived barriers to HIV voluntary counseling and testing among sub-Saharan African migrants in Belgium. *AIDS Education & Prevention, 21*(6), 582-593.

- Manirankunda, L., Loos, J., Debackaere, P., & Nöstlinger, C. (2012). "It is not easy": challenges for provider-initiated HIV testing and counseling in Flanders, Belgium. *AIDS Education and Prevention, 24*(5), 456-468.
- McCree, D. H., Eke, A., & Williams, S. P. (2007). Dyadic, Small Group, and Community-Level Behavioral Interventions for STD/HIV Prevention. In S. O. Aral & J. M. Douglas (Eds.), *Behavioral Interventions for Prevention and Control of Sexually Transmitted Diseases* (pp. 105-124). Boston, MA: Springer US.
- Mola, O. D., Mercer, M. A., Asghar, R. J., Gimbel-Sherr, K. H., Gimbel-Sherr, S., Micek, M. A., & Gloyd, S. S. (2006). Condom use after voluntary counselling and testing in Central Mozambique. *Tropical Medicine & International Health, 11*(2), 176-181. doi:10.1111/j.1365-3156.2005.01548.x
- Müllerschön, J., Koschollek, C., Santos-Hövenner, C., Kuehne, A., Müller-Nordhorn, J., & Bremer, V. (2019). Impact of health insurance status among migrants from sub-Saharan Africa on access to health care and HIV testing in Germany: a participatory cross-sectional survey. *BMC international health and human rights, 19*(1), 10.
- National AIDS Trust. (2014). *Hiv and Black African Communities in the UK. June 2014: A Policy Report*. Retrieved from London:
- Ndumbi, P., Del Romero, J., Pulido, F., Velasco Arribas, M., Drona, F., Blanco Ramos, J. R., . . . Del Amo, J. (2018). Barriers to health care services for migrants living with HIV in Spain. *The European Journal of Public Health, 28*(3), 451-457.
- Nkhoma, K., Ahmed, A., Alli, Z., Sherr, L., & Harding, R. (2019). Does sexual behaviour of people with HIV reflect antiretroviral therapy as a preventive strategy? A cross-sectional study among outpatients in Kenya. *BMC public health, 19*(1), 1254.
- O'Brien, N., Hong, Q. N., Law, S., Massoud, S., Carter, A., Kaida, A., . . . de Pokomandy, A. (2018). Health system features that enhance access to comprehensive primary care for women living with HIV in high-income settings: A systematic mixed studies review. *AIDS patient care and STDs, 32*(4), 129-148.
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Hickson, F., Weatherburn, P., Berg, R. C., Marcus, U., & Schmidt, A. J. (2015). Hidden from health: structural stigma, sexual orientation concealment, and HIV across 38 countries in the European MSM Internet Survey. *AIDS (London, England), 29*(10), 1239.
- Painter, T. M. (2001). Voluntary counseling and testing for couples: a high-leverage intervention for HIV/AIDS prevention in sub-Saharan Africa. *Social Science & Medicine, 53*(11), 1397-1411. doi:10.1016/s0277-9536(00)00427-5
- Pantazis, N., Thomadakis, C., del Amo, J., Alvarez-del Arco, D., Burns, F. M., Fakoya, I., & Touloumi, G. (2019). Determining the likely place of HIV acquisition for migrants in Europe combining subject-specific information and biomarkers data. *Statistical Methods in Medical Research, 28*(7), 1979-1997. doi:10.1177/0962280217746437
- Peretti-Watel, P., Spire, B., Schiltz, M. A., Bouhnik, A. D., Heard, I., Lert, F., & Obadia, Y. (2006). Vulnerability, unsafe sex and non-adherence to HAART: Evidence from a large sample of French HIV/AIDS outpatients. *Social Science & Medicine, 62*(10), 2420-2433. doi:https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.020
- Pinkerton, S. D., & Abramson, P. R. (1997). Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission. *Social Science & Medicine, 44*(9), 1303-1312. doi:10.1016/s0277-9536(96)00258-4
- Pottie, K., Lotfi, T., Kilzar, L., Howeiss, P., Rizk, N., Akl, E. A., . . . Rahman, P. (2018). The effectiveness and cost-effectiveness of screening for HIV in migrants in the EU/EEA: a systematic review. *International journal of environmental research and public health, 15*(8), 1700.
- Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (1983). STAGES AND PROCESSES OF SELF-CHANGE OF SMOKING - TOWARD AN INTEGRATIVE MODEL OF CHANGE. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,*

