

**Programma  
Aidsbestrijding Allochtonen  
2003-2005**

November 2002

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>4</b>
<b>Leeswijzer</b>	<b>5</b>
<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
<b>DEEL 1</b>	<b>9</b>
<b>Hoofdstuk 1 Hiv en aids onder allochtonen in Nederland</b>	<b>10</b>
Inleiding	10
1.1 Allochtonen in Nederland	10
1.2 Epidemiologische ontwikkelingen	13
1.2.1 Stand van zaken	14
1.2.2 Probleemanalyse	14
1.3 Kennis, houding en gedrag	14
1.3.1 Stand van zaken	14
1.3.2 Probleemanalyse	18
<b>Hoofdstuk 2 Aidsbestrijding onder allochtonen in Nederland</b>	<b>19</b>
Inleiding	19
2.1 Beleid en organisatiestructuur	19
2.1.1 Stand van zaken	19
2.1.2 Probleemanalyse	22
2.2 Uitvoering	22
2.2.1 Stand van zaken	22
2.2.2 Probleemanalyse	23
2.3 Onderzoek	24
2.3.1 Stand van zaken	24
2.3.2 Probleemanalyse	24
<b>DEEL 2</b>	<b>25</b>
<b>Hoofdstuk 3 Toekomstvisie</b>	<b>26</b>
Inleiding	26
3.1 Doelstellingen	26
3.2 Doelgroepen	27
3.3 Prioriteiten aidsbestrijding allochtonen 2003-2005	29

<b>Hoofdstuk 4 Programma 2003 – 2005</b>	<b>34</b>
Inleiding	34
4.1 Rol en taken landelijke coördinatie	34
4.2 Werkplan 2003 Landelijk coördinatiepunt	35
4.3 Nog niet gefinancierde activiteiten	37
4.4 Schematisch overzicht overige lopende/geplande activiteiten	38
<b>Bijlagen</b>	<b>43</b>
Bijlage 1 Afkortingen	44
Bijlage 2 Literatuur	45
Bijlage 3 Lijst van OAM deelnemers	47
Bijlage 4 Overzicht respondenten inventarisatie	48
Bijlage 5 Begripsdefinities	49

# Voorwoord

Voor u ligt het Programma aidsbestrijding allochtonen 2003 – 2005. Het beschrijft de toekomstvisie op de aids-problematiek en het bestrijden van hiv/aids onder allochtonen in Nederland, op basis van de jarenlange ervaring en betrokkenheid van een groot aantal individuen en organisaties.

Waarom een programma?

Er is gekozen voor een programmatische werkwijze vanwege diverse redenen, die door het Aids Fonds in een eerder stadium als volgt verwoord zijn:

- behoefte aan een langere termijn beleidsvisie
- het belang van het bieden van een kader en stellen van prioriteiten
- een meerjarig programma biedt ook de flexibiliteit voor tussentijdse aanpassing.

Het uiteindelijke doel van deze programmatische werkwijze is uiteraard om de kwaliteit, doelmatigheid en implementatie van de aidsbestrijding onder allochtonen te verbeteren.

Dit programma is tot stand gekomen in zeer nauwe samenwerking met en consultatie van het Overleg Aids-voorlichting Migranten (OAM, zie bijlage 3) en in het bijzonder de Stichting Aids Fonds. Gedurende een periode van vijf maanden is intensief samen gewerkt aan de totstandkoming van het programma. De actieve betrokkenheid van de OAM-leden garandeert een breed draagvlak voor het programma en zorgt voor een aansluiting bij praktijk van de complexe aids-problematiek onder allochtonen. Het NIGZ heeft de programmaontwikkeling gecoördineerd en daarvoor een aantal taken extern uitbesteed aan MCA Communicatie.

Dit programma dient als (flexibel) kader en leidraad voor een ieder die betrokken is bij de aidsbestrijding aan allochtonen; preventiewerkers, beleidsmakers, zelforganisaties, financiers, zorgverzekeraars en niet in de laatste plaats allochtonen met hiv/aids en hun omgeving.

Een onderdeel van het programma is continue monitoring van de uitvoering ervan. Dit kan leiden tot tussentijdse bijstelling en aanvulling, op basis van actuele ontwikkelingen en onderzoek.

Het is voor het eerst dat er een integraal programma aidsbestrijding allochtonen is ontwikkeld, dat zowel de preventie als ook de zorg en belangenbehartiging beslaat. Uiteraard hopen we dat dit programma in de praktijk een goed werkbaar kader zal blijken. Uw reacties stellen wij op prijs.

Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie  
Gefinancierd door het Aids Fonds en met medewerking van het Overleg Aids-voorlichting Migranten

November 2002

# Leeswijzer

Dit programma bestaat uit twee delen. In deel 1 wordt de achtergrond van de problematiek beschreven en geanalyseerd (hoofdstuk 1 en 2).

In deel 2 wordt de toekomstvisie op de aidsbestrijding onder allochtonen in Nederland geschetst en uitgewerkt in een planning voor de komende jaren (hoofdstuk 3 en 4).

Het programma begint met een inleiding, waarin eerst stil wordt gestaan bij de historische context. De ontwikkelingen in de structuur en vervolgens de inhoudelijke ontwikkelingen in de aidsbestrijding worden geschetst. Tenslotte wordt de doelgroepkeuze zoals die voortvloeit uit voorgaande ontwikkelingen in het kort beschreven.

Deel 1 is als volgt opgebouwd.

In hoofdstuk 1 worden de achtergronden rondom aids en allochtonen in Nederland beschreven. Per thema wordt eerst de stand van zaken geschetst, waarna vervolgens een probleemanalyse gegeven wordt. De resultaten hiervan dienen als basis voor de toekomstvisie en de activiteitenplanning.

Er wordt begonnen met een beschrijving van enkele demografische kenmerken van allochtonen in Nederland, de aantallen en groepen (1.1). Vervolgens wordt van de onderwerpen epidemiologie (1.2) en kennis, houding en gedrag (1.3) telkens de stand van zaken en probleemanalyse beschreven. Hier wordt een samenvatting gepresenteerd van de inventarisatie die het Aids Fonds parallel aan de programmaontwikkeling heeft laten uitvoeren.

In hoofdstuk 2 worden een drietal thema's rondom aidsbestrijding in de praktijk beschreven. Allereerst worden de stand van zaken en probleemanalyse van het beleid beschreven, waarbij ingegaan wordt op de structuur, taakverdeling en financiering (2.1). Vervolgens wordt de uitvoeringspraktijk met de verschillende methodieken besproken (2.2) en tenslotte wordt ingegaan op het onderzoek in de aidsbestrijding onder allochtonen (2.3).

In deel 2 komen de volgende zaken aan de orde.

In hoofdstuk 3 komt de toekomstvisie van het programma aan de orde. Er wordt ingegaan op doelstellingen (3.1) en doelgroepen (3.2) voor de komende jaren. Uitgangspunten en prioriteiten worden beschreven in 3.3. Aangegeven wordt welke accenten nodig zijn binnen preventie, zorg en belangenbehartiging en de relatie hiertussen. In hoofdstuk 4 zal tenslotte het programma 2003-2005 uiteengezet worden, waarin de planning en inhoud van de verschillende activiteiten wordt omschreven.

# Inleiding

Om te komen tot een beschrijving van de actuele stand van zaken van de aidsbestrijding onder allochtonen, wordt in deze inleiding eerst stil gestaan bij de historische context. De ontwikkelingen in de structuur en vervolgens de inhoudelijke ontwikkelingen in de aidsbestrijding onder allochtonen in Nederland worden geschetst. Tenslotte wordt de doelgroepkeuze zoals die voortvloeit uit voorgaande ontwikkelingen gepresenteerd.

## Ontwikkelingen in de structuur

In 1988 heeft de toenmalige Nationale Commissie Aids Bestrijding (NCAB) een coördinatieproject voor aids-bestrijding onder allochtonen in het leven geroepen. De aids-voorlichting en preventie richting algemeen publiek is in Nederland gestart in 1985, daarmee was er een achterstand richting allochtone doelgroepen van enkele jaren.

De belangrijkste insteek van het coördinatieproject is geweest dat iedereen recht had op informatie over hiv/aids en dat hiervoor richting allochtonen extra, specifieke inspanningen verricht moesten worden. Taal- en cultuurverschillen en een ander mediagebruik lagen hieraan ten grondslag.

Dit project heeft zich dan ook met name op voorlichting en preventie gericht. Het Overleg Aids-voorlichting Migranten (OAM) is geïnitieerd en een eerste landelijk werkplan aids-voorlichting migranten is in 1989 in uitvoering genomen.

Vanaf 1993 is ook specifieke aandacht in de zorg voor allochtonen met hiv/aids opgenomen en zijn de jaarplannen uitgebreid met de doelgroepen vluchtelingen en asielzoekers.

Ter ondersteuning van het coördinatieproject en voor de uitvoering van een aantal onderdelen, is in 1988 het ontwikkelingsproject aids-voorlichting migranten bij de GGD Rotterdam e.o. onder gebracht. Centrale taken zijn de coördinatie van de Voorlichting Eigen Taal en Cultuur (VETC) en de ontwikkeling van voorlichtingsmaterialen. Evenals bij het coördinatieproject heeft de nadruk in eerste instantie gelegen op activiteiten gericht op de vier grootste groepen allochtonen: Marokkanen, Turken, Surinamers en Antillianen/Arubanen. Daar zijn in de loop van de tijd vele doelgroepen aan toegevoegd (Kaapverdianen, Zuid Amerikanen, vluchtelingen en asielzoekers).

Deze landelijke projecten zijn in 1996 beide, als gevolg van reorganisaties, onder gebracht bij het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ). De actuele taken van deze projecten worden beschreven in paragraaf 4.1.

Daarnaast zijn er een aantal landelijke migrantenorganisaties en projecten ontstaan die onderdelen gericht op specifieke doelgroepen hebben uitgevoerd. Bijvoorbeeld PASAA (Project Aids-voorlichting en counseling voor Surinamers, Antillianen, Arubanen) en de stichting Tjandu voor Molukkers.

Naast deze landelijke projecten zijn er ook vanaf 1988 reeds lokale initiatieven geweest. Met name de GGD-en van de vier grote steden hebben een actieve rol gespeeld. Ook hier de nadruk op voorlichtings- en preventie activiteiten.

Het Aids Fonds heeft vanaf het begin een belangrijke rol gespeeld in het financieren van innovatie en ontwikkeling.

Zelforganisaties van allochtonen in de aidsbestrijding (bijvoorbeeld Afapac) zijn met name toegenomen in de jaren negentig. Zij zijn veelal ontstaan in een bepaalde regio, maar hebben vaak al snel landelijke uitstraling gekregen. Kenmerkend is dat zij juist ook ontstaan zijn om de hiaten in begeleiding van en zorg voor mensen met hiv/aids te vullen. Naast de preventieve activiteiten die ze uitvoeren, ligt er ook een duidelijke taak in de zorg- en hulpverlening.

#### *Positie in Europees verband*

Alhoewel specifieke initiatieven gericht op allochtonen pas jaren nadat de eerste aids-campagnes voor het algemeen (Nederlandse) publiek uitgevoerd zijn, op gang zijn gekomen, heeft Nederland in Europa een voortrekkersrol gespeeld. Reeds vanaf 1989 is er uitwisseling van ervaringen en is er nauwe samenwerking met organisaties in Europa, met name binnen EU-verband. Met de oprichting van het European Project Aids & Mobility (A&M) in 1990, speelt Nederland sindsdien een coördinerende rol.

#### **Inhoudelijke ontwikkelingen**

##### *Strategie: van primaire preventie naar integrale aanpak*

Bij de start van activiteiten in het kader van aidsbestrijding onder allochtonen, is het vooral een kwestie geweest van 'leren door ervaring'. Alhoewel er in Nederland in die periode reeds geruime tijd gewerkt werd aan gezondheidsvoorlichting gericht op allochtonen, beperkten deze activiteiten zich met name tot Turken en Marokkanen, met daarbinnen een accent op vrouwen. Als gevolg was de inhoud vooral gericht op thema's gerelateerd aan moeder- en kindzorg.

Vanuit de NCAB is sinds 1988 een kader aangegeven voor de aidsbestrijding onder allochtonen waarbij het accent lange tijd gelegen heeft op de primaire preventie van hiv. Met de komst van zelforganisaties, in de tweede helft van de jaren negentig, is de aandacht voor ondersteuning van allochtonen die leven met hiv/aids alsook de integrale benadering van de aidsproblematiek onder allochtonen meer en meer een feit geworden.

Lag de nadruk in eerste instantie op het verhogen van de kennis omtrent hiv en aids en verandering van attitude, inmiddels ligt de nadruk sterker op het bereiken van concrete gedragsverandering. Er bestaan echter ook nog steeds misverstanden over de verspreiding van hiv en daarmee blijft ook het verbeteren van de basiskennis een terugkerend element. Ook is in de loop van de tijd duidelijk geworden dat de aidsproblematiek onder allochtonen moet worden ingekaderd in een bredere context van hun sociaal-economische positie en seksuele socialisatie.

Basismiddelen in de strategie waren en zijn veelal: de training en inzet van Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (mannen en vrouwen), aidsinfolijnen, materiaalontwikkeling voor verschillende doelgroepen in een groot aantal taalversies en (incidenteel) inzet van de specifieke massamedia voor allochtonen. Ook binnen andere onderdelen van de toenmalige voorlichtings- en preventiestrategie, bijvoorbeeld gericht op het prostitutiecircuits of jongeren, werd en wordt geprobeerd om zoveel mogelijk multiculturele middelen en methodieken in te zetten.

### *Doelgroepen: van algemeen naar specifiek*

Oorspronkelijk zijn de activiteiten gericht op de vier grootste groepen allochtonen in Nederland: Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen/Arubanen. Het ging in eerste instantie om algemeen publiek, met het accent op volwassenen (21+).

In de loop van de tijd zijn deze algemene publieksgroepen verder uitgebreid, bijvoorbeeld met Chinezen en Molukkers. Tegelijkertijd vond in de aidsbestrijding onder allochtonen een steeds verdergaande segmentering van subgroepen binnen deze groepen plaats. Zo werden onder andere projecten uitgevoerd gericht op Surinaamse druggebruikers en activiteiten gericht op Turkse en Marokkaanse bezoekers van de soa-poli's, om een paar voorbeelden te noemen. Naast het recht op informatie, lag hieraan een zekere mate van (verondersteld) risicogedrag ten grondslag, alsmede de wetenschap maatwerk te moeten verrichten om succesvol te zijn.

