



# PROACTIEF HIV-TESTEN EN –COUNSELEN

VOOR SUBSAHARAANS AFRIKAANSE MIGRANTEN IN VLAANDEREN



EEN HANDLEIDING VOOR DE ARTS





# Inhoud

---

Inleiding	4
1. WAAROM proactief hiv-testen en counseling voorstellen aan patiënten van Subsaharaans Afrikaanse afkomst	5
2. WAT houdt proactief hiv-testen en counseling in?	7
2.1. Hiv-test introduceren	9
2.2. Pretest counseling	10
2.3. Hiv-test	11
2.4. Posttest counseling	12
2.4.1. Diagnose hiv-negatief	12
2.4.2. Diagnose hiv-positief	13
3. Communicatietips	15
3.1. Praten over seksualiteit en inschatting seksueel risico	16
3.2. Praten over veilig vrijen	17
3.3. Communicatie tussen partners over hiv en hiv-diagnose	18
3.4. Angst voor hiv	19
3.4.1. Hiv staat gelijk aan de dood	19
3.4.2. Hiv staat gelijk aan stigma, discriminatie en uitsluiting	19
3.4.3. Hiv staat gelijk aan gedwongen terugkeer	19
3.4.4. Hiv staat gelijk aan geen kinderen	20
3.5. Een hiv-test voorstellen aan Afrikaanse migranten is geen discriminatie	20
3.6. Taalbarrières	21
3.7. Communicatiebarrières	21
3.8. Belang van vertrouwelijkheid en beroepsgeheim	22
3.9. Betrouwbaarheid hiv-test benadrukken	22
3.10. Meedelen resultaten	23
3.11. Vragen over financiële aspecten	24
3.12. Veel voorkomende vragen van Afrikaanse patiënten	24
3.12.1. Ik heb geen risico's gelopen, waarom zou ik dan testen?	24
3.12.2. Ik voel mij perfect gezond, waarom zou ik dan testen?	25
3.12.3. Kan ik hiv krijgen door een hand te geven, te kussen, ...?	25
3.13. Gespreksvoorbeelden	26
3.13.1. Hoe een hiv-test voorstellen	26
3.13.2. Inschatting seksueel risico	28
Nuttige adressen en doorverwijsmogelijkheden	31
Referenties en gebruikte documenten	32

## Inleiding

---

**M**IGRANTEN UIT SUBSAHARAANS AFRIKA VORMEN, samen met Mannen die Seks hebben met Mannen (MSM), de groep met de hoogste hiv-prevalentie in België. Om het aantal niet gediagnosticeerde infecties terug te dringen en nieuwe infecties te voorkomen willen wij - het HIV-SAM Project, het Aids Referentie Centrum (ARC) en het Helpcenter van het Instituut voor Tropische Geneeskunde - (huis) artsen aanmoedigen om proactief hiv-testen en counselen voor te stellen aan deze patiëntengroep.

### Deze handleiding bestaat uit:

Deel 1: de epidemiologische-, medische-, preventieve- en culturele indicaties voor deze strategie

Deel 2: een praktisch overzicht van de verschillende aspecten van proactief hiv-testen en counseling

Deel 3: achtergrondinformatie over de meest voorkomende communicatieproblemen en praktische tips

Het derde deel is bedoeld ter uitdieping voor zij die meer culturele achtergrondinformatie wensen. De basiscomponenten van proactief hiv-testen en counseling worden vermeld in deel 1 en 2.



# 1. WAAROM proactief hiv-testen en counselen voorstellen aan patiënten van Subsaharaans Afrikaanse afkomst

---

**P**ROACTIEF HIV-TESTEN EN COUNSELING als preventiestrategie voor Afrikaanse migranten steunt op evidenties uit verschillende wetenschappelijke onderzoeken:

## Epidemiologische aanwijzingen:

- Hoge prevalentie in Afrikaanse gemeenschappen: De algemene hiv-epidemie in Afrika vertaalt zich in een geconcentreerde epidemie in de Afrikaanse gemeenschappen in België. Hoewel Afrikaanse migranten slechts 0,65% van Belgische bevolking uitmaken<sup>1</sup>, vertegenwoordigen zij 33,4% van alle hiv-diagnosen<sup>2</sup>.
- Velen zijn niet gediagnosticeerd: twee op drie van de hiv-geïnfekteerden in deze bevolkingsgroep zijn niet op de hoogte van hun hiv-status<sup>3</sup>. De werkelijke hiv-prevalentie in de SAM-gemeenschappen ligt dus waarschijnlijk veel hoger.

## Medische aanwijzingen:

- Afrikanen testen vaker te laat: één op vijf Afrikanen test te laat<sup>4</sup>. Dit impliceert een laattijdige start van medicatie met de ermee gepaard gaande medische gevolgen<sup>5</sup>. Dit terwijl hiv tegenwoordig een goed behandelbare chronische aandoening is, waarmee men - mits tijdige behandeling - een kwaliteitsvol leven kan leiden. Een late diagnose is één van de belangrijkste factoren van overlijden aan de gevolgen van aids.
- Afrikanen hebben vaak geen duidelijk seksueel risicoprofiel<sup>6</sup>: Afkomstig zijn uit hoogendemische landen vormt de belangrijkste risicofactor voor hiv-infectie bij Afrikaanse migranten. Een lage inschatting van het seksuele risico is bijgevolg niet altijd indicatief voor een laag hiv-risico.

## Aanwijzingen op gebied van preventie:

- Een hiv-test is het begin van preventie: Kennis van de eigen hiv-status en bijbehorende counseling helpt bij positieve uitkomst transmissie naar partners en/of kinderen voorkomen. Bij negatieve uitkomst, helpt counseling mensen risico's te verminderen en hiv-negatief te blijven<sup>7</sup>.

## Socio-culturele aanwijzingen:

- Afrikanen vragen zelf geen test: slechts drie op vijf Afrikanen hebben ooit eerder een hiv-test ondergaan<sup>8</sup>. De meerderheid hiervan was op initiatief van de arts, in het kader van prenataal, preoperatief of algemeen bloedonderzoek. Afrikanen vragen hun arts vaak zelf niet om een hiv-test omdat ze bang zijn voor de resultaten. Ze gaan er van uit dat een hiv-diagnose gelijk staat aan een snelle dood, sociale uitsluiting (vanwege het stigma) en deportatie<sup>9</sup>.
- Afrikanen verkiezen dat de arts de test voorstelt: Hoewel ze het niet willen weten, vinden ze het wel belangrijk om hun hiv-status te kennen, daarom willen ze dat de arts, die in hun cultuur als een autoriteit aanzien wordt, de test voorstelt<sup>10</sup>.