51(3), 390-395. doi:10.1037/0022-006x.51.3.390

- Prost, A., Elford, J., Imrie, J., Petticrew, M., & Hart, G. J. (2008). Social, behavioural, and intervention research among people of Sub-Saharan African origin living with HIV in the UK and Europe: literature review and recommendations for intervention. *AIDS and Behavior, 12*(2), 170-194.
- Prost, A., Elford, J., Imrie, J., Petticrew, M., & Hart, G. J. (2008). Social, behavioural, and intervention research among people of Sub-Saharan African origin living with HIV in the UK and Europe: literature review and recommendations for intervention. *AIDS and Behavior, 12*(2), 170-194.
- Pulle, S., Lubega, J., Davidson, O., Chinouya, M. (2005). *Doing it well: Good practice guide for choosing and implementing community based HIV prevention interventions with African communities in England*. Retrieved from African HIV Policy Network and NAHIP, London:
- Rigal, L., Rouessé, C., Collignon, A., Domingo, A., & Deniaud, F. (2011). Facteurs liés à l'absence de proposition de dépistage du VIH-sida et des hépatites B et C aux immigrés en situation de précarité. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 59*(4), 213-221.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of Innovations. (4th ed.)* New York: Free Press.
- Rogers, E. M. (2013). *Diffusion of Innovations. (5th ed.)* New York: Free Press.
- Ross, J., Cunningham, C. O., & Hanna, D. B. (2018). HIV outcomes among migrants from low-income and middle-income countries living in high-income countries: a review of recent evidence. *Current opinion in infectious diseases, 31*(1), 25-32.
- Sadler, K. E., McGarrigle, C. A., Elam, G., Ssanyu-Sseruma, W., Davidson, O., Nichols, T., . . . Fenton, K. A. (2007). Sexual behaviour and HIV infection in black-Africans in England: results from the Mayisha II survey of sexual attitudes and lifestyles. *Sexually transmitted infections, 83*(7), 523-529.
- Santos-Hövenner, C., Marcus, U., Koschollek, C., Oudini, H., Wiebe, M., Ouedraogo, O. I., . . . Dierks, M.-L. (2015). Determinants of HIV, viral hepatitis and STI prevention needs among African migrants in Germany; a cross-sectional survey on knowledge, attitudes, behaviors and practices. *BMC public health, 15*(1), 753.
- Sassa, A. D., J.; Jamine, D.; Van Beckhoven, D. (2018). *Epidemiologie van aids en hiv-infectie in België. Toestand op 31 december 2017*. Retrieved from
- Sensoa. (2019). *DRAFT - Resultaten nodenbevraging mensen met hiv*. Sensoa: Antwerpen.
- Sidibe, M. (2011). Antiretrovirals for Prevention: Realizing the Potential. Closing Commentary by the Executive Director of UNAIDS. *Current HIV Research, 9*(6), 470-472. doi:10.2174/157016211798038579
- Tiittala, P., Kivelä, P., Liitsola, K., Ollgren, J., Pasanen, S., Vasankari, T., & Ristola, M. (2018). Important gaps in HIV knowledge, attitudes and practices among young asylum seekers in comparison to the general population. *Journal of immigrant and minority health, 20*(6), 1415-1423.
- UNAIDS. (2001). 2001 *Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Retrieved from [http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaration\\_en.pdf](http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaration_en.pdf)
- Vaughn, L. M., Jacquez, F., & Bakar, R. C. (2009). Cultural health attributions, beliefs, and practices: Effects on healthcare and medical education. *The Open Medical Education Journal, 2*(1).
- Vignier, N., Dray Spira, R., Pannetier, J., Ravalihasy, A., Gosselin, A., Lert, F., . . . Chauvin, P. (2018). Refusal to provide healthcare to sub-Saharan migrants in France: a comparison according to their HIV and HBV status. *European journal of public health, 28*(5), 904-910.
- Weller, S. C. (1993). A METAANALYSIS OF CONDOM EFFECTIVENESS IN REDUCING SEXUALLY-TRANSMITTED HIV. *Social Science & Medicine, 36*(12), 1635-1644. doi:10.1016/0277-9536(93)90352-5
- Winett, R. A., Anderson, E. S., Desiderato, L. L., Solomon, L. J., Perry, M., Kelly, J. A., . . . Lombard, T. N.

(1995). Enhancing social diffusion theory as a basis for prevention intervention: A conceptual and strategic framework. *Applied and Preventive Psychology*, 4(4), 233-245. doi:[https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80025-3](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80025-3)