Ook vluchtelingen en asielzoekers kregen vanaf het begin van de jaren negentig een plek binnen de aidsbestrijding allochtonen. Hun specifieke, kwetsbare positie en migratie-achtergrond en, voor een deel van hen, de herkomst uit een hiv-endemisch gebied speelden hierbij een belangrijke rol.

Inmiddels krijgen groepen afkomstig uit hiv-endemische gebieden steeds meer aandacht. Met name gaat het dan om mensen afkomstig uit sub-Sahara Afrika, het Caraïbisch gebied en Azië.

### **Doelgroepindeling**

Het begrip allochtonen is een ruim en niet eenduidig te omschrijven begrip. Voor dit programma wordt de indeling van algemene en specifieke doelgroepen gehanteerd. Eerst worden de doelgroepen in algemene zin gedefinieerd. Vervolgens wordt een zo compleet mogelijke opsomming gegeven van (potentiële) subdoelgroepen van dit programma. Algemene (publieks)doelgroepen zijn brede doelgroepen die bestaan uit personen die een algemeen hoofdkenmerk delen. Specifieke doelgroepen zijn doelgroepen die bestaan uit personen die een of meerdere gelijke, specifieke kenmerken vertonen. Dit programma richt zich niet op allochtonen van westerse afkomst (afkomstig uit de EU-landen). Deze groep valt vanwege de relatief kleine verschillen op het gebied van cultuur, communicatie en sociaal-economische status qua benadering onder de groep autochtonen. In hoofdstuk 3 wordt de indeling van doelgroepen weergegeven.

## *Deel 1*

# Hoofdstuk 1 Hiv en aids onder allochtonen in Nederland

## Inleiding

In dit eerste hoofdstuk worden de uitgangssituatie en probleemanalyse geschetst van hiv en aids onder allochtonen in Nederland. Het dient als basis voor de toekomstige planning en strategie. Achtereenvolgens komen aan de orde: allochtonen in Nederland (1.1), belangrijke epidemiologische ontwikkelingen (1.2) en kennis, houding en gedrag (1.3). De gegevens zijn gebaseerd op de "*Inventarisatie aidsbestrijding onder allochtonen*" die gelijktijdig met het programma is uitgevoerd in opdracht van het Aids Fonds. Raadpleeg voor meer details deze inventarisatie (zie literatuurlijst, bijlage 2).

## 1.1 Allochtonen in Nederland

### Aantallen

In 2002 is het aantal allochtonen in Nederland bijna 3 miljoen. Dit aantal is ten opzichte van 1995 met 21% gestegen. De autochtone bevolking bleef in deze periode vrijwel stabiel. Wordt alleen gekeken naar het aantal niet-westerse allochtonen in Nederland dan is dat tussen 1995 en 2002 met ruim 38% gestegen, van 1,1 miljoen naar bijna 1,6 miljoen in 2002. In tabel 1 staan de aantallen van de bevolking naar herkomstgroepering, op 1 januari 1995 en 2001/2002.

**Tabel 1 Aantallen van de bevolking naar herkomstgroepering in 1995 en 2001\* of 2002 (aantallen x 1000; index 1995=100)**

	1995	2001/2002	Index
<b>Autochtonen</b>	12976	13140	101
<b>Allochtonen totaal</b>	2448	2965	121
<b>Allochtonen, niet-westerse landen:</b>	1129	1558	138
Afghanistan	3	26*	867
Ghana	12	16*	133
Irak	8	38*	475
Iran	14	25*	179
Marokko	219	284	129
Nederlandse Antillen en Aruba	86	117*	126
Somalië	17	30*	176
Suriname	276	315	114
Turkije	264	331	125
<b>Allochtonen westerse landen:</b>	1317	1407	107
14 EU landen	733	744*	102
Indonesië	413	404*	98
Voormalig Joegoslavië	49	69*	141
<b>Totaal bevolking Nederland</b>	15424	16105	104

(Bron: CBS, Bevolkingsstatistieken 2001/2002)

In bovenstaande tabel zijn de verschillende groepen opgenomen, echter het aantal Chinese inwoners is moeilijk te meten. Het CBS hanteert criteria als geboorteland (vader/moeder) en

nationaliteit. Aangezien Chinezen uit diverse landen komen, is het lastig om een exact aantal vast te stellen. Het CBS raamt het totaal aantal Chinezen rond de 60.000, waarvan er ongeveer 40.000 uit China (inclusief Hong Kong) komen. De rest komt uit landen als Indonesië, Suriname, Maleisië en Singapore.

De relatief sterke groei van het aantal allochtonen wordt veroorzaakt door een combinatie van factoren: het immigratieoverschot en de relatief jonge samenstelling van de allochtone bevolking. Hierdoor is het sterftecijfer ten opzichte van de autochtone bevolking relatief laag en het geboortecijfer, mede beïnvloed door het gemiddeld hogere aantal kinderen per vrouw, relatief hoog.

Nederland kent tussen de 50.000 en 60.000 immigranten van niet-westerse afkomst per jaar. Deze worden gevormd door de komst van vluchtelingen en asielzoekers, door gezinsvorming en gezinshereniging en 'nieuwe' migranten. De komst van illegalen, werkzoekenden/studenten uit EU-landen e.d. wordt buiten beschouwing gelaten. Het aantal emigranten van niet-westerse afkomst ligt, vrij constant, rond de 18.000 per jaar (CBS, 2001).

#### *Geografische spreiding*

Van alle allochtonen in Nederland woont ruim tweederde in het westen van het land, waarvan 70 procent in Amsterdam, Den Haag of Rijnmond. Hier bestaat de meeste kans op werk, zijn de mogelijkheden het grootst om een goedkope woning te betrekken en bevinden zich de meeste sociale en culturele instellingen voor allochtonen. Bovendien oefent een grote gemeenschap met dezelfde taal en cultuur in een regio extra aantrekkingskracht uit op nieuwe immigranten. Vaak maken zij gebruik van bestaande (familie-) netwerken in deze gemeenschappen als opstapje om hun plaats in Nederland te vinden.

Naast een concentratie in de drie grote steden en andere stedelijke gebieden, wonen allochtonen binnen gemeenten meestal in vooroorlogse arbeiderswijken en in toenemende mate in naoorlogse nieuwbouwwijken. Veelal gaat het om buurten met een hoog aandeel huurwoningen waar sprake is van een achterstandssituatie.

#### *Turken, Marokkanen, Surinamers, Antillianen (TMSA)*

TMSA zijn voornamelijk geconcentreerd in de Randstad (Noord- en Zuid-Holland). Daarnaast zijn er lokale concentraties van bepaalde groeperingen.

Zo blijkt bijna tweederde van de bevolkingsgroep afkomstig uit Suriname, te wonen in Amsterdam, Den Haag en Rijnmond. Surinamers zijn oververtegenwoordigd in Amsterdam (bijna 70.000), het gaat dan overwegend over Creolen. In Den Haag wonen relatief veel Hindoestanen. Antillianen zijn vooral in Rotterdam te vinden. Van de Turken woont nog geen 40 procent in Amsterdam, Rotterdam of Den Haag. Opvallend veel Turken wonen in Overijssel. De verklaring hiervoor is dat in de jaren '60 veel Turken werk vonden in de textielindustrie, onder andere in Enschede en Almelo. Marokkanen wonen voornamelijk in de grotere steden in het westen van het land. Zo wonen er relatief veel Marokkanen in Utrecht en Gouda. Relatief weinig Marokkanen zochten het zuiden, oosten en noorden van het land op.

#### *Vluchtelingen, asielzoekers, alleenstaande minderjarige asielzoekers (AMA's)*

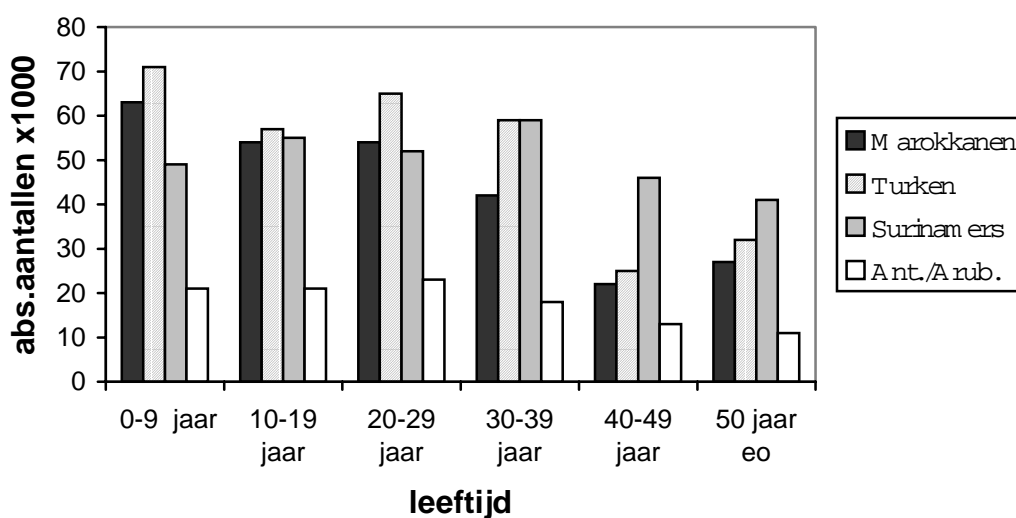
De geografische spreiding van vluchtelingen, asielzoekers en AMA's wordt vooral bepaald door de ligging van de asielzoekercentra en opvanghuizen voor AMA's in Nederland.

Asielzoekerscentra liggen verspreid over heel Nederland, met name buiten de Randstad. In het noorden, oosten en zuiden van Nederland zijn de meeste centra te vinden en hier wonen dan ook de meeste asielzoekers en vluchtelingen. Voor de groep AMA's geldt dat ze vooral rondom Utrecht, Apeldoorn, Groningen en Limburg wonen in de opvanghuizen voor deze groep.

#### *Leeftijdsopbouw en sekse*

In deze paragraaf worden gegevens gepresenteerd met betrekking tot de leeftijd en sekse van de diverse allochtone groepen. In figuur 2.1 staan de absolute aantallen per leeftijdscategorie van TMSA in Nederland weergegeven.

Figuur 2.1 TMSA naar leeftijd op 1 januari 2000 (absolute totalen per leeftijdscategorie x1000)



(Bron: CBS, 2000)

Uit bovenstaande figuur blijkt dat Turken en Marokkanen relatief veel kinderen en weinig ouderen kennen. Dit heeft te maken met de migratiegeschiedenis. Een van de mogelijke verklaringen voor het gegeven dat er weinig ouderen zijn, is dat niet alle arbeidsmigranten van het eerste uur hun echtgenotes hebben laten overkomen. Bovendien is een groep oudere Turken en Marokkanen weer teruggekeerd naar hun vaderland en is een deel reeds overleden.

De leeftijdsopbouw van de Surinaamse en Antilliaanse populaties in Nederland vertonen meer overeenkomsten met die van de totale bevolking. De categorie 50 jaar en ouder is niet zo sterk ondervertegenwoordigd als bij de andere minderheidsgroepen. Bij de Surinamers valt daarnaast het groot aantal 30- tot 39-jarigen op. Dit blijkt met name bij de vrouwen het geval.

De spreiding over de leeftijdsgroepen is bij de Chinese groep zeer gelijkmatig. In Nederland zijn op het moment weinig oudere Ghanезen en Irakezen. Naar sekse is bij Chinezen sprake van een gelijke verdeling over mannen en vrouwen. Bij de Irakezen zijn er over het algemeen meer mannen dan vrouwen. Dit geldt ook voor Ghanезen vanaf ongeveer 30 jaar. Bij jongere Ghanезen, in de categorie 20-29 jaar, zijn er beduidend meer vrouwen dan mannen.

### *Prognoses*

De komende jaren zal het aantal niet-westerse allochtonen in de Nederlandse samenleving fors toenemen. Het CBS berekent dat het aantal allochtonen halverwege deze eeuw 3,9 miljoen zal bedragen, meer dan twintig procent van de hele bevolking. Nu is dit ongeveer twaalf procent. In de grote steden is dit nu al zo'n veertig procent.

De CBS-prognose van het aantal niet-westerse allochtonen laat zien dat in 2015 hun aantal al met bijna één miljoen personen is toegenomen; een stijging met 56% ten opzichte van 2002.

Wat betreft westerse allochtonen is de verwachting dat vanwege de uitbreiding van de EU met name de groep Oost-Europeanen die naar Nederland komt eveneens zal toenemen.

## **1.2 Epidemiologische ontwikkelingen**

### 1.2.1 Stand van zaken

Was de oorspronkelijke reden voor specifieke initiatieven gericht op allochtonen vooral een kwestie van 'recht op informatie', al snel bleken relatief veel allochtonen getroffen door hiv en aids.

Met name in de Verenigde Staten is deze ontwikkeling al vroeg gedocumenteerd, maar ook in enkele Europese landen en Nederland is dit inmiddels uit de cijfers gebleken. In Nederland had in 1993, 21% van de mensen met aids een andere dan de Nederlandse nationaliteit (Werkplan aids-voorlichting migranten, vluchtelingen, asielzoekers, NCAB, december 1993).

Ondanks het feit dat er geen systematische registratie van soa, hiv en aids naar etniciteit plaatsvindt en nationaliteit slechts een minimum aantal impliceert (Surinamers bijvoorbeeld hebben de Nederlandse nationaliteit), is duidelijk dat de verspreiding van soa en hiv specifieke allochtone doelgroepen relatief zwaar treft. Het verloop van de verspreiding van hiv is ook anders dan in niet-allochtone groepen. Er zijn relatief veel infecties (zowel soa als hiv) onder heteroseksuelen en als gevolg komt hiv onder kinderen meer voor.

Hoewel er geen cijfers zijn wat betreft soa en hiv-infecties onder vluchtelingen en asielzoekers, zijn er wel indicaties over deze groepen, gebaseerd op signalen vanuit de hulpverlening. Voor meer informatie wordt verwezen naar de inventarisatie Aidsbestrijding Allochtonen (zie bijlage 2).

### *Soa*

Het totaal aantal soa is in 2001 met 21% gestegen ten opzichte van 2000. De toename in stijging van vastgestelde soa onder heteroseksuelen is groter dan die onder homoseksuelen. In de groep heteroseksuelen met een soa bevinden zich relatief veel allochtonen. Zo komt chlamydia het meest voor in de Surinaamse en Antilliaanse populatie, en gonorrhoe vooral onder de jongere Surinamers en Antillianen (15-25 jaar). Van alle vrouwen met syfilis was bijna de helft afkomstig uit sub-Sahara Afrika en Oost-Europa. Hepatitis-B komt zeer veelvuldig voor bij allochtonen uit de zuidelijke gebieden als de sub-Sahara en Azië (registratie van soa en hiv consulten bij GGD en soa-poliklinieken Jaarverslag 2001, RIVM, 2002).