Zie omslag 'HIV/AIDS bij Afrikanen in België. Epidemiologische gegevens', voor een uitgebreidere toelichting

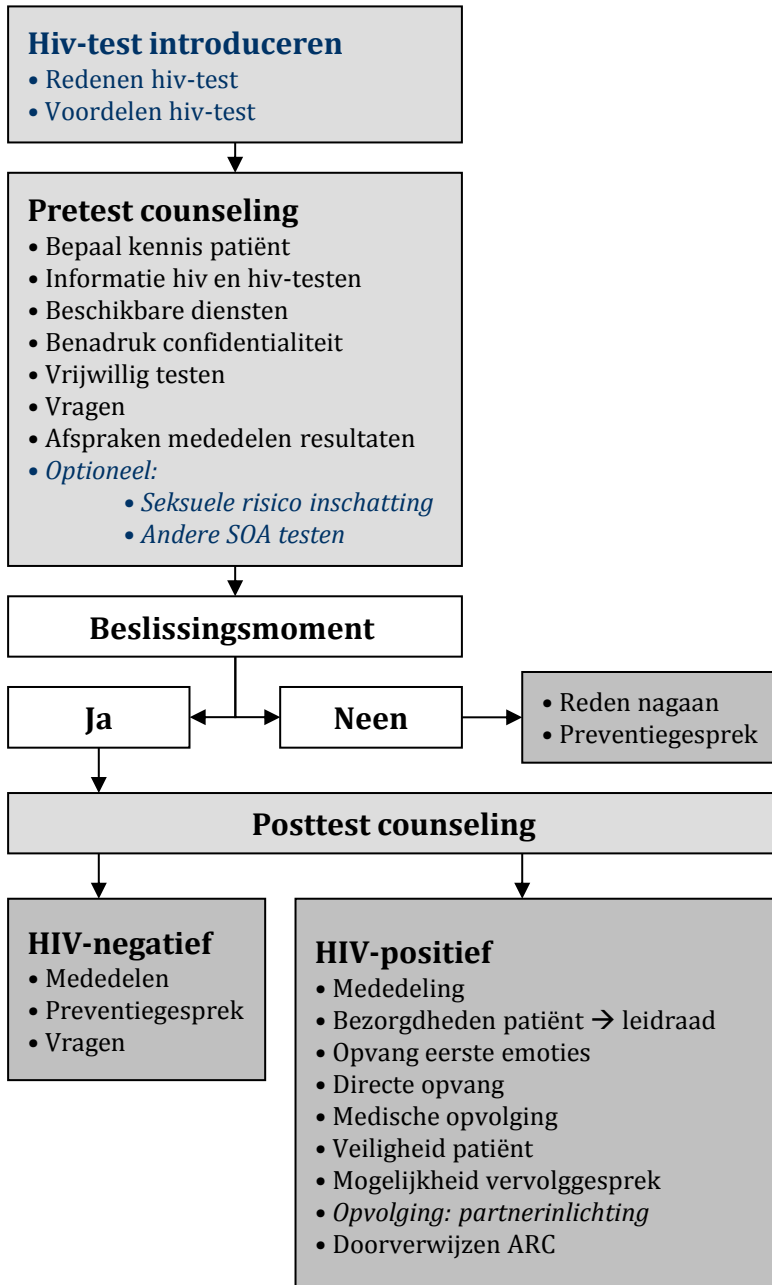


## 2. WAT houdt proactief hiv-testen en counseling in?

---

**M**ET DEZE HANDLEIDING geven we een wetenschappelijk gefundeerde omkadering voor het proactief hiv-testen en counseling van Subsaharaanse Afrikaanse migranten. Dit houdt in dat de arts routinematig een hiv-test voorstelt aan zijn patiënten uit deze doelgroep. Dit naar analogie met andere diagnostische screening-tests voor andere (chronische) ziekten (zoals uitstrijkje, mammografie, enz.) die systematisch worden voorgesteld. Binnen deze strategie, die ook bijdraagt aan een normalisatie van hiv, zal de arts op basis van de individuele anamnese bepalen hoe regelmatig een test zal worden voorgesteld en op welke manier hij/zij dit actief zal opgevolgen (vb. herinneringsbrief, e-mail, sms, enz.) Om zowel op diagnostisch als preventief vlak vooruitgang te boeken, kunnen hiv-testen best samengaan met counseling. In navolging van de WHO wordt zowel pretest als posttest counseling aangeraden. We vermelden hier de basiscomponenten. Meer achtergrondinformatie en communicatietips kan u terugvinden in deel 3 (zie verwijzingen tussen haakjes).







## 2.1. Hiv-test introduceren

---

- **Verwelkoming** (→ zie ook 3. 7. Communicatiebarrières)
- **Neem zelf het initiatief om een hiv-test te introduceren**
- **Redenen waarom hiv-test wordt aangeraden**
  - De hiv-test maakt deel uit van een algemene gezondheidscontrole
  - Hoog aantal niet-gediagnosticeerde infecties
  - Hoge prevalentie in de Afrikaanse gemeenschappen  
(→ zie ook 3.5. Een hiv-test voorstellen aan Afrikaanse migranten is geen discriminatie)
- **Klinische en preventievoordelen van een hiv-test**
  - Een vroege diagnose, initieert een tijdige medische opvolging en bijgevolg een betere medische uitkomst.
  - Een vroegtijdige diagnose stelt de patiënt in staat zijn partner(s) te beschermen en transmissie van moeder op kind te voorkomen.
  - Een hiv-test geeft zekerheid over de hiv-status  
(→ zie ook 3.5. Een hiv-test voorstellen aan Afrikaanse migranten is geen discriminatie)



## 2.2. Pretest counseling

---

**T**IJDENS DE PRETEST COUNSELING wordt aangeraden onderstaande aspecten aan te halen. Natuurlijk is er in een drukke praktijk niet altijd tijd om in detail op alle onderwerpen in te gaan, vandaar dat enkelen zijn aangegeven als optioneel. Een persoonlijke inschatting van de behoeften van de patiënt vormen hierin een leidraad.

- **Bepalen van de kennis van de patiënt over hiv**
  - Basiskennis is niet vanzelfsprekend, ga met open vragen de kennis van de patiënt na (→ zie ook 3.7. Communicatiebarrières)
- **Verstrekken van informatie over hiv en hiv-testen**
  - Inspelen op vragen en angsten (→ zie ook 3.3. Angst voor hiv)
  - Betrouwbaarheid hiv-testen verklaren en benadrukken
  - Vensterperiode
  - Wees zo volledig mogelijk (→ zie ook 3.7. Communicatiebarrières)
- **Beschikbare diensten zowel in geval van een hiv-negatieve als hiv-positieve test**
  - Hiv is een chronische ziekte geworden: ARC-opvolging en beschikbaarheid medicatie (→ zie ook 3.3.a. HIV staat gelijk aan dood)
- **Benadruk dat het resultaat confidencieel is** (→ zie ook 3.10. Belang van vertrouwelijkheid en beroepsgeheim)
- **Benadruk dat het een voorstel is, geen verplichting. De test is vrijwillig.**
- **Geef de mogelijkheid tot vragen**
- **Mondelinge toestemming voor (het uitvoeren van) de test verkrijgen**
  - Als de patiënt een test weigert, is het nuttig om de onderliggende redenen na te gaan. Aangezien preventie één van de doelen is van proactief hiv-testen en counseling, kan men de patiënt alsnog tips geven omtrent veilig vrijen.
- **Maak concrete afspraken over het meedelen van de resultaten**
  - Het meedelen van resultaten via de telefoon of mail wordt afgeraden omdat dit een preventief gesprek uitsluit.
  - Concrete afspraken vermijden dat resultaten niet meegedeeld kunnen worden (→ zie ook 3.10. Meedelen resultaten)

### **Optioneel:**

- **Inschatting seksueel risico**
  - *Afkomstig zijn uit een hoogendemisch land vormt de belangrijkste risicofactor voor een hiv-infectie bij Afrikaanse migranten. Een lage inschatting van het seksueel risico is bijgevolg niet altijd indicatief voor een laag hiv-risico. (→ zie ook 3.1. Praten over seksualiteit en inschatting seksueel risico)*
- **Andere soa-testen voorstellen**