# Bijlagen

## 1. Topic-lijst professionals

### 1. Is er nood aan een specifieke terreinwerking voor SAM?

- Korte schets van de activiteiten die de professional uitvoert met betrekking tot hiv-preventie.
- Wat is de achtergrond van de personen waarmee de professional in het kader van deze activiteiten mee in aanraking komt? (Bv. bepaalde culturen, socio-economische achtergrond, beroepen etc.)
  - Komt de professional in het kader van deze activiteiten vaak in aanraking met SAM?
- Past de professional de procedure aan naar gelang de groep waartoe de persoon behoort?
  - Wat wordt er precies aangepast?
  - Waarom wordt dit nodig geacht?
- Hebben deze activiteiten (rechtstreeks of onrechtstreeks) invloed op
  - de kennis m.b.t. hiv?
  - het bewustzijn m.b.t. hiv?
  - de risicoperceptie m.b.t. hiv?
  - het aantal hiv-testen dat wordt uitgevoerd?
  - toegankelijkheid van het verkrijgen van condooms
  - het condoomgebruik?
  - de zelfzorg van personen met hiv?
- Zijn deze activiteiten daarin effectief?
- In hoeverre leiden deze activiteiten ook tot een betere seksuele en reproductieve gezondheid?
  - Op welke manier?
  - Wat staat dit nog in de weg?
- Zijn er specifieke vragen/reacties van de SAM-groep die bij andere personen minder voorkomen?
  - Verschilt de kennis ivm. hiv, preventie en testen tussen SAM en andere doelgroepen.
  - Op welke wijze?
- Wat denkt de professional over cultuursensitief werken?
  - Hoe beïnvloedt dit de bespreekbaarheid van hiv?
  - Hoe beïnvloedt dit hiv-testen?
  - Hoe beïnvloedt dit de zelfzorgcapaciteiten van personen die leven met hiv?
- Wat vindt de professional van het proactief aanbieden van hiv-testen?
  - Hoe beïnvloedt dit de bespreekbaarheid van hiv?
  - Hoe beïnvloedt dit het aantal personen dat hiv-testen afneemt?
  - Hoe beïnvloedt dit de zelfzorgcapaciteiten van personen die leven met hiv?
- Wat is de kennis van zorgverleners omtrent
  - een cultuursensitieve aanpak?
  - Proactief counselen?
  - Hoe kan dit verbeterd worden?
- Hoe schat de professional het belang in dat andere zorgverleners geven aan
  - een cultuursensitieve aanpak?

- Proactief counselen?
- Hoe kan dit verbeterd worden?
- Welke misvattingen leven er nog bij artsen omtrent hiv en SAM?
- Waar laten artsen momenteel nog opportuniteiten liggen?
  - Wat wordt hier momenteel rond gedaan?
  - Welke rol speelt HIV-SAM hierin?
  - Wat is het resultaat hiervan?
  - Hoe kan dit verbeterd worden?
  - Welke taken kunnen hier nog voor HIV-SAM weggelegd zijn?
  - Wat zijn hierbij de barrières?
- Wat is volgens de professional de rol van gemeenschap leiders op de waarden en normen in de SAM-gemeenschap?
  - Zien de gemeenschapsleiders in de SAM-gemeenschap het belang van hiv-preventie
  - Staan ze open hieraan bij te dragen?
  - Hoe zouden we de gemeenschapsleiders nog meer kunnen sensibiliseren rond hiv-preventie/testen/lotgenotencontact?
- In welke mate bestaat er stigma rond hiv in de SAM-gemeenschap?
- Wat is de volgens de professional de rol van stigma op hiv in de SAM-gemeenschap?
  - Welke invloed heeft het stigma rond hiv op de bespreekbaarheid van hiv in de gemeenschap?
  - Gevolgen hiervan voor hiv-testen, het aanschaffen van en gebruiken van condooms, zelfzorg bij personen die leven met hiv?
- Denkt de professional dat er nood is aan een specifieke terreinwerking voor SAM?
  - Waar hebben SAM volgens de ervaring van de professional nood aan m.b.t. seksuele gezondheid?

## 2. Werking HIV-SAM project

- Op welke manieren/voor welke acties werkte de professional samen met het HIV-SAM project?
  - Hoe ging deze samenwerking in zijn werk?
  - Hoe reageerden SAM op deze activiteit?
  - Hebben deze activiteiten (rechtstreeks of onrechtstreeks) invloed op
    - de kennis m.b.t. hiv?
    - bewustzijn m.b.t. hiv?
    - risicoperceptie m.b.t. hiv?
    - het aantal hiv-testen dat wordt uitgevoerd?
    - Toegankelijkheid van het verkrijgen van condooms?
    - het condoomgebruik?
    - de zelfzorg van personen met hiv?
    - Leiden deze zaken tot een betere seksuele en reproductieve gezondheid, of zijn er nog andere zaken die dit in de weg staan?
  - Vond de professional dit een goede activiteit?
    - Waarom wel/niet
    - Hoe kan de activiteit verbeterd worden?
  - Indien de activiteit nu niet meer plaatsvindt, waarom dat zo is.
- Is de professional bekend met de andere activiteiten van het HIV-SAM project?
  - Indien ja: zelfde deelvragen als hierboven

- Wat ontbreekt er volgens de professional met betrekking tot hiv-preventie bij SAM?
  - Weer zelfde deelvragen als hierboven

## 2. Topic-lijst SAM-sleutelfiguren en -vrijwilligers

### 1. Algemene gezondheid

- Welke zijn de belangrijkste gezondheidsnoden voor SAM die leven in Vlaanderen?
  - Waarvoor kunnen zij hier terecht?
  - Hoe verhouden die zich t.o.v. hiv?
    - Waaraan wordt prioriteit gegeven?
  - Wat zouden SAM graag leren over gezondheid in het algemeen?
    - Van wie zouden zij hierover willen leren?