### *Hiv*

Het aantal nieuwe geregistreerde infecties met hiv is in 2001 (ten opzichte van 2000) met 9% gestegen tot 61 gevallen; 45 mannen en 16 vrouwen. Naast een toename van hiv-

infecties onder homoseksuelen, is er ook een sterke stijging van hiv-infecties onder heteroseksuelen. In deze groep bevinden zich relatief veel personen uit hiv-endemische gebieden, zowel mannen, vrouwen, kinderen en baby's. Van het totaal aantal vrouwen met een hiv-infectie is meer dan eenderde afkomstig uit sub-Sahara Afrika. Tussen 1995 en 2000 steeg het percentage niet-westerse hiv-geïnfekteerden in het Amsterdams Medisch Centrum van 20% naar 40%. Eenzelfde stijging is ook in het Rotterdam Dijkzigt Ziekenhuis waargenomen.

### *Aids*

Het aantal westerse en niet-westerse allochtonen met een aidsdiagnose is in de afgelopen jaren sterk toegenomen. In 1982 is het percentage allochtonen met een aidsdiagnose 9%, in 1990 is dit reeds 20% en in 2000 is dit percentage verdubbeld naar 40% (RIVM, ongepubliceerde data).

#### 1.2.2 Probleemanalyse

Bovenstaande epidemiologische gegevens laten een belangrijke tendens zien: een stijging van soa, hiv en aids onder heteroseksuele groepen. Hier maken relatief veel allochtonen uit hiv-endemische gebieden deel van uit. Deze tendens kan wijzen op een toename c.q. een hoog niveau van onveilig seksueel gedrag onder deze groepen. Dit kan leiden tot een verdere verspreiding van soa in de bevolking. Bovendien kunnen soa de overdracht van hiv vergemakkelijken.

Een andere tendens is dat er onder kinderen met hiv sprake is van een oververtegenwoordiging van allochtonen. Deze oververtegenwoordiging is te verklaren vanuit het feit dat het aantal allochtone vrouwen met hiv uit hiv-endemische gebieden is toegenomen.

Aangezien er geen systematische verzameling van gegevens is met betrekking tot allochtone groepen en met name de groep vluchtelingen en asielzoekers, is er op dit moment weinig zicht op de achterliggende oorzaken van de ontwikkelingen binnen deze groepen. Het blijft daarom bij het benoemen van tendensen zoals die in het veld signaleerd worden.

### **1.3 Kennis, houding en gedrag**

#### 1.3.1 Stand van zaken

In het gedragsmodel van Fishbein en Ajzen (1984) worden een aantal factoren beschreven die samen het gedrag bepalen. Deze factoren zijn kennis, houding (attitude) en intentie. Gedrag wordt bepaald door het samenspel van attitudes, sociale waarden en normen, de eigen effectiviteit, voorafgaand gedrag en externe factoren.

Onveilig seksueel gedrag heeft onder meer te maken met onvoldoende kennis op dit terrein, een bepaalde houding ten opzichte van de veilig vrijen en de manier waarop met seksualiteit wordt omgegaan.

Het regelmatig meten van kennis, houding en gedrag is essentieel voor het ontwikkelen, aanpassen en evalueren van methodieken van voorlichting en preventie.

Er zijn weinig recente onderzoeken over kennis, houding en gedrag van allochtone groepen omtrent soa, hiv en aids. Bovendien ontbreken er onderzoeksgegevens over vluchtelingen, asielzoekers en AMA's. Dat dit wel een belangrijke doelgroep is, wordt in de paragraaf over deze groep beschreven.

Hieronder wordt een samenvatting gepresenteerd van de onderzoeken die de laatste jaren op dit gebied verricht zijn. Een uitgebreidere beschrijving over kennis, houding en gedrag van allochtone groepen in Nederland kan in de inventarisatie Aidsbestrijding Allochtonen gelezen worden (zie bijlage 2).

#### *Kennis over soa en veilig vrijen onder allochtone jongeren*

Een vergelijking van Marokkaanse, Turkse en Surinaamse jongeren onderling laat grote verschillen zien op het gebied van kennis ten aanzien van soa, hiv en aids (MCA Communicatie, 2001, NISSO, 2000). Zo weet driekwart van de Surinaamse jongeren in het onderzoek wat de term soa inhoudt, en weet een klein deel ook nog een aantal specifieke soa te noemen. Van de Turkse groep weet slechts een kwart wat soa betekent en van de Marokkanen is dat bijna eenderde. Een even grote groep Marokkaanse jongeren weet ook specifieke geslachtsziekten op te noemen (MCA Communicatie, 2001).

Volgens een vergelijkbaar onderzoek onder allochtone jongeren door het NISSO (2000) komt de groep Surinamers het meest overeen met Nederlanders, qua kennis over soa. Marokkaanse en Turkse jongeren weten daarentegen relatief weinig van soa (ook in dit onderzoek weten Marokkanen iets meer dan Turken) en de meesten willen hier meer over weten. Alle drie de groepen schatten de kans op het oplopen van soa/hiv relatief hoog in. Op de vraag wat men verstaat onder 'veilig vrijen' scoort bij alle drie de groepen 'condooms gebruiken' het hoogste percentage van de antwoorden. Op de tweede plaats komt de anticonceptiepil. Zowel Turken als Marokkanen weten vaak minder manieren van veilig vrijen te noemen dan Surinamers (MCA Communicatie, 2001, NISSO, 2000).

Uit onderzoek onder Antilliaanse en Arubaanse jongeren (Kalwij, 1999, in: Voorlichting over veilig vrijen aan allochtone jongeren, 2002) komt naar voren dat er nogal wat misvattingen zijn over transmissie van soa, met name over orale en anale besmetting. Ook was er sprake van een lagere risico-inschatting. Tevens bleken Antilliaanse en Arubaanse meisjes een gebrek aan kennis te hebben omtrent de pil en pilgebruik (Kalwij, 1999, in: Amor i salú, 2002).

Een belangrijke factor die invloed heeft op het kennisniveau en het ontwikkelen van meer kennis bij alle allochtone groepen is de communicatie. Taal- en communicatieproblemen kunnen de overdracht van informatie het bereiken van deze groepen met preventie in de weg staan.

#### *Houding*

In onderzoek van Heemelaar (2000) is beschreven hoe mensen uit Islamitische, Creoolse (Caraïbische) en Hindoestaanse culturen met seksualiteit omgaan. In het algemeen kan gesteld worden dat zowel in de Islamitische, de Creoolse als in de Hindoestaanse cultuur weinig en niet openlijk gesproken wordt over onderwerpen die met seks te maken hebben. Dit geldt in bepaalde mate ook voor de Nederlandse cultuur maar daar is iets meer openheid omtrent seksualiteit.

In de Islamitische cultuur zoals Turken en Marokkanen die beleven speelt de 'mythe' rondom het maagdenvlies onder vele lagen van de bevolking nog een rol, zowel in Nederland als in Turkije en Marokko zelf. Wanneer een meisje geen maagd meer is voor het huwelijk kan schaamte van en uitstoting uit de familie het gevolg zijn doordat de familie-eer is aangetast. Mannen en jongens zijn vrijer in het aangaan van seksuele contacten, ook relaties met mannen worden in Marokko stilzwijgend getolereerd, zolang er geen getuigen

zijn. In Nederland geldt dit minder omdat de Nederlandse norm seks van mannen met (minderjarige) jongens niet toelaat. Hier hebben Islamitische jongens eerder seksuele relaties met autochtone meisjes. Een ontwikkeling van de laatste jaren is dat sommige Islamitische meisjes experimenteren met relaties voor het huwelijk. Dit gebeurt vaak op een onveilige manier. Een indicatie hiervoor is de toename van het aantal gerapporteerde soa en abortussen onder Turkse en Marokkaanse meisjes (Heemelaar, 2000).

In de Creoolse cultuur, waaruit de (meeste) Surinamers, Antillianen en Arubanen komen, speelt de vrouw (moeder, grootmoeder) een grote rol. De meerderheid in de Creoolse cultuur heeft een christelijke achtergrond. Vergeleken met vrouwen uit Islamitische culturen zijn deze vrouwen meer bezig met hun lichaam en vertonen zowel vrouwen als mannen meer flirt- en seksueel gedrag. Kinderen hebben betekenen status in deze cultuur. Er wordt niet openlijk met elkaar gesproken over seks, maar onderling, onder gelijken gebeurt dit wel. Homoseksualiteit is nauwelijks bespreekbaar, alleen bij (hiërarchisch) ongelijke relaties zoals in de Islamitische cultuur. Lesbische vrouwen worden in iets mindere mate afgekeurd, maar worden nog steeds niet geaccepteerd (Heemelaar, 2000).

In de Surinaams- Hindoestaanse cultuur (die voor het grootste gedeelte uit hindoes bestaat, voor een klein gedeelte uit moslims en christenen) zijn de familiestructuur en de daarin vastliggende man-vrouwverhoudingen erg belangrijk. Er bestaat groot respect voor het gezag van de vader, en in zijn plaats de zoons: zij hebben macht als het gaat om seksueel gedrag van hun eigen sekse maar ook die van de vrouw. Daar waar de maagdelijkheid van de vrouw streng bewaakt moet worden, is het voor mannen oogluikend toegestaan om een 'buitenvrouw' te hebben. Het huwelijk wordt gezien als heilig, en vooral meisjes moeten hierop goed voorbereid worden. In een ver verleden werd seks in de Hindoestaanse cultuur gezien als kunst (Kama Sutra), na de Victoriaanse tijd zijn de normen en waarden zwaar en streng geworden. In deze context wordt homoseksualiteit gezien als een zonde evenals het overtreden van de regels door Hindoestaanse meisjes. Sommigen van hen lopen weg van huis om aan het strenge gezag van vader en broers te ontkomen (Heemelaar, 2000).

#### *Houding ten aanzien van seksuele voorlichting*

Het belang van seksuele voorlichting wordt door zowel de Surinaamse, Marokkaanse als Turkse groep jongeren onderschreven. Het meest uitgesproken daarin is de Surinaamse groep. Turken onderschrijven het belang van voorlichting iets minder, gevolgd door de Marokkanen. De verantwoordelijkheid van het geven van seksuele voorlichting ligt volgens driekwart van de Surinamers bij de ouders. Bij Turken is dit percentage iets lager: ruim tweederde. Bij Marokkanen vindt slechts een derde dit een uitgesproken taak voor de ouders. Vaker dan bij de andere twee groepen wordt door de Marokkanen de voorlichtingstaak toegedicht aan broers en zussen en aan het onderwijs (MCA Communicatie, 2001, NISSO, 2000).

#### *Houding ten aanzien van soa*

In recente onderzoeken is tevens aandacht besteed aan de houding van Surinamers, Turken en Marokkanen ten aanzien van soa. Alledrie de groepen hechten veel belang aan het voorkomen van soa, waarbij Surinamers het meest uitgesproken zijn; van hen vindt bijna driekwart het heel belangrijk. Daarnaast is gevraagd naar het eigen oordeel over de mate waarin men op de hoogte is van soa en het voorkomen van soa. Bij de Turken en Marokkanen vinden meer mensen dan bij Surinamers van zichzelf dat ze middelmatig tot slecht zijn geïnformeerd (MCA Communicatie, 2001, NISSO, 2000).

### *Houding ten aanzien van condoomgebruik*

Turken en Marokkanen zijn negatiever dan Surinamers over de aspecten die het gebruik van condooms betreffen. Aangegeven worden: minder voelen, hinderlijke onderbreking, niet bij de hand hebben, schroom bij het kopen (NISSO, 2001, MCA, 2001). Verder zijn Marokkanen, meer dan Surinamers, van mening dat personen met condooms bij zich alleen maar uit zijn op seks, maar zien zij ten opzichte van Turken vaker voor- dan nadelen van condoomgebruik. De intentie tot condoomgebruik is lager bij Turken en Marokkanen dan bij Surinamers.

Uit ander onderzoek blijkt dat bij Turken en Marokkanen door éénmalige Vetc-voorlichting al kennisvermeerdering plaatsvindt ten aanzien van hiv-transmissie en dat ook de houding tegenover condoomgebruik positiever is. Eveneens zijn er effecten op de eigen risico-inschatting onder deze groepen (Kocken, Voorham, Van Haastrecht, 2001, in Jansen et al. 2002).

### *Houding ten opzichte van mensen met hiv/aids*

Over de houding van allochtonen ten opzichte van mensen met hiv en aids is zeer weinig bekend. In het Verslag interviews met allochtone jongeren ten behoeve van het project "Voorlichting over veilig vrijen aan allochtone jongeren" (NIGZ, 2002) zijn een aantal uitspraken samengevat die de houding van (een kleine groep) jongeren weergeven tegenover homoseksualiteit. Echter, op hiv en aids is niet expliciet ingegaan in deze studie. Van de onderzochte groep allochtone jongens zegt de helft (van Turkse, Antilliaanse en Surinaamse afkomst) niets tegen homoseksualiteit te hebben. Een kwart (Marokkaanse en Antilliaanse afkomst) staat neutraal tegenover homoseksualiteit en een kwart (Turkse en Marokkaanse afkomst) staat negatief tegenover homoseksualiteit.

Van de meisjes heeft eveneens de helft (van Turkse, Antilliaanse en Surinaamse afkomst) aangegeven niets tegen homoseksualiteit te hebben. Iets minder dan de helft staat hier neutraal tegenover (Marokkaanse en Turkse) en een klein deel (Antilliaanse) staat negatief tegenover homoseksualiteit. Jongens hebben in vergelijking een iets negatievere houding tegenover homoseksualiteit, wat ook terug komt in hun uitspraken over homoseksuelen (NIGZ, 2002).

### *Gedrag*

In 1999 is een grootschalig onderzoek uitgevoerd in Amsterdam waarbij Surinamers, Antillianen en sub-Sahara Afrikanen is gevraagd naar (onder meer) hun seksueel (risico-) gedrag, seksuele netwerken en patronen binnen de eigen en met andere migratiegroepen. Vergeleken met de Nederlandse populatie in het algemeen, blijkt dat alle genoemde groepen in verhouding meer seksuele partners hebben, meerdere partners naast hun vaste partner hebben en meer in aanraking zijn gekomen met soa dan Nederlanders. Ook geven zij aan seksuele contacten in hun land van herkomst te hebben als ze daar zijn. Tenslotte is er sprake van seksuele integratie van de verschillende etnische groepen in Nederland. Hieruit vloeit ook de constatering voort, dat heteroseksuele verspreiding van soa binnen en tussen de verschillende etnische groepen mogelijk is (Gras et al., 1999).