## 2.3. Hiv-test

---

**W**ELKE HIV-TESTEN BESTAAN ER EN WANNEER GEEFT EEN TEST BETROUWBARE INFORMATIE?

### ANTISTOFTEST OF ELISATEST

- Meest gebruikte
- Kan een positief resultaat tonen vanaf twee weken na contact, en is vier weken na contact positief bij 50% van de geïnfecteerde personen. Na zes weken is dit ca. 95% en na drie maanden 99,9%. Een negatief resultaat is dus 99,9% betrouwbaar na drie maanden en moet normaal gezien hierna niet meer herhaald worden op zes maanden (wel in geval van beroepsblootstelling).
- **Antigentest (p24 Ag)**
  - Kan sneller een positief resultaat tonen, al vanaf twee dagen na contact, maar 50% na twee weken. Op vier weken is dit nagenoeg 100%.
- **Gecombineerde Antistof-Antigentest**
  - Tegenwoordig bieden de meeste labo's een gecombineerde Antistof-Antigentest aan. Hierbij kan men dus snel, gemiddeld na twee à vier weken, een positief resultaat aantonen. Om zeker te zijn van een negatief resultaat blijft een herhalingstest op drie maanden toch aangewezen.
- **Sneltest**
  - In sommige testcentra is een sneltest ter beschikking.
  - Dit is ook een antistoftest of een gecombineerde As-Ag test.
  - De vensterperiode is gelijk aan de gewone test via het labo, enkel de procedure en wachttijd verkorten tot ongeveer 30 minuten.
  - Een positieve screeningstest moet altijd bevestigd worden in een ARL (Aids Referentie Labo).
- **Vroege detectie en PEP (Post- Exposure Prophylaxis)**
  - Er is geen minimumtijd alvorens een hiv-test af te nemen, zeker niet in geval van een risicocontact.
  - Een negatief resultaat binnen 72 uur na risicocontact geeft de mogelijkheid om een PEP-behandeling (Post-Exposure Prophylaxis) op te starten. Neem in geval van een recent risicocontact zo snel mogelijk contact op met een ARC.
  - Een positief resultaat kan een seroconversie vroeg detecteren, zodat die snel kan behandeld worden en er snel gecounseld wordt met aandacht voor veilig vrijen. Bij seroconversie is de virale lading vaak erg hoog en is de persoon erg besmettelijk. Hoe sneller iemand zijn positieve status kent, hoe beter nieuwe besmettingen kunnen worden voorkomen.

## 2.4. Posttest counseling

---

**H**IERONDER WORDEN DE ASPECTEN BESPROKEN die aan bod dienen te komen in een post-testcounseling, afhankelijk van de diagnose. Ook hierbij is het belangrijk in de eerste plaats op de behoeften van de patiënt in te spelen.

### 2.4.1. Diagnose hiv-negatief

- **De resultaten meedelen in een persoonlijk gesprek**
  - Resultaten meedelen via telefoon of e-mail worden in geval van hiv afgeraden omdat dit een preventiegesprek over veilig vrijen uitsluit.  
(3.10. Meedelen resultaten)
- **Verduidelijking van het test resultaat**
  - Benadruk de betrouwbaarheid van het testresultaat  
(3.9. Betrouwbaarheid hiv-test benadrukken)
  - Recent risico: uitleg vensterperiode en aanbeveling hertesten
- **Verzeker je ervan dat de patiënt de testresultaten begrepen heeft**  
(3.7. communicatiebarrières)
- **Geef advies aangaande hiv-preventiemethoden**
  - Brede invalshoek: bespreek visie op seks en (huidige) relatie(s)
  - Via open vragen noden bepalen
  - Bepaal samen met de patiënt de beste methode
  - Bespreek, indien nodig, naast condoms ook alternatieve beschermingsmiddelen  
(3.2: Praten over veilig vrijen)
- **Geef ruimte om vragen te stellen**



## 2.4.2. Diagnose hiv-positief

Bij het meedelen van een positieve hiv-diagnose vormen de noden en vragen van de patiënt de leidraad van het gesprek. Deze zijn vaak gekleurd door de angst voor hiv die algemeen in de gemeenschap heerst (zie 3.3. Angst voor hiv) maar zijn daarnaast ook zeer persoonsgebonden. Aangezien het binnen de handleiding onmogelijk is om al deze verschillende reacties in detail te bespreken geven wij hieronder een kort overzicht van de aspecten die zeker aan bod dienen te komen. Afhankelijk van de emoties van de patiënt gebeurt dit in één of meerdere gesprekken. Bij specifieke vragen, mag u steeds een ARC contacteren (zie contactgegevens).

- **Voorzie voldoende tijd voor opvang**
- **Deel het resultaat op een eenvoudige en duidelijke manier mee**
- **Verzeker je ervan dat de patiënt het resultaat begrepen heeft**
- **Neem tijd voor de eerste bezorgdheden van de patiënt**
  - Deze zijn de leidraad voor het gesprek
- **Help de patiënt om te gaan met de emoties die bovenkomen**
  - (vb. schok, angst, depressieve gevoelens, woede en schuldgevoelens)
- **Help de patiënt te bepalen wie in zijn sociaal netwerk onmiddellijke opvang kan bieden**
  - Indien dit binnen het eigen netwerk niet mogelijk is, vanwege vrees voor stigma o.a., kan professionele hulp vanuit de ARC's of Sensoa een alternatief zijn.
- **Verstrek informatie over de bestaande opvolgingsdiensten, ARC's en patiëntengroepen**
  - Bevestig dat er in België voor iedereen medicatie beschikbaar is en men ondanks een hiv-infectie gezond kan blijven.
  - Benadruk het belang van goede medische opvolging
  - Verklaar de gecombineerde opvang door het ARC voor hiv-gerelateerde opvolging en de huisarts voor algemene opvolging
  - Bekijk samen met de patiënt welke de volgende stappen zullen zijn en maak hieromtrent concrete afspraken
  - Help indien nodig, de patiënt bij het maken van een eerste afspraak met het ARC
  - Benadruk de confidentialiteit van alle dienstverleners
- **Bij patiënten die erg depressief reageren, zou moeten nagegaan worden of er een risico op zelfmoord bestaat**
- **Ga ook na of er geen risico op partnergeweld bestaat**
  - Bespreek, indien nodig, de mogelijkheden tot crisisinterventie (voor inlichtingen omtrent HIV-specifieke crisisinterventie kan u steeds bij het ARC terecht)

- **Voorzie de mogelijkheid om terug te komen**
  - Soms is de shock van de diagnose zo groot dat het onmogelijk is de patiënt voldoende te counselen.
  - Geef de patiënt zeker een informatiefolder en de contactgegevens van het ARC mee.
  - Probeer een nieuwe afspraak te maken of vraag of je de patiënt later terug mag contacteren.
  - Indien aangewezen en gewenst, vraag of de patiënt met zijn/haar partner terugkomt.

*Optioneel voor volgende consulten*

- **Partnerwaarschuwing**
    - *Uit vrees voor de gevolgen, staan Afrikaanse patiënten in eerste instantie vaak zeer afkerig tegenover partnerinlichting. Keer op het thema terug*
    - *Vraag waarom de patiënt zijn/haar partner niet wenst in te lichten en neem dit als leidraad*
    - *Laat de partner indien gewenst mee op consultatie komen. Maak hieromtrent goede afspraken.*
- (→ zie ook 3.3. *Communicatie tussen partners over hiv en hiv-diagnose*)



### 3. Communicatietips

---

**A**FRIKA IS GEEN HOMOGENE REGIO. Subsaharaans Afrika bestaat uit 48 landen en honderden etnische groepen. Daarenboven heeft iedere patiënt zijn persoonlijk verhaal door zijn specifiek migratietraject, zijn residentiestatuut, verblijfsduur, socio-culturele status, religie en opleidingsniveau. Als hulpverlener kan je best op deze *diversiteit* inspelen met *empathie, open vragen en begrip* voor het individuele omgaan met gezondheid, ziekte, seksualiteit en hiv. Ter informatie geven wij hieronder een aantal algemeenheden. Deze zijn zeker niet van toepassing op elke patiënt van Subsaharaanse Afrikaanse afkomst. Onderstaande tips zijn dan ook vrijblijvend en afhankelijk van hoe u als arts de individuele noden en behoeften van de patiënt inschat.