### 2. Is er nood aan een specifieke terreinwerking voor SAM?

- Voor welke activiteiten werkt(e) de sleutelfiguur of vrijwilliger samen met het HIV-SAM project?
  - Hoe ging deze samenwerking in zijn werk?
    - Wat vind je er goed aan?
    - Wat loopt minder goed?
  - Indien de activiteit nu niet meer plaatsvindt, waarom dat zo is.
- Wat proberen deze activiteiten (rechtstreeks of onrechtstreeks) te beïnvloeden?
  - De kennis m.b.t. hiv?
  - Het bewustzijn m.b.t. hiv?
  - De risicoperceptie m.b.t. hiv?
  - Het aantal hiv-testen dat wordt uitgevoerd?
  - Toegankelijkheid van het verkrijgen van condooms
  - Het condoomgebruik?
  - De zelfzorg van personen met hiv?
- Zijn de activiteiten daarin effectief?
  - Hoe reageerden SAM op deze activiteit?
- In hoeverre leiden deze zaken ook tot een betere seksuele en reproductieve gezondheid?
  - Op welke manier?
  - Wat staat dit nog in de weg?
- Wat zijn volgens de sleutelfiguur of vrijwilliger de belangrijkste thema's om rond te werken m.b.t. hiv?
  - De kennis m.b.t. hiv?
  - Het bewustzijn m.b.t. hiv?
  - De risicoperceptie m.b.t. hiv?
  - Het aantal hiv-testen dat wordt uitgevoerd?
  - Toegankelijkheid van het verkrijgen van condooms
  - Het condoomgebruik?
  - De zelfzorg van personen met hiv?
- Zijn er specifieke thema's die voor SAM belangrijker zijn dan voor andere groepen?

- Welke
- Moet hier aandacht voor zijn in het kader van hiv-preventie?
  - Hoe?
- Denkt de sleutelfiguur of vrijwilliger dat er nood is aan een specifieke terreinwerking voor SAM?
  - Waar hebben SAM volgens de ervaring van de sleutelfiguur of vrijwilliger nood aan m.b.t. seksuele gezondheid?
- Welke activiteiten van HIV-SAM beantwoorden aan deze noden?
  - Wat vinden de sleutelfiguur of vrijwilligers van deze activiteiten?
- Wat ontbreekt er volgens de sleutelfiguur of vrijwilliger met betrekking tot hiv-preventie bij SAM?
  - Kan HIV-SAM deze noden invullen?
  - Hoe kunnen ze dit doen?
  
- Wat is volgens de sleutelfiguur of vrijwilliger de rol van gemeenschap leiders op de waarden en normen in de SAM-gemeenschap?
  - Zien de gemeenschapsleiders in de SAM-gemeenschap het belang van hiv-preventie
  - Staan ze open hieraan bij te dragen?
  - Hoe zouden we de gemeenschapsleiders nog meer kunnen sensibiliseren rond hiv-preventie/testen/lotgenotencontact?
- In welke mate bestaat er stigma rond hiv in de SAM-gemeenschap?
- Wat is de volgens de sleutelfiguur of vrijwilliger de rol van stigma op hiv in de SAM-gemeenschap?
  - Welke invloed heeft het stigma rond hiv op de bespreekbaarheid van hiv in de gemeenschap?
  - Gevolgen hiervan voor hiv-testen, het aanschaffen van en gebruiken van condooms, zelfzorg bij personen die leven met hiv?
  
- Wat denkt de sleutelfiguur of vrijwilliger over cultuursensitief werken?
  - Hoe beïnvloedt dit de bespreekbaarheid van hiv?
  - Hoe beïnvloedt dit hiv-testen?
  - Hoe beïnvloedt dit de zelfzorgcapaciteiten van personen die leven met hiv?
- Wat vindt de sleutelfiguur of vrijwilliger van het proactief aanbieden van hiv-testen?
  - Hoe beïnvloedt dit de bespreekbaarheid van hiv?
  - Hoe beïnvloedt dit het aantal personen dat hiv-testen afneemt?
  - Hoe beïnvloedt dit de zelfzorgcapaciteiten van personen die leven met hiv?
  - Is het belangrijk dat huisartsen dit doen?
  - Is het belangrijk om dit op evenementen en plaatsen waar veel SAM bijeenkomen aan te bieden?
  
- Wat ontbreekt er volgens de sleutelfiguur of vrijwilliger voor het verbeteren van de seksuele en reproductieve gezondheid bij SAM?
  - Hoe zou HIV-SAM hierbij kunnen helpen?
- We hebben nu het HIV-SAM project besproken. Aan het begin van ons gesprek hebben jullie x, y, z aangehaald als prioritaire gezondheidsnoden. Hoe zou HIV-SAM hier ook op kunnen inspelen?
  - Is het wenselijk om hiv-preventie binnen een breder kader van gezondheids promotie uit te voeren?