### *Informatie-zoekgedrag Ghanezen in Nederland*

In 2001 is onderzoek gedaan naar het hulp- en informatie-zoekgedrag van Ghanese migranten in Nederland, met betrekking tot aids en de preventie-activiteiten gericht op deze groep (Boahene, Kyei, Appau, 2001). Het blijkt dat Ghanezen relatief weinig gebruik maken van voorzieningen die gericht zijn op voorlichting en preventie van soa, hiv en aids en

opgezet zijn door reguliere gezondheidsinstellingen. Verklaringen hiervoor zijn dat Ghanese migranten door cultuurverschillen en taalproblemen minder snel in contact komen en contact zoeken met reguliere gezondheidsinstellingen die informatie kunnen geven over veilig seksueel gedrag. Tevens hebben de Ghanezen aangegeven angst en wantrouwen te voelen ten aanzien van de reguliere gezondheidsinstellingen.

Daarentegen blijkt dat de niet-reguliere gemeenschapsgeoriënteerde voorzieningen (community-based) wel Ghanezen en andere Subsahara-Afrikanen in Nederland bereiken.

#### *Kennis, houding en gedrag van vluchtelingen en asielzoekers*

Asielzoekers zijn niet per definitie een risicogroep voor soa. Het gaat om individueel risicogedrag en niet om risicogroepen. De risicofactoren waardoor asielzoekers kwetsbaar worden voor gezondheidsproblemen in het algemeen en hiv in het bijzonder liggen op het vlak van een lage sociaal-economische positie, migratie en machtsverschillen (Jak, 2001). In het land van herkomst komen veel vluchtelingen in aanraking met soa en hiv, doordat deze landen veelal hiv-endemisch zijn. Met name vrouwen kunnen tijdens de vlucht, gevangenschap of razzia seksueel geweld hebben meegemaakt. Maar ook bij mannen is, bijvoorbeeld tijdens de gevangenschap, vaak sprake geweest van seksueel geweld en marteling.

In asielzoekerscentra kunnen nieuwe seksuele relaties ontstaan doordat veel gezinnen niet meer bij elkaar zijn. De confrontatie met verschillende seksuele normen en onbekendheid met de gezondheidszorg in Nederland kan onveilig seksueel gedrag in de hand werken. Bovendien is het bespreekbaar maken van seksualiteit en soa moeilijk, door communicatieproblemen als gevolg van taal- en cultuurverschillen en door trauma's van de asielprocedure. Het aantal ongewenste zwangerschappen bij asielzoekers in het algemeen en AMA's in het bijzonder is een belangrijk punt van zorg (Jak, 2001).

#### 1.3.2 Probleemanalyse

Op basis van de bovenstaande gegevens blijkt dat allochtone groepen in Nederland in de afgelopen jaren meer kennis hebben gekregen over soa, hiv en aids. Van de onderzochte groepen weet de Surinaamse groep het meest (kennisniveau ligt dicht bij de Nederlandse groep), gevolgd door de Marokkaanse en de Turkse groep.

Ook al is het kennisniveau toegenomen, toch lijken houding en gedrag ten opzichte van soa, hiv, aids en veilig vrijen niet of nauwelijks veranderd, wat zich ook vertaalt in de epidemiologische gegevens. Kennis alleen leidt niet tot meer veilig, seksueel gedrag. Een verminderde risicoperceptie door de verbeterde behandelmogelijkheden bij hiv/aids spelen hierbij mogelijk een rol.

De houding ten aanzien van seksualiteit, soa, hiv en aids en veilig vrijen, de (sociale) waarden en normen en het seksueel gedrag verschillen per etnische groep. Dit heeft implicaties voor de methoden van voorlichting voor de verschillende groepen, die deels verklaard worden vanuit culturele en sociale verschillen.

Momenteel is nog weinig gedifferentieerd onderzoeksmateriaal voorhanden waarin ook aandacht is voor verschillen in kennis, houding en gedrag binnen de groepen zelf. Ook ontbreken gegevens over vluchtelingen, asielzoekers en AMA's, waardoor er geen goed beeld bestaat van gedragspatronen en cultuurverschillen.

# Hoofdstuk 2 Aidsbestrijding onder allochtonen in Nederland

## Inleiding

In dit hoofdstuk worden de stand van zaken en probleemanalyse beschreven van een drietal onderdelen uit de praktijk van de aidsbestrijding onder allochtonen. Allereerst worden het beleid en de organisatiestructuur beschreven (2.1). Vervolgens wordt gekeken naar de uitvoeringspraktijk van de aidsbestrijding (2.2) en tenslotte komt het onderzoek binnen de aidsbestrijding aan de orde (2.3).

## 2.1 Beleid en organisatiestructuur

### 2.1.1 Stand van zaken

#### *Grotere betrokkenheid en steeds meer spelers in het veld*

In 1988 is de landelijke ontwikkeling en uitvoering van aids-voorlichting en preventie gericht op allochtonen gestart vanuit de toenmalige NCAB. Als gevolg van reorganisaties is deze landelijke coördinatie sinds 1996 overgenomen door het NIGZ. Het NIGZ ontwikkelt projecten en campagnes gericht op het algemeen publiek van de grootste groepen allochtonen, vluchtelingen en asielzoekers, met specifieke aandacht voor allochtone vrouwen en verzorgt de landelijke ondersteuning van VETC. Tevens voert het NIGZ het secretariaat van het OAM. In het OAM nemen alle organisaties deel die een sleutelrol vervullen in de aidsbestrijding onder allochtonen. Zie hiervoor bijlage 3.

Zijn de activiteiten gericht op allochtonen in eerste instantie ontstaan vanuit een top-down benadering, in de loop van de tijd zijn diverse initiatieven bottom-up vanuit allochtone gemeenschappen zelf ontstaan. Goede voorbeelden hiervan zijn Afapac, Pasaa en Sida Vida.

Veelal kennen deze initiatieven een tijdelijke projectfinanciering en is hun basis daarmee minder stevig dan die van gevestigde, algemene instellingen met structurele financiering.

Naast deze initiatieven gericht op specifieke groepen allochtonen, zijn ook andere zgn. coördinatieprojecten meer aandacht gaan besteden aan het bereiken en betrekken van allochtonen binnen hun doelgroepen. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan de buddyprojecten van Contour (Tilburg), de jongerencampagnes van de Stichting soa-bestrijding, een specifieke consulent voor allochtonen binnen de Schorerstichting en de belangenbehartiging van allochtonen met hiv/aids door de Hiv Vereniging Nederland.

Inmiddels krijgen ook reguliere zorgvoorzieningen in toenemende mate te maken met allochtone cliënten met hiv/aids. Steeds meer hulpverleners geven aan behoefte te hebben aan begeleiding in de hulpverlening aan deze groep.

Het veld kenmerkt zich door een nauwe samenwerking tussen de verschillende betrokken partijen. Op landelijk niveau vindt uitwisseling en beleidsontwikkeling plaats via het OAM,

op lokaal niveau bijvoorbeeld werken Vetc-ers samen met zelforganisaties en algemene instellingen. Ook is er een website ontwikkeld waarop actuele informatie te vinden is. Daarnaast vinden er jaarlijks bijeenkomsten plaats voor het bevorderen van de deskundigheid van mensen die in het werkveld met de aids-problematiek onder allochtonen te maken hebben.

#### *Taakverdeling en verantwoordelijkheden*

In het onderstaande wordt schematisch weergegeven welke landelijke en regionale organen actief zijn op het gebied van de aidsbestrijding onder allochtonen. Vervolgens zullen in het kort hun rol en taken worden toegelicht.

1. *Landelijke verantwoordelijkheden aidsbestrijding onder allochtonen*
  - Ministerie van VWS
  - ZON/MW (Zorg Onderzoek Nederland/Medische Wetenschappen)
  - Aids Fonds
  
2. *Landelijk ondersteuning van de regionale en lokale aidsbestrijding onder allochtonen*
  - NIGZ
  - Hiv Vereniging Nederland
  - Overige landelijke, reguliere organisaties
  - Zelforganisaties
  
3. *Regionale verantwoordelijkheden aidsbestrijding onder allochtonen*
  - Gemeenten in het kader van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
  - Zelforganisaties
  - GGD'en

#### *Rol en taken landelijke verantwoordelijkheden*

De Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft in 2000 het advies 'Interculturalisatie van de Gezondheidszorg' uitgebracht aan minister Borst. Hiermee heeft de raad de overheid geadviseerd maatregelen te treffen om de kwaliteit en de toegankelijkheid aan allochtonen structureel te verbeteren. (Notitie Aidsbestrijding Allochtonen, 2001). Minister Borst heeft de beleidsaanbeveling ten aanzien van inzet van meer allochtone zorgconsulenten onderschreven. De inzet was een financiële regeling hiervoor per 1 januari 2003. Tot nu toe is dit besluit nog niet vertaald in een concrete regeling. Er is wel een landelijke projectorganisatie ingesteld die de actiepunten moet uitwerken.

ZON/MW coördineert sinds 2001 door het ministerie van VWS gefinancierde onderzoeken op het gebied van preventie en zorg in het algemeen en ook in de aidsbestrijding onder allochtonen.

De aanvullende rol en functie van het Aids Fonds ligt op het gebied van signalering, beleidsontwikkeling, pleitbezorging, stimuleren en faciliteren van innovatie en implementatie. Daarnaast stimuleert het Aids Fonds zelforganisaties en reguliere instellingen door financiering van onderzoeks- en uitvoeringsprojecten en biedt het ondersteuning van de zelforganisaties door de financiering van projecten, door ondersteuningscontracten en door het mogelijk maken van een allochtone bouwwerker.

### *Rol en taken landelijke ondersteuningsorganen*

Het NIGZ heeft tot nu toe als hoofdtaken de landelijke coördinatie van aids-voorlichting aan allochtonen; Overleg Aids-voorlichting en Migranten (OAM): uitwisseling en afstemming; ontwikkeling en produktinformatie en voorlichtingsmaterialen; deskundigheidsbevordering Vets-ers en andere intermediairs. Vanaf 2003 wordt het onderhavige programma Aidsbestrijding Allochtonen in uitvoering genomen en daarmee wordt de coördinatie-verantwoordelijkheid verbreed naar preventie, zorg en ondersteuning. Ten aanzien van zorg en ondersteuning zal door het NIGZ nauw worden samengewerkt met het Aids Fonds en de Hiv Vereniging Nederland.

De Hiv Vereniging Nederland heeft als taken informatievoorziening o.a. via het Landelijk Service Punt, stimuleert onderling contact en ondersteuning en steunt en faciliteert allochtone hiv+- initiatieven en belangenbehartiging.

De rol en taken van overige landelijke en reguliere organisaties zoals Stichting soa-bestrijding, Schorerstichting, Trimbos Instituut etc. liggen op het gebied van activiteiten binnen de aids- voorlichting en –preventie, zorg en hulpverlening.

Zelforganisaties hebben als rol signalering en pleitbezorging, opvang, begeleiding, ondersteuning en verwijzing. Ze vormen de brug tussen gemeenschap en reguliere organisaties, zorgen voor deskundigheidsbevordering van reguliere organisaties en zijn relevant in alle fasen rondom een hiv-infectie. Zelforganisaties worden ondersteund door Aids Fonds, Hiv Vereniging Nederland, NIGZ en Schorerstichting.

Voorbeelden van initiatieven en organisaties die op dit moment bekend zijn: Afapac, Positive African Mutual Aid Support Group (voorheen African Support Group), English speaking group, Sadi, PASAA, PSAP, Sida Vida, St. Dominicana "Santo Domingo", St. Mission (Im)Possible, St. Muhabbat, St. Tjandu, SAJAAM, Secret Garden, Steunpunt Kaapverdianen en Strange Fruit.

### *Rol en taken regionale verantwoordelijkheden*

Regionale verantwoordelijkheden inzake preventie en zorg zijn op verschillende manieren geregeld. Door de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) is de verantwoordelijkheid voor voorlichting en preventie (expliciet ook voor hiv/aids) in belangrijke mate komen te liggen bij gemeenten. Uitvoering vindt meestal plaats door de GGD. Gemeentelijke taken zijn: bevorderen van de totstandkoming, continuering en de samenhang binnen de collectieve preventie, bevorderen van de onderlinge afstemming tussen collectieve preventie en curatieve gezondheidszorg.

Met betrekking tot aids worden onder andere genoemd: collectieve preventie, de begeleiding en voorlichting van patiënten, specifieke groepen en hulpverleners en de coördinatie van een regionaal samenwerkingsverband (Notitie Aidsbestrijding Allochtonen 2000-2001, ongepubliceerd)

### *Beleid en financiering*

Vanaf 1988 is aids-voorlichting aan allochtonen een integraal onderdeel geweest van het beleid op het terrein van voorlichting en preventie in de aids-bestrijding. Veel later was dit het geval voor de beleidsontwikkeling op het terrein van zorgverlening en juridische zaken. Respectievelijk vanaf 1993 en 1994 wordt specifiek aandacht geschonken aan de problematiek van allochtonen met hiv/aids.

De projecten gericht op allochtonen zijn veelal gefinancierd door het toenmalig Ministerie van WVC, inmiddels omgedoopt tot VWS. Lokale initiatieven zijn ten dele ook hieruit ondersteund, maar grotendeels gefinancierd door de lokale overheden.

Belangrijke financiers van projecten gericht op aidsbestrijding onder allochtonen zijn het Ministerie van VWS, ZON/MW (onderzoek), het Aids Fonds en gemeenten (GGD-en). Voor regionale projecten fungeert het Aids Fonds vaak als co-financier.

### 2.1.2 Probleemanalyse

Signalen uit verschillende geledingen in het veld wijzen erop, dat er een aantal knelpunten zijn met betrekking tot het beleid van de aidsbestrijding onder allochtonen (informatie verkregen uit interviewronde met coördinatiepunten).

Vanuit reguliere zorgvoorzieningen is een toenemende vraag naar advies en begeleiding op het terrein van hulpverlening aan allochtonen met hiv/aids. De interculturalisering van de gezondheidszorg met daarbinnen specifieke aandacht voor allochtonen en hiv/aids is een punt dat tot nu toe nog niet hoog genoeg op de agenda staat. Samenwerking tussen reguliere gezondheidszorginstellingen en zelforganisaties lijkt vooralsnog moeilijk te realiseren.

Ook wordt vanuit het veld aangegeven dat samenwerking met andere organisaties nog niet gestructureerd genoeg verloopt. Kennis en expertise worden onvoldoende uitgewisseld, waardoor organisaties en initiatieven vaak achter de feiten aanlopen.

Een ander probleem is dat kleine organisaties en initiatieven bijna altijd afhankelijk zijn van financiering van landelijke organisaties. Vooral bij initiatieven vanuit allochtone gemeenschappen zelf wordt dit soms als nadelig ervaren omdat zij zelfstandig willen opereren zonder zich aan te sluiten bij de regionale of landelijke organisaties. Voor hen is bovendien nadelig de opsplitsing in beleid en financieringsstromen tussen preventie en zorg.