### 3.1. Praten over seksualiteit en inschatting seksueel risico

**Achtergrond:** De grote verscheidenheid van de Afrikaanse gemeenschap in België vertaalt zich in een grote diversiteit aan seksuele normen die met elkaar de taboesfeer en de sterke sociale controle gemeen hebben. In tegenstelling tot de Westerse culturen waarbij het individu centraal staat, staat in Afrikaanse culturen de gemeenschap, het collectieve centraal. Een persoon is in eerste plaats lid van een gemeenschap, dit bepaalt wie hij/zij is en hoe hij/zij aanzien wordt. Als iemand de seksuele normen overschrijd (vb. zwanger wordt zonder getrouwd te zijn of homoseksueel gedrag), wordt niet enkel die persoon hierop sociaal afgerekend maar ook zijn familie en bij uitbreiding de gehele gemeenschap. De familie en gemeenschap proberen dit te voorkomen, vandaar de sterke sociale controle op seksualiteit. Natuurlijk evolueren visies en bestaat er een groot verschil tussen wat mag en wat gebeurt - maar de sterke sociale controle is gebleven. Dit vertaalt zich in sociaal wenselijke antwoorden met betrekking tot seksualiteit.

Nog een groter taboe is seks tussen mannen. Hoewel het wel voorkomt in Afrika, is het veel minder geaccepteerd dan in de Westerse cultuur. Bijgevolg zullen Afrikaanse mannen die seks hebben met mannen zichzelf vaak niet als homoseksueel beschouwen en omschrijven. Met hulpverleners hierover praten is daarom niet evident. Dit maakt het de arts vaak moeilijk om risicogedrag vast te stellen. Bovenal omdat er vaak nog meer schaamte is wanneer de patiënt zich bewust is van de gelopen risico's.

**Tip:** Het is belangrijk een *sfeer van vertrouwen* te creëren. Een luchtige toon, *humor* en soms zelfs uitdrukkelijk verwijzen naar het *beroepsgeheim* kunnen hierbij helpen. Gebruik als gesprekstechniek zoveel mogelijk *open vragen* (dus geen vragen die enkel met "ja" of "neen" te beantwoorden zijn) en luister naar het verhaal van de patiënt. Vraag ook om *verduidelijking* waar nodig. Vaak vallen de puzzelstukjes dan alsnog in elkaar. Geef ook aan waarom je precies deze vragen stelt, welke *medische relevantie* erachter schuilt. Vraag vooraf ook steeds de *toestemming* aan de patiënt om persoonlijke vragen over seksualiteit te stellen.



### 3.2. Praten over veilig vrijen

**Achtergrond:** Veilig vrijen of hiv-preventie komt voor velen neer op condoomgebruik, terwijl dit bijzonder veel barrières kent. Zo bestaan er verschillende *vooroordelen* tegenover condooms: het voelt niet goed, het is onnatuurlijk, ze hebben gaatjes, ze bevatten het hiv-virus, etc. Condooms worden ook *geassocieerd met ontrouw* en meerdere partners. Binnen een huwelijk of vaste relatie zijn condooms vaak taboe omdat ze impliceren dat één van beide partners vreemdgaat. Condooms zijn om die reden ook vaak *onbespreekbaar*: condooms voorstellen wordt vaak gezien als een teken van ontrouw. Verder geven Afrikaanse migranten soms aan dat condooms niet altijd beschikbaar zijn wanneer noodzakelijk en dat ze problemen ervaren met het gebruik ervan: ze scheuren, ze zijn te klein, enz..

**Tip:** Veilig vrijen kadert binnen de *brede context* van gezondheid, seksualiteit en relaties. Bijgevolg is het best eerst via *open vragen* meer te weten te komen over de kijk van de patiënt op seks en diens huidige relatie. Dit geeft een achtergrond om *samen met de patiënt* te komen tot de beste methode om het risico op hiv te beperken. Consistent condoomgebruik beperkt het risico het meest maar blijkt ook het moeilijkste te zijn. Ga samen met de patiënt na waarom condoomgebruik zo moeilijk is en zoek een antwoord of bied *alternatieve preventiemethoden* aan indien condoomgebruik te moeilijk blijkt. Bespreek hierbij telkens de beperktheid van de risicoreductie.

- Regelmatig op hiv en soa laten testen
- Partner vragen een test te ondergaan
- Aantal partners beperken
- Culturele praktijken vermijden die schadelijk zijn. Bijvoorbeeld het gebruik van kruidenmengsels om de vagina droog te houden en zo meer seksueel genot te verschaffen door grotere frictie, ook wel 'dry sex' genoemd.
- Niet klaarkomen in de mond bij orale seks (benadruk wel dat niet klaarkomen bij vaginale of anale seks niet veilig is en dat het ook geen ongewenste zwangerschappen voorkomt)
- Geen orale seks tijdens menstruatie
- Vrouwencondoom als alternatief voor het mannencondoom

### 3.3. Communicatie tussen partners over hiv en hiv-diagnose

**Achtergrond:** Omdat seks in de *taboesfeer* ligt, is de communicatie tussen partners hierover vaak minimaal. Het *stigma* dat op hiv rust, maakt spreken over hiv en hiv-preventie binnen een relatie extra moeilijk. Partners vermijden vaak het onderwerp hiv omdat dit als een soort *bekentenis* wordt aanzien: als je erover praat, geef je impliciet toe dat je seksueel promiscue bent, dat je meerdere partners hebt (gehad) of ontrouw bent (geweest). Wanneer één van beide partners een positieve hiv-diagnose krijgt, zal deze om deze redenen vaak zeer *weigerachtig* staan tegenover partnerinlichting. Uit vrees voor de reactie van de partner: boosheid, partner verlaat hem/haar, partner verspreidt roddels in de gemeenschap hier en bij de familie in het land van herkomst en soms zelfs geweld - houden sommige patiënten hun diagnose vaak jaren *geheim* voor hun partner.

Ook vertellen aan de partner dat men zich heeft laten testen en dat de diagnose negatief is, ligt om deze redenen soms moeilijk.

**Tip:** Ontdek aan de hand van open vragen wat de patiënt precies tegenhoudt zijn of haar partner in te lichten, van daaruit kan je verdere stappen ondernemen zoals *informatie* meegeven voor de partner, aanbieden om *samen met de partner op consultatie* te komen (in dit geval is het belangrijk op voorhand hierover duidelijke afspraken te maken). Vaak is de weerstand om de partner in te lichten in eerste instantie bijzonder groot, het is belangrijk hierop op termijn *op terug te komen*. In ieder geval beveelt de Orde van Geneesheren aan dat de arts de patiënt *aanmoedigt* zijn/haar partner in te lichten. De arts heeft in principe beroepsgeheim en mag de partner niet zelf inlichten. Slechts in uitzonderlijke gevallen kan de noodtoestand worden ingeroepen en het beroepsgeheim verbroken worden. Er zijn 7 stappen die doorlopen moeten worden alvorens men tot noodtoestand kan besluiten. Zie Advies Orde van Geneesheren 03/02/2007: Beroepsgeheim en Aids: mededeling aan partner. ([www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/beroepsgeheim-en-aids-mededeling-aan-partner-1](http://www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/beroepsgeheim-en-aids-mededeling-aan-partner-1))

Ook in het geval van een negatieve diagnose kan men communicatie met de partner over testresultaten aanhalen, dit in het licht van veilig vrijen en hiv-preventie.