### 3. Topic-lijst SAM-focusgroepen

#### Focusgroep hiv-positief

- Kunnen jullie jezelf even kort voorstellen?

#### **Algemene gezondheid**

- Welke zijn de belangrijkste gezondheidsnoden voor SAM die leven in Vlaanderen?
  - Waarvoor kunnen zij hier terecht?
  - Hoe verhouden die zich t.o.v. hiv?
    - Waaraan wordt prioriteit gegeven?
  - Wat zouden SAM graag leren over gezondheid in het algemeen?
    - Van wie zouden zij hierover willen leren?

#### **HIV-SAM: testing**

- Hoe kwamen jullie in aanraking met het HIV-SAM project?
  - Is het project goed zichtbaar binnen jullie gemeenschap?
- Waarom denken jullie dat het belangrijk is om je te laten testen op hiv?
- Wat vinden jullie ervan dat HIV-SAM hiv-testen aanbiedt?
  - Waarom is het (niet) nodig dat HIV-SAM dit doet?
  - Waarom zou het goed zijn voor mensen om deel te nemen aan deze activiteit?
  - Waarom denken jullie dat het voor sommige mensen moeilijk is om zich te laten testen door HIV-SAM?
  - Wat is er goed aan deze activiteit?
  - Wat is er niet zo goed aan deze activiteit?
  - Hoe zou HIV-SAM dit kunnen verbeteren?
  - (Heeft iemand van jullie zich via HIV-SAM laten testen?)
- HIV-SAM spoort huisartsen aan om zelf hiv-testen voor te stellen bij mensen met subsaharaanse achtergrond die in de praktijk komen.
  - Wat vinden jullie van dit initiatief?
  - Waarom is het (niet) nodig dat HIV-SAM dit doet?
  - Wat is er goed aan deze activiteit?
  - Wat is er niet zo goed aan deze activiteit?
  - Hoe zou HIV-SAM dit kunnen verbeteren?
  - Wat vinden jullie ervan als artsen specifiek zouden screenen op mensen met subsaharaanse Afrikaanse achtergrond bij het voorstellen van een hiv-test? (Stigma?)
- HIV-SAM spoort de huisartsen ook aan om bij het voorstellen van de hiv-test een gesprek over seksuele gezondheid in het algemeen aan te gaan. Wat vinden jullie ervan dat HIV-SAM huisartsen aanspoort om over seksualiteit te praten?
  - Waarom is het (niet) nodig dat HIV-SAM dit doet?
  - Wat is er goed aan deze activiteit?
  - Wat is er niet zo goed aan deze activiteit?
  - Hoe zou HIV-SAM dit kunnen verbeteren?

#### **Persoonlijke ervaring met hiv**

- Hadden jullie je al eens eerder laten testen op hiv?
  - Indien nee:
    - Waarom deden jullie dit voordien nog niet?

- Wat maakte het moeilijk om je te laten testen? (praktische zaken, gevoelens/stigma)
- Indien ja:
  - Wat of wie heeft jullie hiertoe aangezet?
  - Waarom deden jullie dit?
  - Was het gemakkelijk om je te laten testen? (praktische zaken, gevoelens/stigma)
  - Waar lieten jullie je testen?
  - Waarom lieten jullie je daar testen?
- Wat dachten jullie toen jullie een positieve diagnose kregen?
  - Waar maakten jullie je zorgen over?
- Hebben jullie aan jullie omgeving verteld dat jullie hiv-positief zijn?
  - Aan wie vertelden jullie dit wel?
    - Waarom?
  - Aan wie vertelden jullie dit niet?
    - Waarom?
- Welke reacties kregen jullie van je omgeving?
  - Van wie kreeg je positieve reacties?
    - Hoe reageerden zij dan precies?
  - Van wie kreeg je negatieve reacties?
    - Hoe reageerden zij dan precies?
- Hoe denken jullie dat anderen in je omgeving iemand die hiv heeft behandelen?
- Wat dachten jullie over hiv voor jullie wisten dat jullie positief waren?
- Wat denken jullie dat anderen mensen in je gemeenschap/kerk/... denken over hiv?
- Was het voor jullie een aanpassing om te leven met hiv?
  - Wat is er veranderd in je leven?
  - In welke mate veranderde het je gezondheid?
  - In welke mate veranderde het je werksituatie?
  - In welke mate veranderde het je sociale leven?
  - In welke mate veranderde het je relatie?
  - In welke mate veranderde het je seksualiteit?
- Werden jullie ondersteund om met deze veranderingen om te gaan?
  - Hoe zou HIV-SAM hier (nog meer) bij kunnen helpen?