## 2.2 Uitvoering

### 2.2.1 Stand van zaken

#### *Methodieken: specifiek en multicultureel*

Binnen de aidsbestrijding onder allochtonen in Nederland is altijd een combinatie van methodieken ingezet. Zowel interpersoonlijke, individuele voorlichting als massamediale en groepsvoorlichting spelen een belangrijke rol. Daarbij zijn methodieken ontwikkeld gericht op specifieke, allochtone groepen (bijvoorbeeld Kaapverdianen) als ook algemene methodieken met een multicultureel karakter, bijvoorbeeld voorlichtingsmateriaal gericht op niet-schoolgaande jeugd.

Mede als gevolg van het feit dat in het begin redelijk wat financiële middelen beschikbaar waren in de aidsbestrijding voor allochtonen heeft de nodige innovatie op het terrein van gezondheidsvoorlichting aan allochtonen plaats kunnen vinden. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen benadering op community niveau, groeps- en individueel niveau. Met name de VETC-benadering gericht op allochtone mannen en initiatieven als infolijnen, peer education door allochtone jongeren etc. zijn hiervan voorbeelden.

### *Landelijke/regionale/lokale methodieken*

De methodieken binnen de aidsbestrijding aan allochtonen kennen van begin af aan een grote diversiteit in werkgebied, van landelijke tot lokale projecten. Er bestaan landelijke projecten gericht op alle allochtone groepen bij elkaar, maar ook op specifieke doelgroepen, zoals bijvoorbeeld de website maroc.nl, die op landelijk niveau als informatie en voorlichtingsbron dient voor de Marokkaanse jongeren in Nederland. Landelijke methodieken worden meestal door reguliere organisaties (soms in samenwerking met zelforganisaties) vorm gegeven. Daarnaast zijn er regionale methodieken die ontwikkeld zijn voor een bepaalde doelgroep in een bepaalde regio, bijvoorbeeld Amor i salú, voor Antillianen in Rotterdam en omgeving, of het Buddyproject Utrecht, gericht op onder meer allochtonen en asielzoekers in de provincie Utrecht en soms daarbuiten.

De methodieken gericht op één bepaalde doelgroep hebben vaak een 'community-karakter', dat wil zeggen er wordt gewerkt met veldwerkers met dezelfde culturele achtergrond als de doelgroep zelf, en op cultuurspecifieke settings, zoals bijvoorbeeld op feesten of in de kerkgemeenschap.

### *Europese methodieken*

Op Europees niveau is eveneens sprake van grote diversiteit aan methodieken en projecten. Naast projecten op nationaal niveau (zie inventarisatie voor beschrijvingen) is er de laatste tien jaar steeds meer sprake van samenwerking tussen verschillende Europese landen. Deze samenwerking ligt met name op het gebied van uitwisseling, kennisoverdracht, internationaal onderzoek en beleidsbeïnvloeding.

## 2.2.2 Probleemanalyse

Door de grote diversiteit aan methodieken is het lastig te komen tot een eenduidig concept is voor een succesvol project of product. Het betreft elke keer maatwerk, waarbij men zowel op inhoudelijk als uitvoerend niveau ook sterk afhankelijk is van persoonlijke factoren en individuele inbreng. Hierdoor is de continuïteit van projecten moeilijk te waarborgen; bij vertrek van bijvoorbeeld de desbetreffende coördinator wordt de kennis ook meegenomen. Ook blijven veel projecten een tijdelijk karakter hebben, waardoor men vaak opnieuw alles moet uit zoeken.

Opvallend is dat relatief weinig projecten grondig geëvalueerd worden. Er is vaak wel algemene informatie over de methodiek beschikbaar, maar specifieke leerervaringen zijn nauwelijks gedocumenteerd. Dit betreft met name de wat kleinere projecten.

Het multicultureel maken van methodieken blijft een punt van inspanning. Reguliere instanties die nog steeds overwegend 'wit' zijn, geven aan dat de ontwikkeling naar interculturalisatie (ook in personele zin) erg langzaam verloopt.

Een algemene tendens die gesignaleerd wordt en ook consequenties heeft voor de ontwikkeling en financiële ondersteuning van methodieken en/of projecten gericht op allochtonen, is dat interculturalisatie niet meer zo hoog op de agenda staat vanwege de recente politieke ontwikkelingen. Er zal veel aandacht besteed moeten worden aan de eerder in dit programma aangetoonde noodzaak hiervan.

Knelpunten op internationaal gebied zijn een terugval in beschikbare budgetten voor allochtonen en aidsbestrijding en de verschillen in (of soms gebrek aan) de landelijke structuur van de aidsbestrijding onder allochtonen.

## 2.3 Onderzoek

### 2.3.1 Stand van zaken

In hoofdstuk 1 is ingegaan op de stand van zaken rondom aids en allochtonen. Hierin komt naar voren dat wel gegevens voorhanden zijn met betrekking tot epidemiologie van soa, hiv en aids onder allochtonen, maar dat deze gegevens niet systematisch verzameld worden. Ook onderzoek naar kennis, houding en gedrag van allochtone groepen blijkt weinig gedifferentieerd, waarbij met name een groot gebrek is aan zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens over de groep vluchtelingen en (jongere) asielzoekers.

### 2.3.2 Probleemanalyse

Gelijktijdig met het ontwerpen van dit meerjarenprogramma is een inventarisatie uitgevoerd naar de stand van zaken van aidsbestrijding onder allochtonen. Uit de interviews met verschillende landelijke aids-coördinatiepunten blijkt dat er veel behoefte is aan specifieke informatie over bepaalde subgroepen.

De prioriteiten van de overheid richting onderzoek zijn de afgelopen jaren gewijzigd waardoor er op bepaalde terreinen geen financiële ondersteuning meer gegeven is. Dit geldt bijvoorbeeld voor de specifieke projecten voor allochtonen van de steunfunctie preventie (werkplan aids en drugs) van het Trimbos Instituut.

## ***Deel 2***

# Hoofdstuk 3 Toekomstvisie

## Inleiding

De organisatie van de aidsbestrijding onder allochtonen in Nederland kent globaal drie fasen. De periode 1988-1993 is te beschouwen als een pioniersfase, waarbij agendasetting, kennisoverdracht en het ontwikkelen van projecten en draagvlak centraal hebben gestaan. De periode 1994-2000 kenmerkt zich door een toenemende aandacht voor samenwerking en afstemming, implementatie en professionalisering. De projecten kregen daarmee een zekere bestendiging. Vanaf 2000 is ingezet op verdere verankering van de aidsbestrijding onder allochtonen in het beleid en in andere programma's van de aidsbestrijding. Het specifieke aids-programma gericht op allochtonen zelf heeft zich inhoudelijk verbreed met een toenemende aandacht voor het zorg-aspect en de herpositionering van allochtone zelforganisaties.

De aidsbestrijding onder allochtonen kenmerkt zich door een veelheid aan initiatieven en grote betrokkenheid van groepen. Er is een tendens zichtbaar van enige verkokering naar voorzieningen per hoofddoelstelling van de aidsbestrijding, gecombineerd met een doelgroepenindeling. Daarnaast is sprake van een uitwerking per regio. De aids-bestrijding richting allochtonen kent geen eenduidige structuur. Het maakt gebruik van de organisatiestructuur van de aidsbestrijding in het algemeen en verbijzondert dat naar allochtone doelgroepen. Aanvullend daarop zijn projecten per herkomstregio of -land georganiseerd.

De diversiteit van de aidsbestrijding onder allochtonen kent daarmee sterke en zwakke kanten: maatwerk en flexibel, maar gelijktijdig versnipperd en onoverzichtelijk.

Dit hoofdstuk gaat in op de toekomstvisie en sluit aan op de geformuleerde probleemanalyses in hoofdstuk 1 en 2. Na een korte beschrijving van de algemene doelstellingen (3.1) en doelgroepen (3.2) mondt het uit in inhoudelijke en organisatorische prioriteiten (3.3) voor de aidsbestrijding allochtonen voor de periode 2003-2005.

## 3.1 Doelstellingen

Onderstaand worden de vier centrale doelstellingen van de aidsbestrijding onder allochtonen beschreven. Elke doelstelling bestaat uit een aantal subdoelen, die randvoorwaardelijk van aard zijn.

Tevens wordt aangegeven dat deze doelstellingen niet los van elkaar te zien zijn maar nauw samenhangen en elkaar soms zelfs overlappen. Er zullen verschillende interventies vereist zijn om aan de diverse doelstellingen te beantwoorden. Veelal zal in specifieke programmaonderdelen aan verschillende doelstellingen tegelijk gewerkt worden. Ook kunnen de accenten in doelstellingen per doelgroep variëren.

### 1. Primaire preventie: het voorkomen van verdere verspreiding van hiv onder allochtonen:

- a. vergroten van kennis over soa, hiv, aids en seksuele gezondheid in het algemeen;
- b. voorkomen van verdere verspreiding van soa;
- c. verminderen van risicogedrag: stimuleren van veilig vrijen en veilig druggebruik;

d. stimuleren van vroegtijdige opsporing van andere soa.

**2. Secundaire preventie: het voorkomen van de ontwikkeling van aids bij allochtonen met hiv:**

- a. vergroten van kennis over de hiv test en de mogelijkheden van vroegtijdige behandeling;
- b. vergroten van de toegang tot geneesmiddelen en vroegtijdige behandeling;
- c. vergroten van de toegang tot de hiv test.

**3. Tertiaire preventie: het verbeteren van de kwaliteit van leven van allochtonen met hiv/aids:**

- a. vergroten van de toegankelijkheid van zorg;
- b. verbeteren van de kwaliteit van zorg;
- c. stimuleren van solidariteit ten aanzien van allochtonen met hiv/aids.

Het programma kent bovenstaande einddoelen gericht op de doelgroepen. Het programma heeft daarnaast als doelstelling kwaliteitsverbetering van de aidsbestrijding onder allochtonen, gericht op intermediairs. Door deze voorwaardenscheppende doelstelling kunnen de drie bovenstaande inhoudelijke doelstellingen worden gerealiseerd. Met verbetering van kwaliteit wordt het volgende bedoeld.

**4. Het verbeteren van de aidsbestrijding onder allochtonen:**

- a. het versterken van de onderbouwing van de aidsbestrijding onder allochtonen (epidemiologisch, sociaal wetenschappelijk, evaluatief);
- b. het verder inhoudelijk ontwikkelen van de aidsbestrijding onder allochtonen;
- c. verbeteren van de positie van zelforganisaties en hun samenwerking met reguliere (zorg)instellingen;
- d. interculturalisatie van soa-, hiv-, aids-projecten en voorzieningen (van preventie tot zorg);
- e. draagvlak vergroten;
- f. verbreden en structureel maken van de financiering.

Met de formulering van deze doelstellingen heeft het programma een ambitieus karakter. Uiteraard zijn de doelstellingen niet te realiseren in de drie jaar die dit programma beslaat. Natuurlijk kunnen er accenten verschuiven, maar de complexiteit van de problematiek en de diversiteit in doelgroepen maken dat deze doelstellingen de komende 5 tot 10 jaar van kracht zullen blijven.

### **3.2 Doelgroepen**

Gestart wordt met een opsomming van potentiële doelgroepen van het programma. In een volgende paragraaf worden op basis van diverse criteria keuzes gemaakt en nadere prioriteiten gesteld. De indeling naar doelgroepen is vanuit verschillende invalshoeken te maken. In dit programma wordt de volgende driedeling gehanteerd:

- Naar publieks- en intermediaire groepen;
- Naar herkomstregio;
- Naar positie of risicogedrag.

### **1. Algemene (publieks)doelgroepen:**

- algemeen publiek (allochtonen 25 jaar en ouder)
- allochtone jongeren (12 – 25 jaar)
- intermediairs voor allochtonen
- allochtone intermediairs en organisaties van allochtonen

### **2. Specifieke subgroepen naar regio van herkomst:**

- Azië (m.n. Thailand, Filipijnen, Maleisië, China)
- Zuid- en Midden-Amerika
- Mediterrane gebieden (waaronder Turkije en Marokko)
- Sub-Sahara- Afrika
- het Caraïbisch gebied
- de voormalige Sovjet Unie en Oost-Europa
- voormalig Joegoslavië
- Midden-Oosten (m.n. Irak, Iran, Afghanistan)

### **3. Specifieke subgroepen naar risicofactor of positie:**

- allochtonen met hiv/aids
- alleenstaande minderjarige asielzoekers
- asielzoekers
- druggebruikers
- illegalen
- onverzekerden
- kinderen met hiv/aids
- mannen die seks hebben met mannen
- prostituanten
- prostituees
- vluchtelingen
- (zwangere) vrouwen

In deze indeling is sprake van een grote mate van overlap. Daarnaast kan een nadere specificering binnen een subgroep gemaakt worden, bijvoorbeeld jongeren met en zonder seksuele ervaring of vrouwen die slachtoffer zijn geweest van seksueel geweld.

Deze indeling wil nog niet zeggen dat de aidsbestrijding en projecten gericht op allochtonen op basis van deze indeling georganiseerd moeten zijn. Aan de hand van de indeling kan wel vastgesteld worden of en welke activiteiten er zijn voor deze groepen. Een uitwerking naar concrete activiteiten van het programma wordt in hoofdstuk 4 besproken.

De indeling maakt duidelijk dat diversiteit de kern van de aidsbestrijding onder allochtonen is. Op bepaalde deelgebieden zijn al relatief veel initiatieven genomen richting een interculturele benadering, zoals bijvoorbeeld bij prostitutie en onderwijs. Het programma pleit dan ook enerzijds voor continuering hiervan en zal anderzijds ingaan op die gebieden waar vanwege de huidige ontwikkelingen een nieuwe impuls gegeven moet worden voor de toekomst.

Deze ontwikkelingen zijn geformuleerd op basis van bevindingen in de inventarisatie en worden in 3.3 beschreven.

### 3.3 Prioriteiten aidsbestrijding allochtonen 2003-2005

Na bijna vijftien jaar aidsbestrijding onder allochtonen in Nederland valt te concluderen dat weliswaar veel georganiseerd en bereikt is, maar dat de feitelijke aard en omvang van de hiv- en aids-problematiek in Nederland met name groepen treft met een gemarginaliseerde positie en/of een relatie met het buitenland. Binnen deze groepen zijn allochtonen oververtegenwoordigd. Naast een positieve ontwikkeling van toegenomen kennis onder allochtone groepen, zijn de ontwikkelingen onder bepaalde groepen zorgwekkend te noemen:

- vergroting van het kennisniveau onder allochtonen leidt onvoldoende tot daadwerkelijke gedragsveranderingen ten aanzien van veilig vrijen;
- hoog niveau van seksueel risicogedrag, in het bijzonder onder personen uit het Caraïbisch gebied en waarschijnlijk ook uit Oost-Europa en sub-Sahara Afrika;
- substantieel en toenemend deel van de personen met hiv en aids zijn van allochtone afkomst;
- aanwijzingen van verhoudingsgewijs meer risicofactoren en -momenten onder asielzoekers, illegalen en AMA's.

Dit programma is gericht op de bestrijding van aids. Er wordt echter een belangrijke relatie gelegd met de soabestrijding zowel op inhoudelijk als organisatorisch niveau. Deze verbinding zal verder uitgewerkt worden en gestreefd wordt naar een geïntegreerd aids-soa-programma in de nabije toekomst.

Wat betekenen de geschetste ontwikkelingen voor dit aidsprogramma allochtonen voor de komende jaren? Het programma benoemt inhoudelijke en organisatorische beleidsontwikkelingen die plaats moeten vinden op basis van de in 3.1 genoemde doelstellingen. De concrete uitvoering voor de periode 2003-2005 wordt in hoofdstuk 4 uiteengezet.

#### 1. Primaire preventie

##### *Impuls aan specifieke groepen*

Op grond van epidemiologische gegevens of vermoedens dient voor de komende jaren verder geïnvesteerd te worden in enkele nieuwe groepen. Het gaat daarbij om:

- asielzoekers, AMA's, illegalen: basisinformatie over deze groepen is nauwelijks aanwezig (prevalentie soa/hiv, aard van migratie, risicogedrag, aids/soa-voorlichting land van herkomst, netwerken in Nederland, media etc.) en er zijn beperkte contacten met zelforganisaties (en/of sleutelfiguren) van en voor deze groepen.
- personen uit sub-Sahara Afrika: basisinformatie (prevalentie soa/hiv, aard van migratie, risicogedrag, aids/soa-voorlichting land van herkomst, netwerken in Nederland, media etc.)
- personen uit het Caraïbisch gebied en Latijns-Amerika: hier ontbreekt eveneens informatie (over migratiepatronen binnen deze regio's en relatie met Nederland), innovatie en implementatie van activiteiten op het gebied van de soa-aids-bestrijding en doelgroepspecifieke activiteiten voor personen van de Nederlandse Antillen en Suriname dienen ontwikkeld te worden.
- Oost-Europa: basisinformatie over deze groepen (omvang, aard van migratie, culturele aspecten, aids/soa-voorlichting land van herkomst, netwerken in Nederland, media etc.)

ontbreekt en er zijn nog geen contacten met zelforganisaties en/of sleutelfiguren van en voor deze groepen.

#### *Verschuiving in voorlichting van kennisoverdracht naar vaardigheden en gedrag*

Voor Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen geldt dat hun kennis relatief voldoende is: er moet echter meer accent komen op vaardigheden en gedrag. Dat vraagt om meer interpersoonlijke communicatie. Daarmee worden regionale/kleinschalige projecten en ook community-gerichte projecten belangrijk, ondersteund door massamediale aandacht.

Deze benadering heeft als consequentie dat meer financiële middelen ingezet moeten worden en dat eventueel een verschuiving van inzet van middelen noodzakelijk is. Dit is dan ook de organisatorische randvoorwaarde voor het kunnen uitvoeren van deze prioriteit. Uiteraard blijft continuering van het vergroten van het kennisniveau onder deze groepen ook van belang.

## **2. Secundaire preventie**

#### *Actief testbeleid (recht op zorg)*

Het aangekondigde actiever testbeleid (bijv. de hiv-test als standaardtest bij alle zwangere vrouwen) zal tot gevolg hebben dat het tot nu toe onzichtbare deel allochtonen met hiv bekend zal worden. Er moet daarom aandacht komen voor informatievoorziening rondom testen maar ook voor nazorg en begeleiding van seropositieve allochtonen.

Belangenbehartiging en patiëntenverenigingen moeten zich richten op deze groep. Met name de groep sub-Sahara Afrikanen moet aandacht krijgen in het traject van nazorg en ondersteuning door de gemeenschap.

Consequenties van het actiever testbeleid liggen eveneens op het gebied van tertiaire preventie (ondersteuning en zorg seropositieven, ook vanuit gemeenschap) en op het gebied van interculturalisatie van de zorg/hulp-voorzieningen.

## **3. Tertiaire preventie**

#### *Stimuleren interculturalisatie in zorg en ondersteuning allochtonen (toegang tot zorg)*

Het stimuleren van zorg en ondersteuning op kwalitatief niveau houdt in dat hulpverleners door zelforganisaties gesteund worden in hun deskundigheid richting allochtonen. Mogelijk worden zij daarbij ondersteund met intercultureel patiëntenvoorlichtingsmateriaal.

Kwantitatief betekent dit een toename van intercultureel geschoolde hulpverleners.

Belangrijk is ook dat er meer allochtonen op de werkvloer komen bij instellingen waar allochtonen met hiv/aids gebruik van maken. In dit kader is het van belang dat de vraag van allochtone patiënten verhelderd wordt en dat er meer vraaggestuurd gewerkt wordt. Met name de psychiatrische en psychosociale problematiek van allochtonen met hiv/aids moet in kaart gebracht worden. De samenwerking en deskundigheidsbevordering van zelforganisaties en geestelijke gezondheidszorg moet op dit vlak versterkt worden.

#### *Stimuleren solidariteit met allochtonen die leven met hiv*

Door massamediale aandacht op gebied van preventie maar ook op het gebied van de zorg moet solidariteit in allochtone gemeenschappen bevorderd worden. Er moeten dwarsverbanden tussen zorg en preventie gelegd worden en publieksvoorlichting richting

allochtone groepen moet zich meer op ondersteuning van seropositieven uit de eigen gemeenschap richten.

#### **4. Het verbeteren van de aidsbestrijding onder allochtonen**

In het bovenstaande zijn de prioriteiten uitgewerkt in drie inhoudelijk doelstellingen. Met de vierde doelstelling wordt beoogd middelen in te zetten om deze doelstellingen te realiseren. Deze doelstelling, het verbeteren van de aidsbestrijding onder allochtonen heeft twee aspecten, namelijk kwaliteitsverbetering en belangenbehartiging. Hiermee kan een meer structurele samenhang in het aanbod van de aidsbestrijding onder allochtonen gerealiseerd worden.

Een aparte prioriteit is de versterking van zelforganisaties.

In het onderstaande worden de speerpunten van deze laatste doelstelling uiteengezet.

##### **Kwaliteitsverbetering**

De kwaliteitsverbetering van de aidsbestrijding onder allochtonen kan op de volgende manieren worden uitgewerkt:

- versterken van de onderbouwing van de aidsbestrijding onder allochtonen
- inhoudelijk ontwikkelen van de aidsbestrijding onder allochtonen
- verbeteren van de rol van zelforganisaties en hun samenwerking met reguliere (zorg)instellingen

Hiermee richt de aidsbestrijding onder allochtonen zich richting innovatie, methodieken, organisatie en personen in het werkveld.

##### *Versterken van de onderbouwing van de aidsbestrijding onder allochtonen*

Er moet (wetenschappelijke) onderbouwing komen van de inhoud van de problematiek van de aidsbestrijding onder allochtonen. Onderbouwing vindt plaats in de vorm van onderzoek en projecten.

##### *Inhoudelijk ontwikkelen van de aidsbestrijding onder allochtonen*

Inhoudelijke ontwikkeling vindt plaats door programmatisch te werken en door deskundigheidsbevordering. Hierbij is monitoring van groot belang.

Gelet op de veelheid van projecten, vaak persoonlijke ervaringen en contacten is een bundeling van de ervaringen en overdracht cruciaal. De huidige inventarisatie van het Aids Fonds legt een goede basis. Een vervolgtraject hiervoor moet verder worden uitgewerkt.

Daarbij heeft het OAM een belangrijke adviesfunctie gevoed vanuit de paktijk.

Ook in opleidingen, onderwijs en hulpverlening moet aandacht komen voor deskundigheidsbevordering op het gebied van hiv-infectie en intercultureel werken.

Periodieke uitwisseling van ervaringen door middel van workshops en concrete presentaties moeten gecontinueerd worden.

Hierin streeft het programma enerzijds continuïteit na, maar ook flexibiliteit.

Continuïteit betekent dat projecten een lange(re) looptijd moeten hebben om tot resultaten te komen. Hierbij kan een onderscheid worden gemaakt in ontwikkelingsprojecten gericht op basisinformatie en projecten gericht op implementatie en verankering (zie hoofdstuk 4).

Ontwikkelingsprojecten zullen veelal minimaal twee jaar nodig hebben,

implementatieprojecten minimaal vier jaar om tot reële resultaten te komen. Monitoring is belangrijk: evaluatiemomenten moeten worden ingebouwd, zodat eventueel bijgestuurd kan worden en aan het einde van een project moet bekeken worden hoe verder te gaan.

Flexibiliteit houdt in dat er ruimte moet zijn voor verbreding, zoals bijvoorbeeld het combineren van hiv en soa-preventie en de relatie met testen en zorg leggen. Daarnaast moet er ook ruimte zijn voor vernieuwing, zoals bijvoorbeeld aandacht voor nieuwe groepen en methoden binnen het Vetc-project.

#### *Verbeteren rol zelforganisaties en samenwerking met reguliere instellingen*

De positie van zelforganisaties moet versterkt en vooral erkend worden. Zelforganisaties werken vanuit hun specifieke deskundigheid en de resultaten hiervan moeten aangetoond worden, zodat er meer beleidsmatige en financiële erkenning voor hen komt. Hierbij is het van belang dat de culturele eigenheid van de organisaties en medewerkers behouden blijft. De positie van zelforganisaties als informatiebron en intermediair gericht op kwaliteitsverbetering moet verstevigd worden door duidelijke communicatie tussen zelforganisaties en het reguliere aanbod. Hierdoor kunnen allochtone gemeenschappen beter geïnformeerd worden over het bestaande aanbod. Samenwerking met reguliere instellingen ten behoeve van coaching en kennisoverdracht (voorkomen van 'eilandjes') is belangrijk.

Er is behoefte aan coördinerende en inhoudelijke ondersteuning van zelforganisaties op het gebied van evaluatie en kennisoverdracht, rechten en plichten, procedures, de sociale kaart, deskundigheidsbevordering vrijwilligers en vrijwilligersbeleid (zoals vergoedingen etc.). Hierdoor kan de kwetsbaarheid en de werkdruk van de zelforganisaties verminderd worden, zodat het ook voor vrijwilligers aantrekkelijk blijft om zich in te zetten.

#### **Belangenbehartiging**

De belangenbehartiging van de aidsbestrijding onder allochtonen kan op de volgende manieren worden uitgewerkt:

- interculturalisatie
- draagvlak vergroten
- verbreding financiering

Hiermee richt de aidsbestrijding onder allochtonen zich op politiek, beleid, bedrijven, reguliere instanties en zorgverzekeraars.

#### *Interculturalisatie*

In enkele deelprogramma's van de aids-bestrijding is te zien dat de aandacht voor allochtonen langzaam maar zeker een structurele en geïntegreerde plaats krijgt. Vooral binnen de sectoren prostitutie en onderwijs is dit duidelijk. Het is belangrijk om dit proces te continueren en te monitoren. Interculturalisatie van andere deelprogramma's is noodzakelijk en tevens het nemen van initiatieven op het terrein van interculturalisatie van de zorg.

Een criterium dat het Ministerie van VWS heeft gesteld om in aanmerking te komen als hiv-behandelcentrum is dat er voldoende en adequate ondersteuning wordt geboden. Invulling hiervan zal vooral door de beroepsgroep plaats moeten vinden. Toezien op (en toetsing van) o.a. de mate van intercultureel werken van hiv-behandelcentra als onderdeel van het bovengenoemde criterium is een taak van de beroepsgroep en van de belangenvereniging van mensen met hiv.

De aandacht voor hiv en aids in algemene projecten voor allochtonen moet vergroot worden. Zo kan de mogelijkheid tot integratie van hiv/aids als thema in het integratie- en inburgeringsbeleid onderzocht worden.

### *Draagvlak*

Draagvlak moet gecreëerd worden op politiek, organisatorisch en publiek niveau. Het is van belang dat het draagvlak voor aidsbestrijding onder allochtonen expliciet wordt gemaakt. Alleen dan kan interculturalisatie van de aids-bestrijding in gang gezet worden. Dit moet zowel op landelijk als op lokaal niveau gebeuren. Daarnaast moet er ook draagvlak komen voor de verbreding van financiering en voor solidariteit met allochtonen met hiv en aids. Belangengroepen moeten gestimuleerd worden tot samenwerking om invloed uit te kunnen oefenen ter ontwikkeling van draagvlak. Zij spelen een belangrijke rol in de pleitbezorging. Het is belangrijk dat pleitbezorging niet leidt tot een negatieve beeldvorming en stigmatisering.

### *Verbreding financiering*

De bestaande financiering moet structureler worden. Stappen hiertoe zijn: lobbyen, acquisitie, rapporteren, PR etc. In bestaande financieringsbronnen moet eventueel geschoven worden.

Zo moet er een accent richting nieuwe doelgroepen gelegd worden, in de vorm van onder meer onderzoek. Het Aids Fonds zou het initiatief kunnen nemen om met zorgverzekeraars te onderhandelen over mogelijkheden en een plan van aanpak om (evenals bijvoorbeeld in het onderwijs), meer ondersteuning te krijgen voor allochtone cliënten. Mogelijkheden van andere financiële bronnen (provincie, sponsors, fondsen, zorgverzekeraars) moeten uitgezocht worden.

In hoofdstuk 4 wordt de rol van het NIGZ, het Aids Fonds en het OAM verder uitgewerkt.

# Hoofdstuk 4 Programma 2003 – 2005

## Inleiding

In dit hoofdstuk worden de noodzakelijke en wenselijke beleidsontwikkeling voor de komende drie jaar uiteengezet. Het is niet de verwachting dat alle activiteiten al in 2003 opgepakt kunnen worden. Eveneens is de vraag hoe ver men hiermee is over drie jaar, in 2005. De daadwerkelijke uitvoering van het programma is sterk afhankelijk van de benodigde investeringen op verschillende niveaus.

Hieronder volgt in het kort een opsomming van de in hoofdstuk drie geformuleerde beleidsdoelen:

1. *Primaire preventie*
  - Stimuleren ontwikkeling aanpak specifieke doelgroepen
  - Stimuleren verschuiving naar vaardigheden en gedrag in voorlichting en preventie
2. *Secundaire preventie*
  - Stimuleren aanpak allochtonen bij actief testbeleid
3. *Tertiaire preventie*
  - Stimuleren interculturalisatie in zorg en ondersteuning
  - Stimuleren solidariteit met allochtonen die leven met hiv

Deze inhoudelijk doelen kunnen gerealiseerd worden door uitvoering van de voorwaardenscheppende doelstelling:

4. *Het verbeteren van de aidsbestrijding onder allochtonen*
  - Kwaliteitsverbetering (continuering, onderbouwing, inhoudelijke ontwikkeling, verbeteren positie zelforganisaties en samenwerking met reguliere instellingen)
  - Belangenbehartiging (interculturalisatie, draagvlak vergroten, verbreding financiering).

In de volgende paragrafen zal eerst worden uitgewerkt wat de rol is van het coördinatiepunt en haar samenwerkingspartners. Dit betekent niet alleen een nieuwe inzet op bovengenoemde thema's. Ook consolidering van bestaande activiteiten is van belang (4.1). Hieruit volgt een werkplan waarin wordt aangegeven welke activiteiten in 2003 al zijn gegarandeerd door het coördinatieproject van het NIGZ (4.2).

In paragraaf 4.3 komt aan de orde welke activiteiten (nog) niet gefinancierd zijn en de laatste paragraaf geeft een schematisch overzicht van de overige activiteiten die er op dit moment zijn (4.4).

### **4.1 Rol en taken landelijke coördinatie van het Programma Aidsbestrijding Allochtonen**

Eén samenhangend landelijk programma vraagt om één landelijk gecoördineerde aanpak. De activiteiten rondom preventie, zorg en ondersteuning van soa, hiv en aids onder allochtonen zullen in de toekomst geïntegreerd uitgevoerd moeten worden onder landelijke coördinatie. Hierbij zullen verschillende partijen met elkaar samenwerken.

De huidige situatie is dat het landelijk coördinatiepunt aidsvoorlichting migranten van het NIGZ als taak heeft de kwaliteitsverbetering en belangenbehartiging van de aidsvoorlichting onder allochtonen te coördineren en te bewaken. Daarnaast heeft het NIGZ een belangrijke rol ten aanzien van materiaal- en methodiekontwikkeling.

Dit gebeurt in samenwerking met het OAM. Het OAM speelt een adviserende rol en wordt gevoed door signalen uit het veld en van experts. Hierbij staat het coördinatiepunt continu in contact met alle activiteiten en initiatieven die zich op het gebied van de aidsbestrijding onder allochtonen afspelen.

Het Aids Fonds dient apart genoemd te worden als samenwerkingspartner. Het Fonds heeft als taak het informatie verschaffen over subsidies, het beoordelen en toekennen van subsidies en tevens de rol van pleitbezorger en beleidscoördinator op aidsbestrijding algemeen.

De toekomstontwikkelingen met betrekking tot deze drie actoren in het programma zijn als volgt:

- Het landelijk coördinatiepunt heeft voor 2003 een toekenning ontvangen van het Aids Fonds om daarmee bestaande taken en activiteiten te continueren. De ruimte om daarin nieuwe taken op te pakken is beperkt. De activiteiten die zullen worden uitgevoerd staan in paragraaf 4.2.
- In 2003 is het Aids Fonds voornemens om een evaluatie uit te laten voeren naar het landelijk coördinatiepunt migranten (en alle andere preventieprogramma's rond hiv/aids) met als doel vast te stellen welke activiteiten onderdeel moeten uitmaken van een landelijk uitvoeringsprogramma dat per 2004 structurele financiering van VWS gaat ontvangen. Hierbij zal expliciet aandacht komen voor ruimte voor nieuwe activiteiten.
- Het OAM is nu een verzameling betrokkenen die veel tijd en energie heeft gestoken in het formuleren van dit eerste Programma aidsbestrijding allochtonen. In de komende periode zal het OAM zich moeten omvormen tot een adviesraad voor het landelijke uitvoeringsprogramma en zullen op bepaalde onderwerpen/activiteiten tijdelijke werkgroepen worden ingesteld. Hoe dat het beste vormgegeven kan worden en met wie wordt in 2003 nader uitgewerkt door het OAM.
- Het Aids Fonds blijft behalve met financiering ook met beleidsinitiatieven en pleitbezorging nauw betrokken bij de aidsbestrijding onder allochtonen.

De conclusie is dat 2003 een overgangsjaar is waarin een start wordt gemaakt met een landelijk programma aidsbestrijding allochtonen, met voldoende ruimte voor ontwikkeling van nieuwe activiteiten in 2004.

#### **4.2 Werkplan 2003 Landelijk coördinatiepunt**

In dit werkplan staan de activiteiten die binnen de bestaande toekenning kunnen plaatsvinden. Daarnaast worden ook de activiteiten genoemd die al bestaan en gecontinueerd zullen worden.

Een aantal van de aangegeven prioriteiten is al verwerkt in de concrete projecten en komt terug in het schema dat in 4.4 opgenomen is.

Taken die direct betrekking hebben op coördinatie van het programma zijn voornamelijk in handen van het NIGZ. Het NIGZ is verantwoordelijk voor de coördinatie van het proces om het programma ten uitvoer te brengen. Die coördinatie is noodzakelijk omdat er vele spelers in het veld zijn.

Het Aids Fonds is opdrachtgever en belangrijke partner in het geheel. Enkele taken behorend tot de programmacoördinatie worden door dit Fonds uitgevoerd.

Het NIGZ zal de volgende activiteiten in 2003 uitvoeren dan wel coördineren.

## **Kwaliteitsverbetering**

### *Versterken onderbouwing*

1. Omzetten gegevens inventarisatie in onderzoeksadvies. Aan de hand hiervan onderzoek bepleiten op gebied van aidsbestrijding onder allochtonen op basis van advies aan Aids Fonds en ZON/MW. Uitgevoerd door coördinatiepunt en Aids Fonds. Voorbeelden van onderwerpen: nieuwe doelgroepen; migratiepatronen in Latijns-Amerika, Oost-Europa, Subsahara- Afrika en gevolgen voor Nederland; psychosociale problematiek allochtonen.
2. Verbetering registratie van lopende en toekomstige projecten en activiteiten (samenwerking QUI-project en praktische ondersteuning van (zelf)organisaties bij beschrijvingen. Eventueel inventarisatie updaten. Door NIGZ.

### *Inhoudelijke ontwikkeling: deskundigheidsbevordering en uitwisseling*

3. Ontwikkelen centraal overzicht van cursus- ondersteuningsaanbod (mede op basis van expertise in het werkveld bij andere organisaties) voor de komende jaren ten behoeve van diverse professionele groepen, medewerkers zelforganisaties, Vetc-ers en Fona-medewerkers. Door NIGZ.
4. Excursies (van 1 dag) voor betrokkenen in het veld naar projecten (bijvoorbeeld een community project) , als experiment georganiseerd door NIGZ, in samenwerking met OAM.
5. Themadag (1 keer per jaar) en/of themabijeenkomsten, voorbeeld thema: 1) contact leggen met Oosteuropese doelgroep. Ter voorbereiding: basisinformatie zoeken. 2) kennisoverdracht vergroten van projecten waarvan accent verschuift van kennis richting gedrag en vaardigheden. Georganiseerd door NIGZ.
6. Uitwisseling stimuleren via website [www.allagainstaids.nl](http://www.allagainstaids.nl) en ondermeer Vetc-Nieuwsbrief en Fona. Evaluatie en PR van website, Vetc-Nieuwsbrief, inzet Fona ten behoeve van aids. Door NIGZ.
7. Uitwisseling met internationale projecten als Aids&Mobility en Aids&Youth m.b.t de projecten die interessant zijn voor het terrein allochtonen en hiv/aids in Nederland. Door NIGZ (National Focal Point).

### *Inhoudelijke ontwikkeling: programmatisch werken*

8. Opstellen jaarplan 2004, NIGZ in samenwerking met Aids Fonds en OAM. Hierbij moet afstemming met Stichting soa-bestrijding plaatvinden voor integratie soa en hiv in 2004. Eerst wordt een advies richting beleid soa/hiv en afstemming Stichting soa-bestrijding en Aids Fonds geformuleerd. Vervolgens komt er een evaluatie van het werkplan 2003 en tenslotte wordt een gezamenlijk soa/hiv-werkplan 2004 gemaakt.

9. Coördinatie en secretariaat van het OAM door NIGZ, gemiddeld 6 bijeenkomsten per jaar (standaard). Daarnaast: Ontwikkelen plan voor nieuwe rol van OAM, in samenwerking met coördinatiepunt. Deze rol van het OAM houdt onder meer in: het opstellen van jaarplannen, adviserende taak (gevraagd en ongevraagd) richting beleid en andere deelprogramma's, monitoring interculturalisatie van andere deelprogramma's, ondersteunen coördinatiepunt op het gebied van deskundigheidbevordering en coaching van projecten, de samenleving mobiliseren en solidariteit op de agenda zetten.
10. Beleid en ontwikkeling van materialen en methodieken op het gebied van de aidsvoorlichting aan allochtonen. Door NIGZ.  
Specifiek:
  - Voorlichtingsbeleid en voorlichtingsmateriaal ten aanzien van allochtone zwangeren en de hiv test ontwikkelen door NIGZ.
  - Voorlichtings- en uitgavebeleid ten aanzien van condooms met meertalige bijsluiter, door NIGZ in samenwerking met Stichting soa-bestrijding.
11. Oriëntatie op de gevolgen van het stimuleren voor- en nazorg van hiv-testen specifiek voor allochtone patiënten en belangenbehartiging seropositieve allochtonen. Hierin kan worden samengewerkt met Hiv Vereniging Nederland, zelforganisaties, Aids Fonds.

*Verbeteren positie zelforganisaties en samenwerking met reguliere instellingen*

12. Meten behoefte van zelforganisaties naar een *servicepunt* (ondersteuning en informatie voor zelforganisaties en expertisecentrum voor reguliere voorzieningen) opgezet door het coördinatiepunt. NIGZ in samenwerking met het OAM.

## **Belangenbehartiging**

*Vergroten draagvlak*

13. Vaststellen en uitvoeren van pleitbezorgings-agenda, monitoring resultaten. Actoren: Aids Fonds, NIGZ, Hiv Vereniging Nederland met OAM als klankbord. Een concrete uitwerking hiervan is punt 17.

## **4.3 Nog niet gefinancierde activiteiten**

De volgende activiteiten worden wenselijk en noodzakelijk geacht, maar zijn nog niet gefinancierd. In 2003 zal gezocht moeten worden naar aanvullende financiering.

*Versterken onderbouwing*

14. Verbeteren registratie (inclusief inventarisatie 2002 actualiseren) op het gebied van epidemiologie, sociale wetenschap, methodieken en initiatieven.

*Verbeteren positie zelforganisaties en samenwerking met reguliere instellingen*

15. Uitwerking servicepunt, NIGZ in samenwerking met Aids Fonds (financiering) en vervolgens start 'Servicepunt'.

*Interculturalisering*

16. Monitoren en signaleren van de voortgang in de interculturalisatie van de aidsbestrijding onder allochtonen in de:
  - deelprogramma's aidsvoorlichting en preventie. Hierbij zorgen dat intercultureel

- werken onderdeel wordt van structurele financiering preventieprogramma's.
- zorg en ondersteuning rondom hiv en aids. Hierbij is uitwisseling belangrijk. Door NIGZ, Hiv Vereniging Nederland, OAM.

#### *Verbreiding financiering*

17. Vaststellen en uitvoeren plan van aanpak voor verbreiding van de financiering van de aidsbestrijding onder allochtonen. Door Aids Fonds en NIGZ.

#### **4.4 Schematisch overzicht van overige lopende/geplande activiteiten in de aidsbestrijding onder allochtonen**

In het volgende schema wordt een overzicht van alle activiteiten en initiatieven op het gebied van de aids-bestrijding onder allochtonen gepresenteerd. Hierbij wordt aangetekend dat het gaat om een momentopname. Het kan zijn, dat bij het verschijnen van dit programma bepaalde gegevens al weer gewijzigd zijn, nieuwe projecten begonnen zijn of lopende projecten afgerond. Voor het overzicht is informatie van anderen gebruikt. NIGZ en Aids Fonds zijn niet verantwoordelijk voor verkeerde of ontbrekende informatie. Aanvullingen en correcties zijn van harte welkom en door te geven aan het NIGZ via de website [www.allagainstaids.nl](http://www.allagainstaids.nl).

De activiteiten en initiatieven zijn ingedeeld naar de fase van de programmatische cyclus waarin ze zich bevinden. Dit wil zeggen dat de activiteiten gegroepeerd zijn naar ontwikkelingsfase. De drie fasen bestaan uit: verzamelen basisinformatie, ontwikkeling en innovatie en vervolgens implementatie en verankering.