### 3.4. Angst voor hiv

Hiv is voor vele Afrikanen niet zoals eender welke ziekte, het is een ziekte die veel angst opwekt. Een overzicht:

#### 3.4.1. HIV staat gelijk aan de dood

**Achtergrond:** Voor veel Afrikanen staat hiv gelijk aan de dood. Ze hebben vaak in hun *thuisland* gezien hoe mensen lijden en sterven ten gevolge van aids en zijn bang hetzelfde lot te ondergaan.

**Tip:** Het is belangrijk te vermelden dat dankzij de beschikbaarheid van antiretrovirale medicatie hiv een *chronische ziekte* geworden is waarmee men nog een kwaliteitsvol leven kan leiden.

#### 3.4.2. Hiv staat gelijk aan stigma, discriminatie en uitsluiting

**Achtergrond:** Hiv is sterk gestigmatiseerd vanwege de connotatie met *seksuele promiscuïteit*. "Hiv is iets voor prostituees, hoerenlopers, ontrouwe mannen en losbandige vrouwen". Niemand wil met zulke personen geassocieerd worden, vandaar dat mensen met hiv vaak *verstoten* worden door hun partner, familie, vrienden en de rest van de gemeenschap.

**Tip:** Artsen hebben een unieke positie om het stigma te verminderen. Als een door de Afrikaanse cultuur gerespecteerde autoriteit, zoals een arts, aangeeft dat hij/zij mensen met hiv respecteert en stigma *afkeurt*, weegt dit op de visie van de patiënt.

Wat betreft de vrees voor een positieve diagnose, kan je erop wijzen dat vele patiënten hun status enkel vertellen aan diegenen die ze vertrouwen en die hen zullen steunen. Tegenover anderen houden ze hun status geheim om mogelijk negatieve en stigmatiserende reacties uit de weg te gaan. Ook bestaan er *patiëntengroepen* van mensen die met hiv leven waar mensen elkaar ontmoeten en ondersteunen.

#### 3.4.3. Hiv staat gelijk aan gedwongen terugkeer

**Achtergrond:** Volgens de Belgische wetgeving heeft een hiv-diagnose geen negatief effect op de asielaanvraag. Toch zijn migranten wiens asielprocedure nog hangende is vaak *wantrouwig* tegenover alles wat deze negatief zou kunnen beïnvloeden, zoals een mogelijks positieve hiv-test. Ook al zijn mensen goed geïnformeerd, de bezorgdheid blijft groot.

**Tip:** Benadruk dat een hiv-test *geen negatieve invloed* heeft op een asielprocedure. Seropositiviteit stelt de persoon in kwestie in staat asiel aan te vragen op medische gronden (*art. 9ter*).

### 3.4.4. HIV staat gelijk aan geen kinderen

**Achtergrond:** Kinderen zijn voor Afrikaanse migranten zeer belangrijk. Kinderen bepalen mee je *identiteit en positie in de samenleving*. Niet enkel bij leven maar ook na de dood: de afstamming moet verzekerd worden. Onvruchtbaarheid wordt dan ook als een straf beschouwd, niet enkel voor het individu maar ook voor de familie. Dit gaat gepaard met sterke *familiale druk* om kinderen te krijgen. Als een koppel na enkele jaren nog geen kinderen heeft, is de druk overweldigend. Tegen deze achtergrond tekent zich de vrees af geen kinderen meer te kunnen krijgen indien men seropositief is.

**Tip:** Dankzij een goede medische opvolging en effectieve ART kunnen seropositieve ouders tegenwoordig hun *kinderwens realiseren* zonder transmissie op moeder of kind. Bij een begeleide zwangerschap is in België de kans op een hiv-positief kind bijna nihil. Benadruk wel het belang van *tijdige medische opvolging*, liefst nog voor de conceptie.

### 3.5. Een hiv-test voorstellen aan Afrikaanse migranten is geen discriminatie

**Achtergrond:** Proactief hiv-testen voor Afrikaanse migranten heeft af te rekenen met twee moeilijkheden, namelijk het sterke *stigma* dat op hiv rust en de vrees voor *discriminatie tegenover migranten*. De hoge hiv-prevalentie in de Afrikaanse gemeenschappen ligt soms gevoelig bij Afrikanen omdat het soms verkeerd opgevat wordt als een uiting van racisme. Sommige artsen zijn dan ook terughoudend met het voorstellen van hiv-testen aan Afrikaanse patiënten, omdat ze vrezen van racisme beschuldigd te worden.

**Tip:** Het is belangrijk je voorstel goed te kaderen door de goede redenen voor een hiv-test aan te brengen. Wij raden aan de hiv-test te kaderen binnen een *algemene gezondheidscontrole* en aan te brengen als een maatregel om het hoge aantal *ongediagnosticeerde infecties* terug te dringen. De *hoge prevalentie* in de Afrikaanse gemeenschappen ligt soms gevoelig en kan daarom best in referentie tot de hoge prevalentie in het thuisland worden benoemd.

Benadruk ook de voordelen van een hiv-test voor de patiënt. Je hebt *zekerheid* over je status en het laat *tijdig medische opvolging* toe, wat in een betere medische uitkomst resulteert. Bovendien kan je op deze manier je *verantwoordelijkheid* opnemen tegenover je partner(s). Verantwoordelijkheid wordt hoog gevalideerd.

### 3.6. Taalbarrières

**Achtergrond:** Hoewel de meeste Afrikaanse migranten vloeiend Frans of Engels spreken, is dit vaak *niet hun moedertaal*. Hetzelfde geldt vaak voor de arts. Dit maakt soms complexe medische feiten moeilijk begripbaar of uitlegbaar.

**Tip:** Probeer dus zo veel mogelijk een *eenvoudige en duidelijke taal* te gebruiken. Ook vrij complexe medische feiten kunnen op een eenvoudige manier uitgelegd worden.

### 3.7. Communicatiebarrières

**Achtergrond:** In Afrika wordt een arts aanzien als een *autoriteit*. Tegenover iemand van zulke status behoort men zich op een bepaalde manier te gedragen. Sociale gedragsregels zijn echter cultureel gebonden en dus zeker niet op elke Afrikaanse patiënt van toepassing. Enkele van de meer voorkomende misverstanden zijn de volgende:

- *Geen oogcontact:* dit is een teken van respect voor de arts.
- *Geen vragen stellen:* als men vragen zou stellen aan een arts, stelt men diens autoriteit in vraag door te impliceren dat hij/zij het niet goed heeft uitgelegd. Vragen stellen aan een arts wordt dan ook vaak als ongepast beschouwd.
- *Altijd alles begrijpen:* de patiënt wil niet dom of ongestudeerd overkomen en zal daarom meestal zeggen dat hij/zij de uitleg begrepen heeft, ook al is dit niet zo. Ook wil de patiënt de arts niet in diskrediet brengen door te impliceren dat hij het niet goed zou hebben uitgelegd.
- *Rond de pot draaien:* directheid wordt afgekeurd, zeker wanneer het over gevoelige onderwerpen zoals seksualiteit gaat.