#### **HIV-SAM: counseling**

- Welke activiteiten doet HIV-SAM om personen die leven met hiv te ondersteunen?
- Via het HIV-SAM project/het HRC in Antwerpen kan je persoonlijke counseling krijgen in verband met leven met hiv. Wat vinden jullie ervan dat HIV-SAM individuele counseling aanbiedt voor personen die hiv hebben?
  - Waarom is het (niet) nodig dat HIV-SAM dit doet?
  - Waarom zou iemand wel moeten deelnemen aan deze activiteit?
  - Waarom zou iemand dat niet doen?
  - Hebben jullie hier al gebruik van gemaakt?
  - Wat is er goed aan deze activiteit?
  - Wat is er niet zo goed aan deze activiteit?
  - Hoe zou HIV-SAM dit kunnen verbeteren?

- HIV-SAM heeft ook meegeholpen in de uitbouw van een patiëntengroep voor hiv-positieve personen die een subsaharaanse Afrikaanse achtergrond hebben. In deze groep komen zij samen om te praten over hiv, hoe dit hun leven beïnvloed en hoe men hier mee om kan gaan. Wat vinden jullie ervan dat HIV-SAM een patiëntengroep ondersteunt voor personen die hiv hebben?
  - Waarom is het (niet) nodig dat HIV-SAM dit doet?
  - Waarom zou iemand wel moeten deelnemen aan deze activiteit?
  - Waarom zou iemand dat niet doen?
  - Aan welke activiteiten van de patiëntengroep hebben jullie al deelgenomen?
  - Wat is er goed aan deze activiteiten?
  - Wat is er niet zo goed aan deze activiteiten?
  - Hoe zou HIV-SAM dit kunnen verbeteren?

#### **Persoonlijke noden hiv**

- Vinden jullie dat HIV-SAM voldoende doet om mensen met hiv te ondersteunen?
  - Welke activiteiten vinden jullie het meest waardevol?
    - Waarom?
  - Indien nee:
    - Wat ontbreekt er momenteel?
  - Bij welke andere organisaties kunnen jullie terecht in verband met hiv-gerelateerde zaken?
    - Waarvoor precies kan je bij deze organisatie terecht?
    - Ben je tevreden over de activiteiten van deze organisatie?
    - Waarom wel/niet?
    - Zou het een meerwaarde zijn als HIV-SAM dergelijke activiteiten ook zou aanbieden?
    - Waarom wel/niet?
- Wat zouden jullie graag nog leren over hiv?
  - Van wie zouden jullie deze informatie graag krijgen?
- Wat zou jullie omgeving moeten weten over hiv?
- Welke andere zaken omtrent seksualiteit en relaties zijn belangrijk i.v.m. hiv?
  - Wat zouden jullie hier graag meer over leren?
  - Van wie zouden jullie deze informatie graag krijgen?
  - Wat moet jullie omgeving hierover weten?

#### **HIV-SAM: educatie seksuele gezondheid**

- Het HIV-SAM project biedt niet enkel hiv-testen aan, maar maakt onder andere ook folders, workshops en informatiesessies over hiv en AIDS. Wat vinden jullie ervan dat HIV-SAM uitlegt geeft over hiv en aids?
  - Waarom is het (niet) nodig dat HIV-SAM dit doet?
  - Wat is er goed aan deze activiteit?
  - Wat is er niet zo goed aan deze activiteit?
  - Hoe zou HIV-SAM dit kunnen verbeteren?
- HIV-SAM ziet hiv als onderdeel van een goede seksuele gezondheid. Daarom spreken zij in hun folders, workshops en informatiesessies ook over seksuele gezondheid in het algemeen. Wat vinden jullie ervan dat HIV-SAM uitlegt geeft over seksuele gezondheid?
  - Waarom is het (niet) nodig dat HIV-SAM dit doet?
  - Wat is er goed aan deze activiteit?

- Wat is er niet zo goed aan deze activiteit?
  - Hoe zou HIV-SAM dit kunnen verbeteren?
- HIV-SAM deelt ook condooms uit op evenementen en bij testings. Wat vinden jullie ervan dat HIV-SAM condooms uitdeelt?
  - Waarom is het (niet) nodig dat HIV-SAM dit doet?
  - Wat is er goed aan deze activiteit?
  - Wat is er niet zo goed aan deze activiteit?
  - Hoe zou HIV-SAM dit kunnen verbeteren?

**HIV-SAM: tevredenheid?**

- Denken jullie dat het belangrijk is om kennis te hebben over hiv?
  - Wat zouden jullie hier graag nog over leren?
  - Van wie zouden jullie deze informatie graag krijgen?
- Denken jullie dat het belangrijk is kennis te hebben over andere soa's?
  - Wat zouden jullie hier graag nog over leren?
  - Van wie zouden jullie deze informatie graag krijgen?
- Denken jullie dat het belangrijk is kennis te hebben over seksualiteit en relaties in het algemeen?
  - Wat zouden jullie hier graag nog over leren?
  - Van wie zouden jullie deze informatie graag krijgen?
- Wat vinden jullie ervan dat het HIV-SAM project tot in de gemeenschap (in kerken, op feesten etc.) komt?
  - Wat vinden jullie van de samenwerking tussen HIV-SAM en de leiders van de kerken en organisaties?
  - Waarom is het (niet) nodig dat HIV-SAM dit doet?
- Welke nieuwe zaken hebben jullie geleerd via het HIV-SAM project?
- Aan welke zaken besteden jullie door de activiteiten van HIV-SAM nu wel/meer aandacht?
- Over het algemeen: vinden jullie het HIV-SAM een goed project?
  - Welke activiteiten vinden jullie het meest waardevol?
  - Waarom?
  - Welke activiteiten vinden jullie niet zo goed?
  - Waarom?
- Naast de activiteiten die het HIV-SAM project nu uitvoert, waar hebben de jullie nog nood aan in verband met hiv?
  - Zou het HIV-SAM project dit kunnen invullen?
  - Op welke manier zou dit kunnen?
- We hebben nu het HIV-SAM project besproken. Aan het begin van ons gesprek hebben jullie x, y, z aangehaald als prioritaire gezondheidsnoden. Hoe zou HIV-SAM hier ook op kunnen inspelen?
  - Is het wenselijk om hiv-preventie binnen een breder kader van gezondheids promotie uit te voeren



---

### Focusgroep, hiv-negatief

- Kunnen jullie jezelf even kort voorstellen?

#### **Algemene gezondheid**

- Welke zijn de belangrijkste gezondheidsnoden voor SAM die leven in Vlaanderen?
  - Waarvoor kunnen zij hier terecht?
  - Hoe verhouden die zich t.o.v. hiv?
    - Waaraan wordt prioriteit gegeven?
  - Wat zouden SAM graag leren over gezondheid in het algemeen?
    - Van wie zouden zij hierover willen leren?

#### **Persoonlijke hiv-kennis en ervaringen**

- Hoe kwamen jullie in aanraking met het HIV-SAM project?
  - Is het project goed zichtbaar binnen jullie gemeenschap?
- Waar denk je aan als je het woord hiv hoort?
- Waar denk je aan als je het woord AIDS hoort?
- Wat weet je over hiv/AIDS?
  - Wat het is
  - Hoe het verspreid wordt
  - Wat de behandeling inhoudt
- Waarom kan het belangrijk zijn je te laten testen op hiv?
  - Wat zijn de barrières om je te laten testen?
  - Weet je waar je je kan laten testen?
- Hebben jullie je al eens laten testen op hiv?
  - Indien nee:
    - Waarom deden jullie dit voordien nog niet?
    - Wat maakte het moeilijk om je te laten testen? (praktische zaken, gevoelens/stigma)
  - Indien ja:
    - Deden jullie dit reeds meerdere keren?
    - Wat of wie heeft jullie hiertoe aangezet?
    - Waarom deden jullie dit?
    - Was het gemakkelijk om je te laten testen? (praktische zaken, gevoelens/stigma)
    - Waar lieten jullie je testen?
    - Waarom lieten jullie je daar testen?

#### **HIV-SAM: testing**

- HIV-SAM komt regelmatig naar bepaalde events of plaatsen en bieden daar ter plekke hiv-testen aan. Ook delen ze folders uit waar in staat waar je je gratis kan laten testen. Wat vinden jullie ervan dat HIV-SAM hiv-testen aanbiedt?
  - Waarom is het (niet) nodig dat HIV-SAM dit doet?
  - Waarom zou iemand wel moeten deelnemen aan deze activiteit?
  - Waarom zou iemand dat niet doen?
  - Wat is er goed aan deze activiteit?
  - Wat is er niet zo goed aan deze activiteit?

- Hoe zou HIV-SAM dit kunnen verbeteren?
- HIV-SAM spoort huisartsen aan om zelf hiv-testen voor te stellen bij mensen met subsaharaanse achtergrond die in de praktijk komen.
  - Wat vinden jullie van dit initiatief?
  - Waarom is het (niet) nodig dat HIV-SAM dit doet?
  - Wat is er goed aan deze activiteit?
  - Wat is er niet zo goed aan deze activiteit?
  - Hoe zou HIV-SAM dit kunnen verbeteren?
  - Wat vinden jullie ervan als artsen specifiek zouden screenen op mensen met subsaharaanse Afrikaanse achtergrond bij het voorstellen van een hiv-test? (Stigma?)
- HIV-SAM spoort de huisartsen ook aan om bij het voorstellen van de hiv-test een gesprek over seksuele gezondheid in het algemeen aan te gaan. Wat vinden jullie ervan dat HIV-SAM huisartsen aanspoort om over seksualiteit te praten?
  - Waarom is het (niet) nodig dat HIV-SAM dit doet?
  - Wat is er goed aan deze activiteit?
  - Wat is er niet zo goed aan deze activiteit?
  - Hoe zou HIV-SAM dit kunnen verbeteren?

#### **Persoonlijk, ervaring met hiv in omgeving**

- Wat denken jullie dat mensen in je gemeenschap/kerk/denken over hiv?
- Hoe denken jullie dat anderen in je omgeving iemand die hiv heeft behandelen?
- Ken jij iemand die hiv-positief is?
  - Hoe ben je dit te weten gekomen? (disclosure van persoon zelf of horen zeggen?)
  - Heb je met deze persoon over hiv gesproken?
  - Wat was je eerste reactie toen je dit hoorde?
  - Waar maakte je je zorgen over?
  - Hoe heeft dit je beeld van hiv veranderd?
- In welke mate denk je dat je leven zou veranderen als je hiv zou hebben?
  - Wat zou er veranderen in je leven?
    - Wat zou er veranderen met betrekking tot je gezondheid?
    - Wat zou er veranderen met betrekking tot je werksituatie?
    - Wat zou er veranderen met betrekking tot je sociale leven?
    - Wat zou er veranderen met betrekking tot je relatie?
    - Wat zou er veranderen met betrekking tot je seksualiteit?
- HIV-SAM probeert mensen met een subsaharaanse Afrikaanse achtergrond die hiv hebben te ondersteunen door hen te leren hoe ze met deze veranderingen om kunnen gaan. Wat vinden jullie er van dat HIV-SAM dit doet?
  - Waarom is het (niet) nodig dat HIV-SAM dit doet?

#### **HIV-SAM: educatie rond seksuele gezondheid**

- Het HIV-SAM project biedt niet enkel hiv-testen aan, maar maakt onder andere ook folders, workshops en informatiesessies over hiv en AIDS. Wat vinden jullie ervan dat HIV-SAM uitlegt geeft over hiv en aids?
  - Waarom is het (niet) nodig dat HIV-SAM dit doet?
  - Wat is er goed aan deze activiteit?
  - Wat is er niet zo goed aan deze activiteit?
  - Hoe zou HIV-SAM dit kunnen verbeteren?

- HIV-SAM ziet hiv als onderdeel van een goede seksuele gezondheid. Daarom spreken zij in hun folders, workshops en informatiesessies ook over seksuele gezondheid in het algemeen. Wat vinden jullie ervan dat HIV-SAM uitlegt geeft over seksuele gezondheid?
  - Waarom is het (niet) nodig dat HIV-SAM dit doet?
  - Wat is er goed aan deze activiteit?
  - Wat is er niet zo goed aan deze activiteit?
  - Hoe zou HIV-SAM dit kunnen verbeteren?
- HIV-SAM deelt ook condooms uit op evenementen en bij testings. Wat vinden jullie ervan dat HIV-SAM condooms uitdeelt?
  - Waarom is het (niet) nodig dat HIV-SAM dit doet?
  - Wat is er goed aan deze activiteit?
  - Wat is er niet zo goed aan deze activiteit?
  - Hoe zou HIV-SAM dit kunnen verbeteren?

#### **hiv Sam: tevredenheid**

- Denken jullie dat het belangrijk is om kennis te hebben over hiv?
  - Wat zouden jullie hier graag nog over leren?
  - Van wie zouden jullie deze informatie graag krijgen?
- Denken jullie dat het belangrijk is kennis te hebben over andere soa's?
  - Wat zouden jullie hier graag nog over leren?
  - Van wie zouden jullie deze informatie graag krijgen?
- Denken jullie dat het belangrijk is kennis te hebben over seksualiteit en relaties in het algemeen?
  - Wat zouden jullie hier graag nog over leren?
  - Van wie zouden jullie deze informatie graag krijgen?
- Wat vinden jullie ervan dat het HIV-SAM project tot in de gemeenschap (in kerken, op feesten etc.) komt?
  - Wat vinden jullie van de samenwerking tussen HIV-SAM en de leiders van de kerken en organisaties?
  - Waarom is het (niet) nodig dat HIV-SAM dit doet?
- Welke nieuwe zaken hebben jullie geleerd via het HIV-SAM project?
- Aan welke zaken besteden jullie door de activiteiten van HIV-SAM nu wel/meer aandacht?
- Over het algemeen: vinden jullie het HIV-SAM een goed project?
  - Welke activiteiten vinden jullie het meest waardevol?
  - Waarom?
  - Welke activiteiten vinden jullie niet zo goed?
  - Waarom?
- Naast de activiteiten die het HIV-SAM project nu uitvoert, waar hebben de jullie nog nood aan in verband met hiv?
  - Zou het HIV-SAM project dit kunnen invullen?
  - Op welke manier zou dit kunnen?
- We hebben nu het HIV-SAM project besproken. Aan het begin van ons gesprek hebben jullie x, y, z aangehaald als prioritaire gezondheidsnoden. Hoe zou HIV-SAM hier ook op kunnen inspelen?
  - Is het wenselijk om hiv-preventie binnen een breder kader van gezondheids promotie uit te voeren?