Uitvoerder	Omschrijving	Doelgroep	Doel	Status
<b>Basisinformatie</b>				
GG&GD Amsterdam	Evaluatie van universele hiv-screening van alle zwangeren in Amsterdam	Autochtone en allochtone vrouwen	2	Lopend
RIVM	Pilots in het kader van de hiv-surveillance	allochtone doelgroepen	2	Lopend
Schorerstichting	Multicultureel homospecifiek onderzoek	Homomannen	1	Lopend
GG&GD Amsterdam / RIVM	Onderzoek heteroseksuele hiv-transmissie	Surinamers en Antillianen/Arubanen	1	Voorgenomen
Schorerstichting	Onderzoek naar de ontwikkeling van strategie naar zorg vrouwen met lesbische en biseksuele gevoelens	Allochtone vrouwen	3	?
Universiteit Utrecht	Determinanten van condoomgebruik onder Surinaamse, Antilliaanse en sub-Sahara migranten in Amsterdam z-o	Surinaamse, Antilliaanse en sub-Sahara mannen en vrouwen	1	?
GG&GD Amsterdam / RIVM	Antiretrovirale therapie bij niet-Kaukasische (Ghanese en Creoolse) hiv-patiënten in Nederland	Ghanese en Creoolse hiv-patiënten	3b	?
ZON/MW	Onderzoek gericht op preventie en zorg	?	1,2,3,4	lopend
Schorerstichting	Preventie en zorg voor seropositieve mannen die seks hebben met mannen met een Latino achtergrond	Seropositieve mannen	1,2,3	Lopend
GGD Rotterdam e.o.	Genderspecifieke methodiekwontwikkeling heteroseksuele migrantenmannen	Heteroseksuele migranten mannen	4a	?
Schorerstichting	Onderzoek homo- en lesbische vluchtelingen m.b.t. preventie/zorg	Vluchtelingen	?	Lopend
Rutgers/NISSO groep, Pharos	Haalbaarheidsonderzoek aidsvoorlichting in ISK's	Algemeen en specifieke groepen	1	

Uitvoerder	Omschrijving	Doelgroep	Doel	Status
<b>Ontwikkeling/innovatie</b>				
Afapac	Project voorlichting, begeleiding en ondersteuning van sub-Sahara Afrikaanse immigranten in Nederland m.b.t. algemene gezondheidszorg en hiv/aids	Mensen uit sub-Sahara Afrika	1, 2 en 3	lopend
Afapac	Posterproject		?	
Stichting soa-bestrijding	Vrij Veilig Campagne	allochtone en autochtone jongeren	1	
Stichting soa-bestrijding/NIGZ	Website <a href="http://www.maroc.nl">www.maroc.nl</a>	Marokkaanse jongeren	1	lopend
NIGZ / TNO-PG	Project Somalische vrouwen	Somalische vrouwen	1	lopend
Stichting soa-bestrijding	Website <a href="http://www.prostitutie.nl">www.prostitutie.nl</a>	Allochtone en autochtone prostituees	1, 2	lopend
Stichting soa-bestrijding/MOA	Ontwikkelingsproject ondersteuning MOA, soa-preventie en zorg bij asielzoekers	Intermediairs, asielzoekers	1,	
Aids Fonds	Ondersteuning allochtone zelforganisaties inzake hiv/aids	Intermediaren	4b	
GGD Rotterdam	Intensivering voorlichting voor Surinamers, Kaapverdianen, sub-Sahara Afrikanen	Surinamers, Kaapverdianen, sub-Sahara Afrikanen	1	afgerond
Sadi Rotterdam	Allochtone zorgconsulenten	Allochtonen met hiv/aids	1,2,3	afgerond
Positive African Mutual Aid (voorheen: African Support Group)	Afrikaanse mensen met hiv en betrokkenen dmv voorlichting en bijeenkomsten te uniten	Afrikanen met hiv/aids en betrokkenen	1,3c	lopend
Buddyprojecten regionaal	Praktische en emotionele ondersteuning mensen met hiv/aids	Algemeen publiek en asielzoekers	3	lopend
X-zorg (voorheen: Landelijk Netwerk Buddyzorg)	Uitwisselen van informatie, intervisie van buddyprojecten	Buddyprojecten in Nederland	4	lopend
Hiv Vereniging Nederland	Belangenbehartiging, informatievoorziening, onderling contact en ondersteuning in samenwerking met Sida Vida en PAMA	Alle mensen met hiv/aids en betrokkenen	1,2,3,4	lopend
PASAA	Voorlichting, zorgactiviteiten, deskundigheidsbevordering	Antillianen, Arubanen, Surinamers, mensen uit Caraïbisch gebied,	1,2,3,4	lopend

Uitvoerder	Omschrijving	Doelgroep	Doel	Status
Ministerie van Justitie	Deskundigheidsbevordering	Spaanstaligen Justitieel ingeslotenen (allochtonen en autochtonen)	4	lopend
Schorerstichting	Buddywerk, begeleiding bij preventie, stimuleren samenwerking zelforganisaties	Werkenden in Gezondheidszorg, mannen en vrouwen met homoseksuele contacten	1,2,3,4	lopend
Sida Vida	Preventie, ondersteuning, belangenbehartiging	Homoseksuelen, heteroseksuelen, biseksuelen, transseksuelen, travestieten uit Latijns- Amerika, Spanje, Portugal	1,2,3	lopend
Stichting Sadi	Preventie en zorg, allochtone zorgconsulenten	Afrikanen	1,2,3	lopend
Stichting Mission (Im)possible	Sociale contacten stimuleren vrouwen en kinderen met hiv/aids	Migrantenvrouwen/moeders met kinderen	3c	lopend
Stichting Dominicana Santo Domingo	Bevordering evenredige participatie, versterken zelfvertrouwen doelgroep	Dominicanen en Spaanstalige mensen	3c	lopend
Stichting Muhabbat	Preventie en zorg vanuit diaconaal karakter	Molukkers	1,2,3	lopend
Strichting Tjandu	Preventie en zorg op gebied van hiv/aids, buddyprojecten	Molukse gemeenschappen in Nederland	1,2,3	lopend
MOA	Medische opvang asielzoekers	Asielzoekers, intermediairs	3	lopend
GGD Twente	Peer education sexual health AMA's	AMA's	1	Lopend
Universiteit Maastricht / NIGZ	Effectevaluatie training cognitieve gedragsvaardigheden Creoolse, Ghanese en Antilliaanse vrouwen	Creoolse, Ghanese en Antilliaanse vrouwen	4a	Lopend
GG&GD Utrecht	Pilot-project sexual health (AMA's)	AMA's	1	?

## Implementatie/verankering

NIGZ	Coördinatie OAM	Intermediairs	4b	lopend
NIGZ / GGD'en	Voorlichting Eigen Taal en Cultuur	alle allochtone doelgroepen	1, 2 en 3	Lopend
Stichting soa-bestrijding/NIGZ	Lang leve de Liefde lespakket	Vmbo-scholieren	1	Lopend
Stichting soa-bestrijding	Safe sex files lespakket	Havo/vwo scholieren	1	Lopend

Uitvoerder	Omschrijving	Doelgroep	Doel	Status
Schorerstichting	Persoonlijke interculturaliseringstrajecten	intermediairs	4b,4c	Lopend
GGD Rotterdam	Amor i salú, preventieproject	Antillianen en Arubanen	1	structureel
Aids Fonds	Aids Soa Infolijn	Algemeen publiek, intermediairs, media	1,2,3	Lopend
Dienst OCW, productgroep EEG, afd. GVO (preventie)	Groepsvoorlichting Vetc	Migranten en vluchtelingen	1,2	
Stichting Mainline	Gezondheids- en preventiewerk voor druggebruikers o.a. op het gebied van hiv/aids	Druggebruikers algemeen, specifieke aandacht allochtone druggebruikers	1,2,3	Lopend
Sadi Rotterdam	Allochtone zorgconsulenten	Allochtonen met hiv/aids	1,2,3	Voortzetting
Stichting soa-bestrijding	VIP-pool	migrantenprostituees	1, 2	Lopend
NIGZ / FONA	Aidsvoorlichting	algemeen publiek Turken, Marokkanen, Surinamers, Antillianen/Arubanen	1,2	Lopend

## ***Bijlagen***

**Afkortingen**

Afapac	African Foundation for Aids Prevention and Counseling
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AMA	Alleenstaande Minderjarige Asielzoeker
GGD/GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige Dienst/Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst
HIV	Humaan Immunodeficiëntie Virus
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NCAB	Nationale Commissie Aids Bestrijding
OAM	Overleg Aids-voorlichting Migranten
Pasaa	Project Aidsvoorlichting en counseling voor Surinamers, Antillianen en Arubanen
Soa	seksueel overdraagbare aandoening
VETC	Voorlichting Eigen Taal en Cultuur
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WVC	Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
ZON/MW	Zorg Onderzoek Nederland / Medische Wetenschappen

## Literatuur

Jaarplan aids-voorlichting migranten 1993, April 1993, NCAB

Jaarplan Migranten 1995, Februari 1995, NCAB

Migranten en AIDS; Een inventarisatie van de knelpunten in de zorg- en hulpverlening aan migranten met HIV/AIDS, November 1993, NCAB

Programma aidsbestrijding 1999-2002, Zwaartepunten en beoordelingscriteria, Stichting Aids Fonds, september 1998

Werkplan aids-voorlichting migranten, vluchtelingen/asielzoekers, 1994-1995, December 1993, NCAB

Notitie Aidsbestrijding onder allochtonen, 2001, NIGZ / Aids Fonds (ongepubliceerd)

Inventarisatie Aidsbestrijding onder allochtonen, Oktober 2002, Aids Fonds, NIGZ.  
Te bestellen bij en in te zien via de website van Aids Fonds

Soa en hiv onder allochtonen, Bergen, J. van den, . In: Soa-bulletin, Jaargang 22, Nr.4, 2001, Stichting Soa-bestrijding, Utrecht.

Registratie van soa en HIV consulten bij GGD-en soa-poliklinieken Jaarverslag 2001, 2002, Bilthoven

Aids in Nederland Per 31 december 2001, 2002, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag, (ongepubliceerde data).

The role of theory in HIV prevention, 2000, Fishbein, M. Anneberg Public Policy Center, Philadelphia.

HIV prevalence, sexual risk behaviour and sexual mixing patterns among migrants in Amsterdam, the Netherlands (1999), Gras, M., Weide, J.F., Langendam, M.W., Coutinho, R/A., & Hoek van den, A., Lippincott Williams & Wilkins, Amsterdam.

Advies Communicatiestrategie allochtonen Communicatieadvies soa-preventie onder allochtonen, 2001-2003 (2001), Eijk van, C., MCA Communicatie, Utrecht.  
Veilig vrijen en condoomgebruik bij Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse jongeren en jong-volwassenen. Een vergelijking met autochtone Nederlanders (2000), Bergh, von, M.Y.W., Sandford, T.G.M., NISSO, Utrecht.

Van koffiehuis tot salsaparty. Migrantenvoorlichters bereiken hun doelgroepen met aids-boodschap. Kocken, Voorham, van Haastrecht, 2000. In: Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen, Jansen, Schuit, Van der Lugt, 2001, RIVM.

Strategies to promote Aids education among Africans in Europe: the example of the Netherlands, 2001, Boahene, K., Kyei, M.B., Appau, A., AFAPAC, Amsterdam

Verslag interviews met allochtone jongeren ten behoeve van het project 'Voorlichting over veilig vrijen aan allochtone jongeren', 2002, Lhajoui, M., NIGZ, Woerden.

Voorlichting over veilig vrijen aan allochtone jongeren NIGZ Notitie ten behoeve van de stuurgroep Jongeren, Aids, Soa en Seksualiteit (JASS), 2002, Lhajoui, M., Singels, L., Haastrecht, P., NIGZ, Woerden.

Amor I Salú Het Rotterdamse communityproject ter bevordering van de seksuele gezondheid van Antillianen en Arubanen, 2002, Kocken, P., Wouter, L., Voorham, T., Zwart, de, O., GGD Rotterdam, Rotterdam.

Soa bij asielzoekers, 2001, Jak, L.G., Stichting Medische Opvang Asielzoekers GGD'en Noord-Holland/Flevoland.

Programma Aidsbestrijding 2003-2006, Aids Fonds, Amsterdam, oktober 2002

### Lijst van OAM deelnemers

Deze personen en instellingen hebben in 2002 meegewerkt aan de totstandkoming van het programma:

1. Dhr. Claudio Galvez-Kovacic, Schorerstichting
2. Dhr. Jan Hilbers, Stichting soa-bestrijding
3. Mevr. Jessica Weide, Stichting soa-bestrijding
4. Dhr. Joost Otter, Pharos
5. Dhr. Wim Amptmeijer, Pharos
6. Dhr. Juan Walter, PASAA
7. Dhr. Ronald Berends, Aids Fonds
8. Dhr. Cor Blom, Aids Fonds
9. Dhr. Robert Witlox, Hiv Vereniging Nederland
10. Dhr. Adanse Pipim, Afapac
11. Mevr. Maria Knapen, NIGZ
12. Mevr. Paulien van Haastrecht, NIGZ

Tevens zijn als input voor het programma twee werkbijeenkomsten georganiseerd met andere deelnemers, voor verslagen van de bijeenkomsten kan de website [www.allagainst aids.nl](http://www.allagainst aids.nl) geraadpleegd worden.

**Overzicht respondenten inventarisatie**

Landelijke coördinatiepunten:

1. Mevr. Anita Johannisse, Dienst Justitiële Inrichtingen, landelijk consulent infectieziektenbestrijding
2. Dhr. Ronald Vos, Hiv Vereniging Nederland, coördinator servicepunt
3. Dhr. Hugo van Aalderen, Stichting Mainline
4. Dhr. Georg Bröring, AIDS & Mobility, NIGZ
5. Dhr. Claudio Galvez-Kovacic, Schorerstichting
6. Dhr. Jos Poelman, Stichting soa-bestrijding
7. Mevr. Lucie van Mens, Stichting soa-bestrijding
8. Mevr. Judith Blekman, Trimbos Instituut

**Geraadpleegde experts**

1. Mevr. Dr. Ir. E.L.M. Op de Coul, RIVM
2. Mevr. Drs. L. Singels, Ministerie VWS
3. Dhr. Dr. G. Kock, Universiteit Maastricht
4. Mevr. Drs. M. Bertens, Universiteit Maastricht
5. Mevr. Drs. N. van Kesteren, Universiteit Maastricht

## Begripsdefinities

Ten behoeve van de leesbaarheid wordt in dit naslagwerk de term allochtonen gehanteerd, dit impliceert tevens ook de grote diversiteit aan doelgroepen die aan de orde komen. Wanneer over een specifieke (sub)groep gesproken wordt dan zal dit expliciet worden aan gegeven.

De termen *allochtonen*, *asielzoekers*, *vluchtelingen* en *illegalen* worden als volgt gedefinieerd.

*Allochtonen* zijn personen die zelf, of van wie beide of een van beide ouders in het buitenland geboren zijn. Er worden twee hoofdgroepen van herkomst onderscheiden: westers en niet-westers. Onder westers wordt verstaan: Europa (excl. Turkije), Noord-Amerika, (het vroegere) Nederlands- Indië, Japan en Oceanië. Onder niet-westers wordt verstaan: Afrika, Azië (excl. Nederlands Indië/Indonesië en Japan), Latijns-Amerika en Turkije. Dit is de definitie zoals het CBS die hanteert.

*Asielzoekers* zijn personen die als vluchteling naar Nederland komen, maar nog geen verblijfsstatus als vluchteling hebben gekregen. Alleenstaande minderjarige asielzoekers (AMA's) vormen hierbinnen een specifieke subgroep.

*Vluchtelingen* beschikken over een officiële vluchtelingenstatus en zijn daarmee erkend als vluchteling volgens het verdrag van Geneve. Er zijn vluchtelingen die op basis van een asielprocedure over een vluchtelingenstatus beschikken. Daarnaast zijn er uitgenodigde vluchtelingen. Jaarlijks wordt een beperkte groep vluchtelingen op deze basis toegelaten tot Nederland.

*Illegalen/onverzekerden* in Nederland zijn personen met een niet-Nederlandse nationaliteit die in Nederland verblijven zonder verblijfstitel. Vanwege de koppelingswet is het niet meer mogelijk dat een illegaal verblijvende zich in Nederland verzekert via het ziekenfonds.

Bronnen: CBS en Werkdocument Aidsbestrijding onder asielzoekers, vluchtelingen & illegalen in Nederland.