○  
**Tip:** Een goede communicatie start reeds bij de *verwelkoming*. Door vriendelijk, open en rustig te zijn, creëert men van bij het begin een sfeer van vertrouwen die een tendens zet voor de rest van de counseling. Omdat de patiënt vaak zelf geen vragen stelt, is het belangrijk *spontaan zoveel mogelijk informatie* mee te geven. Bij het meedelen van belangrijke informatie is het belangrijk na te gaan of de patiënt deze *begrepen* heeft, door vb. te vragen het in zijn eigen woorden te herhalen. Door hiervoor *alert* te zijn en *open vragen* te stellen, komt men vaak te weten wat de patiënt met omwegen probeert te zeggen. Stel ook veel *bijvragen* waar zaken onduidelijk zijn.

### 3.8. Belang van vertrouwelijkheid en beroepsgeheim

**Achtergrond:** Vanwege het *stigma*, zijn Afrikaanse migranten vaak uiterst bedachtzaam omtrent alles wat met hiv geassocieerd wordt, zoals vb. gezien worden terwijl je komt voor een hiv-test. Je laten testen op hiv betekent immers dat je een risico hebt gelopen en dus promiscue bent. Mensen zijn erop beducht dat zulke *roddels* zich snel kunnen verspreiden in hun kleine gemeenschap. Mensen willen geen risico lopen, aangezien steun van je gemeenschap essentieel is voor je *dagelijks overleven* (ondersteuning in term van onderdak, voedsel, kinderopvang, ...)

**Tip:** Hoewel dit voor de meeste artsen vanzelfsprekend is, is het belangrijk tegenover patiënten van Afrikaanse origine te *benadrukken* dat de test confidentieel is en een arts beroepsgeheim heeft. Benadruk dat je beroepsgeheim hebt en aan niemand het resultaat meedeelt, tenzij met goedkeuring van de persoon zelf. Je kan ook verduidelijken hoe eventuele gegevens geregistreerd worden.

### 3.9. Betrouwbaarheid hiv-test benadrukken

**Achtergrond:** Artsen worden vaak geconfronteerd met ongeloof tegenover de resultaten van een hiv- test, zowel bij een positieve diagnose als bij een negatieve diagnose. Dit ongeloof heeft niet altijd te maken met een gebrek aan kennis maar veeleer met de emoties en de gevoeligheid van hiv (bv. hiv staat gelijk aan de dood, hiv staat gelijk aan stigma). Daarenboven is ontkenning de normale eerste stap in een verwerkingsproces.

**Tip:** Om ongeloof bij een diagnose te vermijden is het belangrijk reeds in de *pretest counseling* de testprocedures en hun betrouwbaarheid toe te lichten. Indien de patiënt bij de diagnosemededeling toch wantrouwig is tegenover de resultaten is het belangrijk na te gaan wat hiervoor de *achterliggende redenen* zijn.

### 3.10. Meedelen resultaten

**Achtergrond:** De WHO omschrijft het doel van proactief hiv-testen en counseling tweevoudig: (1) diagnostisch en (2) preventief. Dit laatste aspect wordt vaak onderbelicht, hoewel een arts in de ideale positie zit om preventieboodschappen te brengen. De arts wordt gerespecteerd om zijn kennis en advies inzake preventiemethoden. Belangrijkste reden waarom preventie onderbelicht blijft is dat resultaten vaak niet besproken worden: sommigen worden bijvoorbeeld via telefoon of mail meegedeeld, anderen helemaal niet (omdat de patiënt geen contact meer opneemt of omdat ze tussen andere uitslagen verloren gaan).

**Tip:** Aangezien preventie zo belangrijk is, raden wij, in lijn met de WHO, aan om de resultaten in een counselinggesprek mee te delen. Een persoonlijk gesprek is de beste manier om veilig vrijen en hiv-preventiemethoden met de patiënt te bespreken. Maak in ieder geval vooraf *concrete afspraken* met de patiënt over hoe en wanneer de resultaten zullen worden meegedeeld. Hier expliciet over zijn, is belangrijk omdat Afrikaanse patiënten ons gezondheidssysteem en zijn opvolging vaak niet goed kennen.



## 3.11. Vragen over financiële aspecten

**Achtergrond:** Migranten die hier recent toegekomen zijn, kennen ons gezondheidssysteem vaak onvoldoende. Dit maakt dat velen, uit vrees voor de kosten, enkel een arts consulteren in geval van hoogdringendheid. Dit maakt dat preventieve geneeskunde, zoals een hiv-test uit de weg wordt gegaan. Ook het vooruitzicht van een hiv-diagnose met onbetaalbare kosten voor medicatie, schrikt mensen af.

**Tip:** De (terug)betaling van medische zorg van migranten met een precair statuut of zonder wettig verblijf is geregeld naargelang hun specifiek statuut. Vanwege de specificiteit en veranderlijkheid kan u hieromtrent best de website van medimmigrant of ondersteuningspunt Medische Zorg van deAcht raadplegen ([www.medimmigrant.be](http://www.medimmigrant.be) en [www.medischezorg.be](http://www.medischezorg.be))

## 3.12. Veel voorkomende vragen van Afrikaanse patiënten

### 3.12.1. Ik heb geen risico's gelopen, waarom zou ik dan testen?

**Achtergrond:** Men stigmatiseert wie seropositief is omwille van vermeend promiscue gedrag. Niemand ziet zichzelf echter zo. Bijgevolg schatten de meesten hun risico op een hiv-infectie laag in. Hiernaast kan men bij Afrikaanse migranten niet eenduidig over risicogedrag spreken. De belangrijkste indicatie is de hoge prevalentie in hun land van herkomst.

**Tip:** Benadruk dat het risico op hiv in eerste instantie bepaald wordt door de prevalentie in hun thuisland. Hiernaast kan men stellen dat men zijn eigen partner vast goed kent maar niet zijn/haar ex-partner en diens partners. De trouw van een huidige partner in vraag stellen, kan tot tegenreacties leiden en is daarom eerder af te raden. Geef ook aan dat je stigmatisering van mensen met hiv afkeurt.



### 3.12.2. Ik voel mij perfect gezond, waarom zou ik dan testen?

**Achtergrond:** Niet iedereen, maar vele Afrikaanse migranten gaan pas naar een arts als ze ernstig ziek zijn. Dit is deels te wijten aan de ervaringen in hun thuisland, waar gezondheidszorg vaak moeilijk toegankelijk is, en deels aan hun status als migrant. Papieren, werk, behuizing, integratie, ... preventieve geneeskunde staat vaak niet op hun prioriteitenlijst. *“Als ik me niet ziek voel, wil ik niet weten dat ik hiv positief ben. Je zou sterven alleen al door je zoveel zorgen te maken”*. Desondanks wordt een goede gezondheid cultureel hoog ingeschat: het is belangrijk zeker te weten dat je gezond bent want fysieke gezondheid wordt gelieerd aan een algeheel welzijn.

**Tip:** Verklaar dat het vijf à tien jaar kan duren voor hiv zich symptomatisch manifesteert maar dat een vroegtijdige diagnose belangrijk is voor medische en transmissieredenen. Ter ondersteuning kan je het culturele belang aanhalen van zeker te zijn dat je gezond bent.

### 3.12.3. Kan ik hiv krijgen door een hand te geven, te kussen, ...?

**Achtergrond:** Hoewel velen goed geïnformeerd zijn, bestaan er toch *twijfels* over de exacte transmissiewijzen van hiv. Mensen zijn niet helemaal zeker dat ze niet geïnfecteerd kunnen raken door een *aanraking* (een hand, een kus, etc.), het *delen van materiaal* (zoals een stoel, een glas, etc.) of in de *nabijheid* te verkeren van iemand met hiv, daarom nemen ze liever het zekere voor het onzekere. Deze onzekerheid over de transmissiewijzen wordt deels verklaard door *complexe transmissiepatronen* (haar man is gestorven aan aids en zij is negatief?), *de link met TBC* (hiv en TBC gaan hand in hand in Afrika en TBC is wel infectieus via de lucht) en het *hiv-gerelateerde stigma* (associatie met seropositieven wordt gemeden).

**Tip:** Velen hebben kennis van de transmissiewijzen van hiv en toch blijven dit soort twijfels bestaan. Daarom is het belangrijk na te gaan wat de *achterliggende redenering* van de twijfels is en hierop een afdoend antwoord te formuleren.

## 3.13. Gespreksvoorbeelden

### 3.13.1. Hoe een hiv-test voorstellen?

*Ik zou u vandaag willen spreken over een onderwerp dat velen aangaat. Het betreft uw gezondheidsstatus met betrekking tot hiv/aids. Er zijn tegenwoordig veel mensen die met hiv besmet zijn en dit niet weten. Dit hoeft bij u niet het geval te zijn, maar het is toch beter om het met zekerheid te weten, vooral omdat er tegenwoordig behandeling mogelijk is....*

*We stellen eigenlijk aan alle onze patiënten voor zich regelmatig te laten testen op hiv. Weten of u al dan niet hiv positief bent, kan vele voordelen hebben: u bent zeker van uw eigen gezondheid, en mocht u hiv positief zijn dan kunt u op tijd behandeling krijgen, voorzorgmaatregelen nemen om uw partner te beschermen...*

*Hoe denkt u hierover? Kent u uw status?*

*Is het goed om dit vandaag te doen? De test is vrijwillig en confidentieel, dit wil zeggen dat we de test enkel doen als u dit zelf wilt en dat u de enige bent die de resultaten zal kennen.*

*Hebt u vragen hierover?*

#### How to introduce an hiv test?

*I would like to take the opportunity to discuss a subject that concerns many. It is about your health status regarding hiv/aids. Nowadays there are many people unknowingly infected with the hiv virus. This is not necessarily the case with you, but wouldn't you rather know for sure, certainly because now treatment is possible...*

*In fact we suggest to all our patients to regularly take a test. To know whether you are hiv positive, has many advantages: you are confident about your own health, in case you test positive you can start treatment on time, and you can take precautions to protect your partner.*

*What are your thoughts about this? Do you know your status?*

*Would it be a good idea to do this today? The test is voluntary and confidential, so we only test you if you want this yourself and you will be the only person to know the result.*

*If you have questions, we can discuss them.*

## Comment intéresser le malade à faire le test ?

*Aujourd'hui, je voudrai vous parler d'un sujet qui concerne beaucoup de gens. Il s'agit de savoir votre état de santé en rapport avec le VIH/SIDA. Nous savons qu'il y a actuellement beaucoup de gens qui sont contaminés par le virus du Sida mais qui ne le savent pas. Ceci n'est peut-être pas votre cas mais il est très important pour chaque personne de connaître son statut surtout que le traitement efficace existe et est disponible.*

*Nous encourageons tous nos patients de faire régulièrement le test VIH parce que savoir que l'on est VIH positif ou négatif comporte beaucoup d'avantages. Vous savez avec certitude l'état de votre santé. Si vous êtes positif vous pouvez avoir le traitement à temps et prendre les mesures nécessaires pour protéger votre partenaire. Et si vous êtes négatif, vous êtes tranquille et vous faites tout pour rester négatif.*

*Qu'est-ce que vous en pensez?*

*Connaissez-vous votre statut ?*

*Voudriez-vous faire le test aujourd'hui ? Le test est volontaire et confidentiel, c'est-à-dire que vous le faites quand vous voulez et que vous serez le seul à connaître vos résultats.*

*Si vous avez des commentaires ou des questions, on peut les discuter.*



### 3.13.2. Inschatting seksueel risico

*Ik zou u enkele vragen willen stellen om te zien welk risico u hebt gelopen. Ik ga u vragen stellen over uw achtergrond, uw eventuele seksuele contacten, en het mogelijke risico dat u hebt gelopen... daarna hebben we enkele minuten de tijd om samen dat risico te bekijken*

*Vindt u dat goed? Hebt u nog vragen?*

- *Kunt u uw gezinssituatie beschrijven? (getrouwd, samenwonend, kinderen met wie u samenwoont, kinderen in uw thuisland...)*
- *Hebt u momenteel een relatie? Hoe zou u die beschrijven? (Vaste relatie/losse relatie; eenmalig seksueel contact...)*
- *Wat kunt u me vertellen over hoe hiv wordt overgedragen?*
- *Zijn er recent nog seksuele contacten geweest die tot een mogelijk risico leiden? (vaginale/anale/orale seks met of zonder condoom/eventueel condoomfalen seks met hiv-positieve persoon...)*
- *Hebt u lichamelijke klachten (algemene/genitale): jeuk, pijn, abnormaal verlies?*
  - o *Sinds wanneer hebt u die klachten?*
  - o *Worden de klachten erger of blijven ze hetzelfde?*
  - o *Heeft u in het verleden ooit zulke klachten gehad?*
  - o *Werden deze behandeld?*
- *Kunt u gemakkelijk met uw partner over seksualiteit praten?*
- *Welke afspraken heeft u met uw partner gemaakt mocht er een 'slippertje' gebeuren (vb. omtrent condoomgebruik)?*
- *Wat maakt het moeilijk voor u om u te beschermen (condooms te gebruiken)?*
- *Denkt u er op dit moment aan om (nog) kinderen te krijgen?*
- *Welke voorbehoedsmiddelen gebruikt u op dit moment? Bent u ermee tevreden? Indien niet, waarom?*



## Assessing your sexual risks

*I would like to ask you some questions to assess possible risks you have taken in your sexual behaviour. They concern your background and sexual contacts you possibly had. After that we have some time to assess the risks together.*

*Would you agree to that? Do you have questions?*

- *Could you describe your family situation? (Married, living together with a partner, living with your children, children in your homecountry?)*
- *Could you explain to me how hiv is being transmitted ?*
- *Have you recently had any sexual contacts which possibly could have been risks? (Vaginal/anal/oral sex with or without condom/possible condom failure/sex with an hiv-positive partner...)*
- *Do you have physical complaints (general/genital) itching, pain, abnormal discharges?*
  - o *Since when?*
  - o *Are these complaints increasing or do they stay the same?*
  - o *Have you ever had these complaints before?*
  - o *Did you get treatments for them?*
- *Do you discuss sexual behaviour with your partner?*
- *Which arrangements have you agreed upon with your partner about use of condoms, should ever a one-night-stand occur?*
- *What do you experience as difficult in protecting yourself (using condoms)?*
- *Do you (still)consider having (more) children?*
- *Which precautions do you take at the moment? Are you satisfied with them? If not, why?*

## Evaluation du risque sexuel

*Je voudrai voir avec vous à l'aide de certaines questions si vous avez pris des risques qui pourraient occasionner l'infection par le VIH. Ces questions portent sur vos antécédents médicaux, vos éventuels partenaires sexuels ainsi que les risques éventuels pris. Nous prendrons quelques minutes pour échanger là-dessus. Est-ce que cela vous convient ? Si vous avez des questions n'hésitez pas à les poser.*

- *Comment décrivez-vous votre situation familiale (marié et vous habitez avec votre partenaire/marié mais votre partenaire est dans votre pays d'origine, cohabitant, vous habitez seul, enfants ...)*
- *Avez-vous une relation actuellement? Comment la décrivez-vous ? (relation stable/relation occasionnelle; contact sexuel unique...)*
- *Pouvez-vous me dire comment le VIH est transmis?*
- *Vous est-il déjà arrivé d'avoir des relations sexuelles que vous soupçonnez être la source probable de contamination du VIH ? (relations sexuelles vaginales/anales/ sexe oral avec ou sans préservatif/préservatif déchiré/, sexe avec une personne vivant avec le VIH avec/sans préservatif, ...)*
- *Avez-vous des signes au niveau de votre organe génital: picotement/envie à gratter, douleur, plaie, pertes génitales anormales?*
  - o *Depuis quand avez-vous ces symptômes?*
  - o *Comment évoluent ces signes (ils s'aggravent/ constants/ diminuent/ certains signes ont disparu?) ?*
  - o *Avez-vous déjà eu ces signes dans le passé?*
  - o *Avez-vous été traité pour ces signes ?*
- *Parlez-vous de sexualité avec votre partenaire ?*
- *Avez-vous dans votre relation déjà discuté ce qu'il faudrait faire au cas où il y aurait une aventure sexuelle ( par ex. utilisation de préservatif) ?*
- *Quelles sont les difficultés qui vous empêchent de vous protéger contre la contamination du VIH ? (utilisation du préservatif)*
- *Désirez-vous en ce moment avoir (encore) des enfants?*
- *Quels types de contraceptifs utilisez-vous pour le moment? Etes-vous satisfait ? Si non, pourquoi?*

## Nuttige adressen en doorverwijsmogelijkheden

---

- **AIDS Referentie Centra Vlaanderen**
  - Instituut voor Tropische geneeskunde, Antwerpen: 03/ 247 64 65
  - Universitair ziekenhuis Gent: 09/ 240 32 90
  - Universitair ziekenhuis Leuven: 016/ 34 47 75
- **Lotgenotencontact**
  - Sensoa: 03/ 238 68 68
  - HIV-SAM Project: specifiek voor patiënten van Subsaharaans Afrikaanse afkomst: 03/247 64 63
- **Seksuologische hulpverlening**
  - Helpcenter-ITG: 03/216 02 88
- **Vragen omtrent medische zorg voor mensen met een precair of zonder een wettig verblijf**
  - De acht- Ondersteuningspunt Medische zorg: [www.medischezorg.be](http://www.medischezorg.be)
  - Medimmigrant: [www.medimmigrant.be](http://www.medimmigrant.be)



## Referenties en gebruikte documenten

---

1. Gegevens FOD Binnenlandse Zaken, Dienst vreemdelingenzaken
  2. Sasse, A, Defraye A, Buziarsist J, Van Beckhoven D, Wanyama S (2008). Epidemiologie van AIDS en HIV-infectie in België. Toestand op 31 december 2007. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
  3. Sadler KE, McGarrigle CA, Elam G, Ssanyu-Sseruma W, Davidson O, Nichols T et al. (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* 83:523-9.
  4. Sasse, e-mail communicatie
  5. Hamers FF, Devaux I, Alix I, and Nardone A (2006) HIV/AIDS in Europe: trends and EU-wide priorities. *Eurosurveillance* 11(47).
  6. Sadler et al. 2007
  7. WHO and UNAIDS (2007). Guidance on Provider Initiated HIV-Testing and Counseling in Health Facilities
  8. Manirankunda L, Alou TA, Kint I, Ronkes C, De reuve E, Struelens R, Lafont Y, Buvé A, Laga M (2001) Evaluation des comportements a risque à la transmission des MST/HIV dans la population immigrante originaire d'Afrique Subsaharienne résidant dans la ville d'Anvers. Anvers : Institut de Médecine Tropicale
  9. Manirankunda L, Loos J, Alou TA, Colebunders R and Nöstlinger Ch (2009) 'It's better not to know'. Perceived barriers to voluntary HIV testing and counseling among Sub-Saharan African migrants in Belgium. *AIDS prevention and education* 6: 582-593
  10. Manirankunda et al. 2009
- AIDS ACTION EUROPE, ARAS, "Guidelines for HIV counseling and testing", Bucharest, October 2008, [www.aidsactioneurope.org](http://www.aidsactioneurope.org)
  - Burns F, Fenton KA, Morison L, Mercer C, Erens B, Field J et al. (2005) Factors associated with HIV testing among black Africans in Britain. *Sexually Transmitted Infections* 81:494-500.
  - Burns FM, Imrie J, Nazroo JY, Johnson AM, Fenton KA (2007) Why the(y) wait? Key informant understandings of factors contributing to late presentation and poor utilization of HIV health and social care services by African migrants in Britain. *Aids Care* 19:102-8.
  - Burns F, Arthur G, Johnson AM, Nazroo J et al. (2009) United Kingdom acquisition of HIV infection in African residents in London: more than previously thought. *AIDS* 23: 262-266
  - EuroHIV (2007) HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-Year report 2006. Saint-Maurice: Institute de veille sanitaire.
  - Family Health International (2004). VCT Toolkit. HIB Voluntary Counseling and Testing: A Reference Guide for Counselors and Trainers.
  - Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office (FHAPCO), "Guidelines for HIV counseling and testing in Ethiopia", July 2007
  - International HIV/AIDS Alliance (2006). Let's talk about HIV Counselling and Testing. Facilitator's Guide.
  - International Planned Parenthood Federation (IPPF), "Self-Assessment checklist: voluntary counseling and testing", [www.hivcode.org](http://www.hivcode.org)
  - Krentz HB, Auld MC, Gill MJ (2004) The high cost of medical care for patients who present late (CD4 < 200 cells/ $\mu$ L) with HIV infection. *Hiv Medicine* 5: 93-8.
  - Manirankunda L, Alou TA, Kint I, Ronkes C, De reuve E, Struelens R, Lafont Y, Buvé A, Laga M (2001) Evaluation des comportements a risque à la transmission des MST/HIV dans la population immigrante originaire d'Afrique Subsaharienne résidant dans la ville d'Anvers. Anvers : Institut de Médecine Tropicale
  - Orde van Geneesheren. "Beroepsgeheim en Aids: mededeling aan partner": Advies 03/02/2007.
  - Palfreeman A., Fisher M., Ong E., "UK National Guidelines for HIV Testing", September 2008, [www.bhiva.org](http://www.bhiva.org).
  - Sensoa (2008). Handleiding seksuele counseling van mensen met hiv.
  - [www.sensoa.be](http://www.sensoa.be)
  - SOA Aids Nederland (2009): Handleiding Counseling volgens motiverende gespreksvoering met het SOA AIDS gespreksmodel.
  - UNAIDS/WHO, "Policy Statement on HIV Testing", June 2004.
  - UNAIDS/WHO/UNICEF, "Epidemiological Factsheet on HIV and AIDS", Belgium, 2008.



## Nota's

---

## Nota's

---



Ontwikkeld door het HIV-SAM Project en Helpcenter-ITG,  
Nationalestraat 155, 2000 Antwerpen,  
Tel. 03/247 64 72,  
hivsam@itg.be - www.hivsam.be  
helpcenter@itg.be - www.helpcenteritg.be



Instituut voor Tropische Geneeskunde



Met het advies van het Wetenschappelijk Instituut voor  
Volksgezondheid en het AIDS Referentie Centrum ITG



Met de steun van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap

