



SITUATIEANALYSE

Onderdeel van referentiekader 2017-2020 homomannen,
biseksuelen en andere MSM in BHG

3. SITUATIEANALYSE

3.1. DOELGROEP

Bij de surveillance van soa-/hiv-epidemies verwijst de **epidemiologische categorie “MSM”** naar mannen die regelmatig of af en toe, uitsluitend of niet seks hebben met mannen, ongeacht of ze zich homoseksueel/homo noemen of niet. De categorie verwijst dus niet naar de **persoonlijke identiteit** van de betrokken mannen, maar beschrijft de seksuele gebruiken van een populatie met betrekking tot de kanalen van soa-/hiv-overdracht.

Bovendien moeten we erop wijzen dat de seksuele praktijken en voorkeuren van individuen niet vastliggen in de tijd en dat er in de categorie MSM een zekere fluiditeit bestaat. Daarom is de **grootte van de populatie bijzonder moeilijk in te schatten** en is die trouwens in België in geen enkele recente studie onderzocht.

Door de *EMIS*- en *SIALON II*-enquêtes was het wel mogelijk om bepaalde sociaal-demografische componenten van deze populatie¹⁴ in het BHG te benaderen.

- **Een heel heterogene populatie** op het gebied van leeftijd, nationaliteit en sociaaleconomische status.
- **Een heel mobiele populatie** vanwege een goed ontwikkeld homotoerisme maar ook een groot aantal internationale werknemers.
- Een populatie die voor het grootste deel bestaat uit mannen die zichzelf omschrijven als **homo/homoseksueel**.
 - 87,4% van de in *EMIS* ondervraagde MSM in het BHG noemt zich homoseksueel/homo en 6,7% noemt zich biseksueel.
 - 80,4% van de in *EMIS* gerekruteerde MSM verklaart zich enkel aangetrokken te voelen tot mannen.
 - 6,6% van de in *EMIS* ondervraagde MSM verklaart (de voorbije twaalf maanden) seks te hebben gehad met minstens één vrouw, tegenover 2,3% van de ondervraagde MSM in *SIALON II* (in de zes maanden voorafgaand aan de enquête).

Hoewel de mannen in deze populatie zichzelf massaal homo/homoseksueel noemen, is er bijna 20% die zichzelf niet als dusdanig herkent. Om rekening te houden met alle seksuele profielen van de doelgroep tot wie het actieplan zich richt, is uiteindelijk gekozen voor de benaming “**homomannen, biseksuelen en andere MSM**” – de benaming die onder andere ook is gekozen door het *Center for Disease Control*¹⁵.

¹⁴ Er zitten wat verschillen in de manier waarop de steekproef van de populatie voor deze twee enquêtes is gerekruteerd, aangezien *EMIS* online gebeurde via datingsites die zich hoofdzakelijk richten tot homo's en *SIALON II* werd uitgevoerd op plaatsen waar homo's elkaar ontmoeten.

¹⁵ Zie: <http://www.cdc.gov/std/life-stages-populations/msm.htm>.

3.2. SPECIFIEKE SUBGROEPEN

Hoewel de situatieanalyse kan worden veralgemeend tot de hele populatie van homo's, biseksuelen en andere MSM, moeten we wijzen op het belang van vier subpopulaties voor wie we het gedrag en de specifieke determinanten nader moeten omschrijven en dus de uitvoering van strategieën, doelstellingen en activiteiten op het terrein moeten aanpassen.

We moeten wel stellen dat de situatieanalyse per subpopulatie niet zo sterk aan bod is gekomen tijdens de workshops voor overleg. Daardoor bevat het operationeel plan dus maar weinig specifieke elementen voor deze subgroepen. Dit is een van de zwaktes van dit referentiekader en bij de opvolging hiervan moeten we daar bijzondere aandacht aan besteden.

Bij de update van het referentiekader zijn twee andere subgroepen niet in aanmerking genomen. Het gaat om de sekswerkers en trans-personen voor wie specifieke referentiekaders moeten worden opgesteld /of geüpdatet¹⁶.

3.2.1. Homo's, biseksuelen en andere MSM met hiv

Sinds de opkomst van de nieuwe antiretrovirale middelen (ARV) aan het eind van de jaren 1990 kennen de meeste mensen met hiv een **hogere levensverwachting** en een **betere levenskwaliteit**. Dankzij die vooruitgang kunnen zij projecten waarmaken (op het gebied van paarvorming, kinderen, opleiding, werk), maar ontstaan er tegelijk nieuwe problemen, onder andere op het vlak van ouder worden met hiv.

Vandaag is wetenschappelijk bewezen dat wanneer mensen met hiv **in behandeling zijn** en hun **virale lading ondetecteerbaar blijft**, zij hiv niet via seksuele weg kunnen overdragen aan een seronegatieve partner¹⁷. De vroegtijdige behandeling zorgt voor een betere levenskwaliteit van de mensen met hiv en vermijdt de ontwikkeling van opportunistische ziekten¹⁸. In die context zijn het kennen van de eigen serologische status, het starten en voortzetten van een behandeling en therapietrouw van cruciaal belang, maar zij kunnen worden bedreigd door verschillende factoren: een ongelijke toegang tot hiv-tests, angst voor de ziekte, vervroegde nevenwerkingen van de behandeling en sociale moeilijkheden. Bovendien leven de meest kansarme mensen in omstandigheden waardoor zij niet kunnen kiezen voor een gedrag dat gunstig is voor hun eigen gezondheid.

De kennis van de doeltreffendheid van de **behandeling als preventie** (TasP) bij homo's, biseksuelen en andere MSM (met of zonder hiv) is op dit moment een van de grootste uitdagingen voor de preventiewerkers. Zoveel mogelijk homo's, biseksuelen en andere MSM met hiv moeten vandaag deze strategie van medische preventie kennen en toepassen, naast de sensibilisering over andere strategieën om

¹⁶ Er bestaat een referentiekader voor mannelijke prostitués: <http://www.strategiesconcertees.be/documents-productions/prost-masc>.

¹⁷ Rodger A.J. *et al.* (2016), « Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. », *The Journal of the American Medicine Association*, vol. 316, nr. 2, p. 171-181.

¹⁸ Lundgren J.-D. *et al.* for The INSIGHT START Study Group (2015), « Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection », *New England Journal of Medicine*, vol. 373, nr. 9, p. 795-807.

seksuele risico's te beperken, zoals het gebruik van condooms en glijmiddel (bescherming tegen andere soa's, bescherming tegen hiv-overdracht in geval van detecteerbare virale lading), PEP en PrEP. Het is ook nodig om promotie te maken voor strategieën voor risicobeperking die verband houden met druggebruik bij de beoogde doelgroep.

Homo's, biseksuelen en andere MSM met hiv worden bovendien geconfronteerd met **stigmatisering en discriminatie** of met problemen om zich te integreren in verschillende sectoren van het maatschappelijk leven (gezondheid, werk/opleiding, verzekeringen) en ook in hun gevoels- en seksleven¹⁹. Die discriminatie op basis van hun serologische status komt soms bovenop de andere discriminatie of stigmatisering op basis van hun seksuele geaardheid, hun migratietraject, hun druggebruik of hun activiteit als sekswerker. Er bestaat dus een grote kloof tussen de therapeutische vooruitgang en een aanhoudende sociale kwetsbaarheid.

Ten slotte bestaat er in België ook een risico van **criminalisering van hiv-overdracht**, die een impact heeft op de houding tegenover het risico, de tests en de preventie. Ook daarmee moet rekening worden gehouden²⁰.

3.2.2. Jonge homo's, biseksuelen en andere MSM

De leeftijdsgroep van de 15- tot 26-jarigen verwijst naar de indeling die wordt gebruikt in de enquêtes over homo's, biseksuelen en andere MSM die in het BHG beschikbaar zijn. De jongeren hebben hetzelfde gedrag en dezelfde determinanten als de rest van deze populatie. En bovendien vertonen zij ook **specifieke kenmerken door hun leefomgeving** (gezin, leeftijdsgenoten, schoolse en buitenschoolse omgeving) **en hun traject** (adolescentie, eerste seksuele betrekkingen, identiteitsvorming).

De hiv-epidemie, de dynamiek en de determinanten ervan zijn nog niet goed bekend bij de groep van jonge homo's, biseksuelen en andere MSM. Nochtans zijn er enkele typische omgevings- of gedragsfactoren voor deze populatie.

- **Ontbreken van preventieacties** die specifiek gericht zijn op jonge **homo's, biseksuelen en andere MSM**, met name als gevolg van de gebrekkige relationele en seksuele vorming in Franstalig België.
- **Gebrekkige kennis over de manieren waarop hiv en andere soa's worden overgedragen**, het preventiemateriaal en de strategieën om zich te beschermen of de risico's te beperken.
- **De ontmoetingsplaatsen en de structuur van het sociale leven van jonge homo's** verschillen van die van oudere **homo's, biseksuelen en andere MSM**, wat leidt tot een gebrek aan intergenerationele banden, vooral met betrekking tot thema's in verband met seksualiteit.

¹⁹ Pezeril C. (2012), *Premiers résultats de l'enquête « Les conditions de vie des personnes séropositives en Belgique francophone »*, Observatoire du sida et des sexualités (Université saint-Louis) / Plate-forme Prévention Sida / Centre d'Etudes Sociologiques, Brussel.

²⁰ Pezeril C. (2016), « Le gouvernement des corps séropositifs. Dynamique de pénalisation de la transmission sexuelle du VIH », *Genre, sexualité & société*, nr. 15.

- **Discriminatie op basis van seksuele geaardheid**, gevoel van verstoting in de familie en/of de samenleving, isolement, pesterijen op school. Al die elementen kunnen een impact hebben op de geestelijke gezondheid van de jongeren en hen minder bewust maken van hun risicogedrag.
- **Frequent gebruik** van alcohol en psychoactieve middelen.

3.2.3. Homo's, biseksuelen en andere MSM met een

migratieachtergrond of hoge mobiliteit

Er bestaan belemmeringen die specifiek verband houden met migratie, die zich kunnen uiten op verschillende niveaus, zoals in de toegang tot preventiemiddelen, in het opstarten van een behandeling of in geringe steun van samenleving en familie.

In deze publicatie omvat de categorie "**migranten**" de homo's, biseksuelen en andere MSM die in het BHG verblijven en die in een ander land dan België (binnen en buiten de EU) geboren zijn. Deze categorie is bijzonder heterogeen, met name wat betreft het verblijfsstatuut, de verblijfsduur, de etnische en culturele achtergrond. Het is dan ook nodig om de vastgestelde situaties zo nauwkeurig mogelijk te beschrijven.

Bovendien concentreert zich in het BHG een groot deel van het homoleven en de nationale homoscene en is er ook heel wat **homotoerisme**. Het gewest kent ook een grote **internationale mobiliteit**, met een groot aandeel internationale werknemers. Om die redenen moet bijzondere aandacht worden besteed aan de twee volgende categorieën van **niet-ingezetenen**:

- de Belgen en niet-Belgen die in een ander gewest dan het BHG wonen en die regelmatig naar het BHG komen;
- de internationale reizigers op doortocht in het BHG.

Deze gebruikers van het BHG zullen bijzondere aandacht krijgen bij de omschrijving van onze strategische doelstellingen en activiteiten.

3.2.4. Homo's, biseksuelen en andere MSM die drugs gebruiken

Homo's, biseksuelen en andere MSM (maar vooral homo's) gebruiken over het algemeen meer psychotrope middelen dan de bevolking in het algemeen. De opkomst van nieuwe middelen en/of andere manieren om drugs te gebruiken, met name **SLAM** (intraveneus injecteren van psychostimulerende middelen zoals mefedron en derivaten daarvan) heeft het seksuele en preventieve landschap veranderd.

Sommige middelen worden specifiek gebruikt als seksuele pepmiddelen, met name tijdens seksfeestjes (in seksbars, thuis, tijdens groepsseks). De uitdrukking "**chemsex**" wordt gebruikt om seks te beschrijven tussen mannen onder invloed van druggebruik voor en/of tijdens de seks. In deze publicatie leggen we specifiek de klemtoon op dit gebruik, omdat dit vaak wordt beschouwd als een van de oorzaken

voor de vernieuwde toename van het aantal infecties met hiv en andere soa's, hoewel dat verband tot nu toe niet wetenschappelijk bewezen is.

We moeten een onderscheid maken tussen twee categorieën van MSM die drugs gebruiken.

- **De gebruikers van recreatieve drugs** gebruiken allerlei legale en illegale drugs (soms tegelijk) en verkeren in een omgeving die het druggebruik bevordert, onder andere door kennismaking met bepaalde producten. Het gebruik van een of meer recreatieve drugs kan soms, maar niet systematisch, leiden tot minder goed beschermde seks.
- **De gebruikers van injecteerbare drugs** vormen een groep die risicogedrag in verband met intraveneuze injectie van drugs en in verband met seks kan cumuleren. De prevalentie van hiv, maar vooral van hepatitis B en C, ligt hoog in deze groep. Homo's, biseksuelen en andere MSM die drugs injecteren kunnen soms worden achtergesteld op sociaaleconomisch vlak, hoewel sommige mannen die bijvoorbeeld "slammen", niet worden geconfronteerd met enig probleem van sociale, economische of medische aard.

De politieke context van bestraffing van drugs moet wel worden beschouwd als een belangrijke belemmering voor het invoeren van de juiste strategieën voor risicobeperking voor deze doelgroep.

3.3. EPIDEMIOLOGISCHE EN SOCIALE ANALYSE

3.3.1. Voorstelling

Zoals vermeld in het deel over de methodologie van deze publicatie, vormt de epidemiologische en sociale diagnose de eerste fase van de situatieanalyse (PRECEDE).

Bij de update is deze diagnose ontwikkeld in drie stadia:

1. Het 'Observatoire du sida et des sexualités' stelde een **voorbereidend document** op door de bestaande gegevens voor het BHG in te zamelen, zowel uit recent wetenschappelijk onderzoek (vooral de belangrijke *EMIS*- en *SIALON II*-studies) als uit de activiteits- of resultaatsindicatoren van de verschillende actoren voor de bestrijding van hiv en andere soa's in het BHG. De internationale enquêtes werden gebruikt wanneer bepaalde thema's – zoals het gebruik van injecteerbare drugs – niet voldoende aan bod kwamen in lokale enquêtes. Deze diagnose biedt een nauwkeurig en geactualiseerd overzicht van de situatie door voorrang te geven aan gegevens die minder dan vijf jaar oud zijn.
2. Het voorbereidend document werd voorgelegd tijdens de **focusgroep** die op 4 mei 2015 werd georganiseerd voor de doelgroep van Brusselse homo's, biseksuelen en andere MSM. De deelnemers hebben de gegevens die in dit document worden voorgesteld van commentaar voorzien en aangevuld met hun eigen ervaringen, zienswijzen en verwachtingen op het gebied van preventie. De bijdragen van de doelgroep zijn genoteerd en vervolgens opgenomen in de diagnose.

- Uiteindelijk is de diagnose dan voorgelegd voor **bespreking en bekrachtiging** aan de deelnemers – vooral professionele krachten en intermediairs – tijdens de **workshop** op 29 mei 2015 met de titel “Seksuele gezondheid, preventie en risicobeperking voor homo’s, biseksuelen en andere MSM in het Brussel Hoofdstedelijk Gewest”. Hun vaststellingen zijn ook meegenomen en hebben het mogelijk gemaakt om de epidemiologische en sociale diagnose aan te vullen.

Het volledige document met alle gegevens die zijn ingezameld tijdens de drie stadia is te vinden in de bijlage en is ook te downloaden online, op de website van het ‘Observatoire du sida et des sexualités’²¹. Om deze publicatie voldoende beknopt te houden, geven we hier enkel een samenvatting met de meest opvallende indicatoren.

3.3.2. Belangrijkste elementen

Dit deel bevat een **samenvatting van de epidemiologische en sociale diagnose**, waarvan hierboven al is beschreven hoe die tot stand is gekomen. Het volledige document is als bijlage aan dit dossier toegevoegd en bevat zowel de wetenschappelijke gegevens, de vaststellingen op het terrein en de opmerkingen die zijn ingezameld tijdens de verschillende workshops. Het is opgebouwd uit 11 thematische delen. Dit document vermeldt vooral de gegevens van de epidemiologische surveillance uit 2013. Sindsdien zijn de gegevens van het WIV voor het jaar 2014 verschenen. Hoewel er tussen 2013 en 2014 een lichte achteruitgang van de epidemie vast te stellen is bij de homo’s, biseksuelen en andere MSM, is de dynamiek van de epidemie niet veranderd. Bovendien kunnen we op dit moment nog niet spreken van een echte achteruitgang, aangezien de incidentie slechts over een heel korte periode is gedaald en de daling nog moet worden bevestigd in de tijd.

1. EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS VOOR DE HIV-INFECTIE

Met betrekking tot de **incidentie** schreef het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid in 2013 50,6% van de nieuwe diagnoses van hiv-infectie in België waarvoor de besmettingswijze bekend is, toe aan een contact tussen homo’s, biseksuelen en andere MSM. Dat betekent een aanzienlijke toename met 5% in vergelijking met 2012, toen 44,2% van de infecties betrekking hadden op deze groep (SASSE, 2014). De hiv-incidentie bij homo’s, biseksuelen en andere MSM in het BHG ligt dicht bij de incidentie vastgesteld in andere grote Europese steden (Barcelona, Lissabon, Brighton, Boekarest) (SIALON II, 2013).

De woonplaats van de betreffende persoon is niet altijd bekend of vermeld in de surveillancegegevens. **Toch is de helft (50,9%) van deze nieuwe diagnoses waarvoor de woonplaats bekend is met betrekking tot MSM uitgevoerd in het BHG, goed voor in totaal 115 mannen.** 49 van hen waren Belgen en 66 hadden een andere nationaliteit. Een meerderheid van de niet-Belgen had de nationaliteit van een ander Europees land.

²¹ Ronti T. (2016), *Diagnostic épidémiologique et social : Les gays, bisexuels et autres HSH en Région de Bruxelles-Capitale*, Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis).

De hiv-prevalentie bij deze populatie wordt enkel voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in de EMIS-enquête geschat op 9,7% en in de SIALON II-enquête op 12,3% (EMIS, 2010; SIALON II, 2013).

2. EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS VOOR DE OVERIGE SOA'S

De gegevens van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid met betrekking tot soa's in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zijn niet beschikbaar volgens **wijze van overdracht**. Het aandeel van de homo's, biseksuelen en andere MSM die zijn besmet met een soa is dus niet bekend. Maar in de gegevens uit het peilnetwerk van klinici is de **wijze van overdracht** bekend voor 93% van de patiënten die in 2013 zijn opgevolgd. 62% van hen waren homo's, biseksuelen en andere MSM (SASSE, 2014).

Bovendien is in België 88% van de gevallen van **syfilis**, 84% van de gevallen van **gonorroe** en 36% van de gevallen van **chlamydia** het gevolg van een contact tussen homo's, biseksuelen en andere MSM. Voor hepatitis C wordt 100% van de nieuwe gevallen toegeschreven aan contacten tussen homo's, biseksuelen en andere MSM. Maar er wordt geen enkel onderscheid gemaakt tussen contacten tussen MSM en infecties als gevolg van het injecteren van psychotrope middelen. (SASSE, 2014).

3. SOCIAAL-DEMOGRAFISCH PROFIEL VAN DE HOMO'S, BISEKSUELEN EN ANDERE MSM

Uit de resultaten van de EMIS-enquête blijkt dat 87,4% van de respondenten zichzelf **homo of homoseksueel** noemt. Maar slechts 80,4% verklaart zich enkel aangetrokken te voelen door mannen, bijna 20% voelt zich zowel aangetrokken door mannen als door vrouwen. Met betrekking tot de identiteit stelt 6,3% biseksueel te zijn en 4,7% weigert zichzelf te omschrijven (EMIS, 2010). Ten slotte heeft 22,8% van de respondenten van de SIALON II-enquête met niemand gesproken over hun homoseksualiteit (SIALON, 2013).

De grote meerderheid van de respondenten in de EMIS-enquête heeft een **diploma hoger onderwijs** en heeft werk op het moment van de enquête. 47% van hen verklaart **alleen te wonen**, 30,7% woont samen met een **mannelijke partner** (EMIS, 2010).

Met betrekking tot de zogenaamde "migranten" neemt de SIALON II-enquête de mannen in aanmerking die zijn geboren in een ander land dan het land waar ze wonen op het moment van de enquête. **Brussel is de Europese stad met het hoogste aandeel migranten**: 31,6%, tegenover 25,2% in Barcelona, 18% in Stockholm en 15,2% in Verona (SIALON II, 2013). Bijna 80% van die migranten komt uit een ander Europees land. Van de populatie die werd gerekruteerd voor SIALON II, was echter 21,5% op bezoek en woonde gewoonlijk niet in België. Bijna 45% van de respondenten woonde in het BHG en 30% in een perimeter van 100 km rond het BHG.

Deze gegevens wijzen op de **grote mobiliteit van de mensen in Brussel** en dit kenmerk blijkt heel duidelijk uit het onderzoek, aangezien enkel Lissabon een hoger aantal bezoekers in zijn steekproef heeft (32,3%).

Ondanks de heel grote steekproeven in de *EMIS*- en *SIALON II*-enquêtes, kennen deze toch enkele beperking op het vlak van representativiteit. Bij *EMIS* heeft de keuze voor het rekruteren online het publiek uitgesloten dat geen toegang heeft tot de nieuwe technologieën (dating tools 2.0). De *SIALON II*-enquête werd dan weer uitgevoerd op ontmoetingsplaatsen voor homo's in het BHG. Daardoor heeft zij niet de mannen bereikt die niet op die plaatsen komen.

4. MSM MET HIV IN BELGIË

Er zijn maar weinig gegevens over homo's, biseksuelen en andere MSM met hiv beschikbaar die zijn opgedeeld volgens de gewesten. Daardoor bevat deze diagnose vooral gegevens van enquêtes en van op het terrein voor heel België.

Tussen het begin van de epidemie en 2011 is **95% van de MSM met een hiv-diagnose in het zorgsysteem gestapt**; het aantal MSM die ARV nemen ligt op 86%; het aandeel homo's, biseksuelen en andere MSM in ARV-therapie en met een virale lading van minder van 50 kopieën ligt op 88% (VAN BECKHOVEN, 2014).

Als we echter rekening houden met de "verborgen epidemie", bedraagt het geschatte aandeel van **seropositieve MSM met een ondetecteerbare virale lading** in België 69%, inclusief de niet-Belgische homo's, biseksuelen en andere MSM bij wie het aandeel dat in het zorgsysteem stapt en blijft een beetje lager ligt (VAN BECKHOVEN, 2014).

In de *SIALON II*-enquête volgt 99,6% van de **homo's, biseksuelen en andere MSM die weten dat ze seropositief een ARV-behandeling** 99,6%. 94% van hen heeft een ondetecteerbare virale lading. Van alle respondenten op de enquête volgt 84,7% van de seropositieve homo's, biseksuelen en andere MSM een ARV-behandeling en 78,3% van hen heeft een ondetecteerbare virale lading.

5. HIV-TEST

In de *EMIS*-enquête had 47,6% van de respondenten een hiv-test laten uitvoeren **in de zes maanden** voorafgaand aan de enquête, terwijl 23,6% zo'n test had laten uitvoeren in de twaalf maanden voordien (*EMIS*, 2010). Die resultaten worden bevestigd door de *SIALON II*-enquête, die aantoonde dat 68,1% van de respondenten heeft gemeld te zijn getest in het jaar voorafgaand aan de enquête (*SIALON II*, 2013).

Op te merken valt dat 4,8% van de respondenten bij *EMIS* verklaren dat ze sinds meer dan vijf jaar niet zijn getest op hiv, terwijl 26,74% van de respondenten bij *SIALON II* die jonger zijn dan 25 jaar dan weer **helemaal nog nooit is getest**. Dat cijfer daalt tot 7,4% voor de respondenten ouder dan 25 jaar in dezelfde enquête en voor dezelfde soort test.

Het **laattijdig testen** in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bedraagt 31,43% bij homo's, biseksuelen en andere MSM. Voor Belgische patiënten ligt het aandeel van laattijdige tests op 35,56%, voor de niet-Belgen bedraagt dit 28,81% (*SASSE*, 2014).

We moeten er ook op wijzen dat 12,3% van de respondenten bij de *SIALON II*-enquête drager van het virus was zonder het te weten. Dat cijfer wordt onder andere bevestigd door de gegevens van het WIV over de verborgen epidemie in 2014. Op basis van de "HIVModellingTool", ontwikkeld door het ECDC, heeft het WIV

geprobeerd het aantal homo's, biseksuelen en andere MSM die drager zijn van het virus en die in 2013 in leven waren in België te schatten: er zouden 6550 seropositieve homo's, biseksuelen en MSM in België zijn, waarvan er 900 (13,7%) hun serologische status niet kennen (SASSE, 2015).

Het **centrum voor anoniem en gratis testen ELISA** kreeg tussen 2008 en 2013 in totaal 4184 homo's, biseksuelen en andere MSM op consultatie, goed voor 23% van zijn patiënten in die periode. Bij de MSM kregen er 113 de diagnose dat ze seropositief waren, dat komt overeen met een vaststelling van seropositiviteit bij 3,4% van de vermelde populatie. Bij vijftien diagnoses ging het om primaire infecties. 67% van de MSM-patiënten die tussen 2008 en 2012 het ELISA-centrum bezochten was geen Belg en verbleef sinds minder dan vijf jaar op het Belgisch grondgebied. 7% daarvan waren met name "mensen op doorreis" op het grondgebied.

Voor Franstalig België verzamelt de vereniging **Ex Æquo** gegevens tijdens zijn screeningacties. In 2014 werden 469 hiv-tests uitgevoerd bij homo's, biseksuelen en andere MSM. Het aantal vaststellingen van seropositiviteit bedroeg 2,5% en was als volgt verdeeld: 2,71% tijdens permanenties en 1,46% tijdens externe acties.

6. ANDERE SOA-TESTS

In *EMIS* verklaart 66,1% van de respondenten al getest te zijn op andere soa's en bij 66,5% van hen gebeurde dat **in de 12 maanden** voorafgaand aan de enquête (*EMIS*, 2010). 30,3% van de respondenten is daarentegen **nooit getest** op andere soa's.

Uit de *SIALON II*-enquête blijkt bovendien dat 38,7% van de respondenten **jonger dan 25 jaar** een test voor andere soa's heeft ondergaan in het jaar vóór de enquête, tegenover 72,23% van de deelnemers die ouder zijn dan 25 jaar (*SIALON II*, 2013). De steekproef van personen jonger dan 25 jaar was nochtans vrij klein en deze resultaten worden dus best met de nodige voorzorg behandeld, al kunnen we toch een licht verschil vaststellen tussen deze twee groepen in de populatie.

De gegevens over de test op andere soa's die het **ELISA**-centrum inzamelde tussen 2008 en 2012, tonen de volgende prevalentie bij homo-, biseksuele en andere MSM-patiënten: 8% voor syfilis; 2,8% voor gonorrhoe; 4,8% voor chlamydia et 0,8% voor hepatitis C.

In Franstalig België heeft **Ex Æquo** in 2014 in totaal 329 tests voor syfilis uitgevoerd bij homo's, biseksuelen en andere MSM. De reactiviteit bedroeg 1,82% en was als volgt verdeeld: 1,48% tijdens permanenties en 3,45% tijdens externe acties. 63% van de homo's, biseksuelen en andere MSM die werden benaderd, verklaarden al een test op andere soa's te hebben gehad, terwijl 32% verklaarde er nooit een te hebben laten uitvoeren.

7. SEKSUELE GEZONDHEID EN GEVOELSLEVEN

67,5% (*EMIS*, 2010) tot 82,9% (*SIALON II*, 2013) van de homo's, biseksuelen en andere MSM verklaart **tevreden te zijn over hun seksleven**. Voor de **ontevredenheid** zijn allerlei redenen: 51,7% zou een stabiele relatie willen, 38% zou vaker seks willen en 43,9% heeft geen seksueel zelfvertrouwen. Te noteren valt ook dat 35,9% stelt niet tevreden te zijn uit **angst om hiv op te lopen** (*EMIS*, 2010).

De volledige diagnose (zie bijlage) biedt een analyse van het **type relaties** dat homo's, biseksuelen en andere MSM aangaan en ook een analyse van **het aantal partners** en de **frequentie van de anale penetraties** in die relaties.

Uit de *SIALON II*-enquête blijkt dat de **seksuele rollen** tijdens de meest recente anale penetratie als volgt verdeeld waren: 29,2% van de mannen is insertief, 30,6% is receptief en 40,2% wisselend. De respondenten in Brussel melden in het onderzoek de hoogste mate van afwisseling in vergelijking met de andere onderzochte steden.

Ondanks de komst van nieuwe datingtechnologieën, moeten we vaststellen dat er momenteel in het BHG geen enkel onderzoek loopt over de veranderingen in de structuren van het sociale leven van homo's en de impact daarvan op de preventiestrategieën.

8. PREVENTIE, BESCHERMING, RISICOBEPERKING

Het **gebruik van een condoom met de meest recente partner** (occasioneel of regelmatig – zonder vermelding van seksuele praktijken) bedraagt 60,7% bij de respondenten van de *SIALON II*-enquête; dat cijfer stijgt tot 83,7% voor de mannen jonger dan 25 jaar tegenover 57,6% bij mannen ouder dan 25 jaar (*SIALON II*, 2013). 64,6% van de respondenten bij de *EMIS*-enquête stelt altijd een condoom te gebruiken met hun occasionele partner(s). 29,2% van de respondenten vermeldt trouwens een systematisch gebruik van het condoom met hun regelmatige partner bij anale penetratie (*EMIS*, 2010).

In de *SIALON II*-enquête wordt **serosorteren** omschreven als de keuze van (een) partner(s) op basis van de veronderstelde serologische status en dus de veronderstelde serologische overeenstemming met de partner(s). Serosorteren wordt niet altijd op dezelfde manier gedefinieerd als in deze enquête. Toch hebben we ervoor gekozen om de definitie van *SIALON II* te behouden om de hierna vermelde gegevens toe te lichten. Serosorteren wordt heel vaak vermeld in het kader van een relatie met een regelmatige partner: 84,2% van de respondenten verklaart dezelfde status te hebben als hun partner, terwijl 11,3% stelt een status te hebben die niet overeenstemt. Serosorteren met occasionele partners wordt daarentegen zelden vastgesteld, want slechts 12,9% stelt een status te hebben die overeenstemt met die van hun occasionele partner, terwijl 87,1% die status niet kent (*SIALON II*, 2013).

Andere strategieën voor risicobeperking worden ook ingezet door homo's, biseksuelen en andere MSM, zoals behandeling als preventie, terugtrekken voor ejaculatie en seropositioneren. Maar we beschikken niet over gegevens voor deze andere strategieën die, in tijden van combinatiepreventie, nader onderzoek verdienen.

In *SIALON II* verklaart 49,1% van de respondenten die jonger zijn dan 25 jaar dat ze in contact zijn geweest met **preventieprogramma's**, terwijl 64,4% van de respondenten die ouder zijn dan 25 jaar stelt dat ze in het jaar vóór de enquête benaderd zijn door preventiewerkers. De indicator om de impact van de preventieprogramma's te meten, houdt rekening met twee variabelen: het kennen van een plaats voor hiv-test en de verdeling van gratis condooms in de voorbije

twalf maanden. Enkel personen die deze twee vragen positief beantwoordden, konden geldig bij deze indicator worden opgenomen.

Met betrekking tot PEP zijn er geen gegevens van recente enquêtes, zoals over de cijfers in verband met de kennis en het gebruik van dit middel. Gegevens over het sociaal-demografisch profiel van patiënten die PEP gebruiken, ontbreken eveneens.

PrEP is dan weer niet beschikbaar in België. Dit preventiemiddel wordt nochtans vermeld in het nationale hiv-plan 2014-2019, specifiek in de acties 34 en 39, namelijk: 1/ Een kader ontwikkelen voor pilootprojecten voor PrEP evenals voor operationeel onderzoek om de uitvoerbaarheid van PrEP te beoordelen; 2/ de personen die het meest zijn blootgesteld aan risico's informeren over PrEP.

9. SEKSWERK

In de *EMIS*-enquête verklaart 13% van de respondenten in de twaalf maanden vóór de enquête **betaald te zijn** voor seks en 4% van hen stelt in dezelfde periode **te hebben betaald** voor seks.

Het publiek van mannelijke prostitués / sekswerkers vormt een heterogene, mobiele, moeilijk te tellen en slecht gekende groep²². Het profiel van de sekswerkers kan verschillen volgens stad en prostitutieplaats. Het is nog altijd een illusie om een typeprofiel van een mannelijke prostitué te beschrijven en een uitgebreide kwantificering en beschrijving zijn moeilijk omdat een deel van dit publiek clandestien is door zowel het verblijfsstatuut als de prostitutieactiviteiten en de seksuele praktijk(en)²³. Toch zouden er volgens de enquête *Prostitution: Bruxelles en image – Outils de réflexion pour une politique intégrale de la prostitution* uit 2006, die probeerde het aantal sekswerkers in het BHG te tellen, tussen 200 en 500 sekswerkers zijn die op straat werken en tussen 450 en 1000 die via internet werken²⁴.

10. TABAK, ALCOHOL, MEDICIJNEN EN DRUGGEBRUIK

Homo's, biseksuelen en MSM gebruiken globaal genomen meer psychotrope middelen dan de algemene bevolking. Sommige middelen worden specifiek gebruikt als seksuele pepmiddelen, vooral tijdens "seksfeestjes".

De gegevens die zijn ingezameld tijdens de *EMIS*-enquête over het gebruik van illegale/recreatieve middelen bij de populatie van homo's, biseksuelen en andere MSM, dateren van 2010. Sindsdien zou het consumptiegedrag sterk veranderd kunnen zijn, vooral door de komst van nieuwe middelen en/of consumptiemethodes (zoals SLAM of chemsex). We moeten dus voorzichtig zijn met deze gegevens. De *SIALON II*-enquête onderstreept dat 9,5% van de respondenten verklaart al minstens

²² Het referentiekader voor deze doelgroep dateert van 2009:

<http://www.strategiesconcertees.be/documents-productions/prost-masc>.

²³ Het activiteitenverslag van de vzw Alias is te raadplegen op: <http://www.alias-bru.be>.

²⁴ Seinpost Adviesbureau BV-Erasmus Hogeschool Brussel in samenwerking met de Katholieke Universiteit Leuven (2008), *Prostitution : Bruxelles en image – Outils de réflexion pour une politique intégrale de la prostitution*, Arnhem. Beschikbaar op: http://www.alias-bru.be/wp-content/uploads/2010/04/Prostitution-Bruxelles-en-image_2008-fr.pdf (geraadpleegd op 16/08/2018).

één keer in hun leven injecteerbare drugs te hebben gebruikt. Omdat de steekproef van respondenten vrij klein was (127), moeten deze resultaten voorzichtig worden geïnterpreteerd. In vergelijking met andere steden in Europa behoort Brussel tot de groep met het hoogste gebruik van injecteerbare drugs.

Om het gebrek aan kennis over dit fenomeen in het BHG op te vangen, zijn gegevens gebruikt uit enquêtes en ervaringen op het terrein in andere landen. Zij bevinden zich in het document in de bijlage van deze publicatie.

11. HOMOFOBIE, DISCRIMINATIE EN GEESTELIJKE GEZONDHEID

Er zijn maar weinig recente gegevens beschikbaar over dit thema in het HBG. De *SIALON II*-enquête is wel ingegaan op het thema **coming-out** bij homo's, biseksuelen en andere MSM: meer dan de helft van de respondenten verklaart dat ze hun seksuele geaardheid hebben meegedeeld aan iedereen (of bijna iedereen) in hun omgeving, terwijl 22,8% van hen met niemand heeft gesproken over hun homoseksualiteit (*SIALON II*, 2013).

Er wordt ook heel wat **homonegativiteit** ervaren, want 15,8% van de deelnemers aan de *SIALON II*-enquête meldt een negatieve of heel negatieve houding tegenover homoseksuelen en biseksuelen op het werk of op school; 20,4% vanwege hun ouders, tegenover slechts 1,7% vanwege hun vriend(inn)en.

Gegevens over serofobie en over de geestelijke gezondheid van homo's, biseksuelen en andere MSM ontbreken en moeten aan bod komen in toekomstig onderzoek.

3.4. PROBLEEMSTELLING

De probleemstelling vat de meest opvallende indicatoren uit de epidemiologische en sociale diagnose samen en herhaalt korte de uitdaging waarop het actieplan zal moeten ingaan.

Deze formulering van de probleemstelling is besproken en goedgekeurd tijdens de workshop van 29 mei 2015 door de professionele actoren en de intermediairs die daar aanwezig waren.

De populatie van homo's, biseksuelen en andere MSM in het BHG kent een hoge incidentie van hiv en andere soa's als gevolg van het samengaan van omgevings-, gedrags- en biologische factoren.

- **Omgevingsfactoren:** de hoge prevalentie van hiv en andere soa's binnen een beperkte populatie met heel actieve seksuele netwerken verhoogt de kans op hiv-infectie.
- **Gedragsfactoren:** er wordt nog altijd onvoldoende een beroep gedaan op tests en gebruik gemaakt van passende middelen/strategieën voor bescherming en risicobeperking.
- **Biologische factoren:** het risico van hiv-overdracht is groter bij anale penetratie en dat risico wordt nog vergroot door de afwisseling van partners.

De populatie van homo's, biseksuelen en andere MSM is heel heterogeen en wordt sterk gekenmerkt door migratie en het internationale karakter van het BHG.

- **Nationaliteiten:** de inwoners van Brussel binnen de populatie van homo's, biseksuelen en andere MSM zijn vooral Belgen; een groot aandeel van deze populatie heeft een migratieachtergrond en een meerderheid daarvan is afkomstig uit een ander EU-land, wat gedeeltelijk te verklaren valt door de aanwezigheid van de Europese instellingen en de centrale ligging van Brussel in Europa.
- **Toerisme en mobiliteit:** er tekent zich ook een ander profiel van homo's, biseksuelen en andere MSM af, namelijk dat van personen die niet in het BHG wonen, maar wel uitgaansgelegenheden en ontmoetingsplaatsen bezoeken (zowel uit een andere regio in België als uit een ander land). In het BHG vinden we immers een belangrijke activiteit op het gebied van homotoerisme, die met name de aanwezigheid verklaart van heel wat niet-inwoners in de ontmoetingsplaatsen.
- **Sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid:** de problemen bij de toegang tot preventie, behandeling en zorg zijn niet voldoende gedocumenteerd in de enquêtes over homo's, biseksuelen en andere MSM in het BHG, terwijl de profielen van deze mannen bijzonder divers zijn en er in het gewest een grote ongelijkheid op dit vlak bestaat binnen de algemene bevolking.

Homo's, biseksuelen en andere MSM maken meer gebruik van de verschillende middelen voor bescherming en risicobeperking die in het BHG beschikbaar zijn dan de algemene bevolking. Maar toch is het nog mogelijk om het gebruik van dit materiaal en deze strategieën bij de beoogde populatie te verhogen en te verbeteren, vooral door de uitvoering van de combinatiepreventie in het BHG te promoten.

- **Screening:** de gedecentraliseerde/gedelokaliseerde en gedemedicaliseerde test voor en door de doelgroep en de toegang tot nieuw testmateriaal, zoals de zelftest, is nog altijd niet voldoende operationeel in vergelijking met de internationale aanbevelingen over de frequentie en de soorten tests op hiv en andere soa's.
- **Condoomgebruik:** het condoomgebruik met occasionele partners bij anale penetratie kan worden verhoogd. Afhankelijk van de situaties moet het condoomgebruik ook worden gecombineerd met andere strategieën voor risicobeperking.
- **TasP:** homo's, biseksuelen en andere MSM (met of zonder hiv) weten onvoldoende hoe doeltreffend behandeling als preventie is. Daardoor kunnen zij hun gedrag op het gebied van bescherming en preventie niet aanpassen in functie van deze strategie.
- **PrEP:** PrEP is in België niet toegestaan, vergoed of terugbetaald, waardoor de betrokken populaties niet kunnen beschikken over een instrument voor doeltreffende preventie. Maar er zijn homo's, biseksuelen en andere MSM die al PrEP gebruiken zonder medische begeleiding.
- **PEP:** het gebruik van PEP voor de beoogde doelgroep is nog beperkt, vooral door de beperkingen op de toegang, en te weinig gedocumenteerd, omdat hiervoor een systematische inzameling van gegevens nodig is.

Een deel van de homo's, biseksuelen en andere MSM vindt zijn seksleven onbevredigend, vooral door een grote angst om hiv op te lopen.

De verschillende vormen van discriminatie die homo's, biseksuelen en andere MSM ervaren, hebben invloed op hun geestelijke gezondheid, vooral bij mannen met hiv.

Ten slotte zijn er sinds enkele jaren ook andere factoren die invloed hebben op de seksualiteit van homo's, biseksuelen en andere MSM, zoals nieuwe datingmogelijkheden 2.0 (mobiele apps) of nieuwe psychotrope middelen/ nieuwe consumptiemethodes (SLAM en "chemsex"-feestjes).

Deze evoluties zijn heel uitgesproken aanwezig in de grote Europese steden, en dus ook in Brussel, maar krijgen niet voldoende aandacht van de actoren die betrokken zijn bij preventie in het BHG.

3.5. ACTOREN DIE BETROKKEN ZIJN BIJ DE PROBLEMATIEK

Het referentiekader van 2009 brengt alle actoren in kaart die bij de problematiek betrokken zijn. Bij de update in 2015 zijn naast de doelgroep slechts drie actoren behouden, omdat het de bedoeling is de actoren in te schakelen die het dichtst betrokken zijn bij de preventie van soa's/hiv bij homo's, biseksuelen en andere MSM. Deze drie actoren hebben inderdaad een sterke en rechtstreekse impact op de determinanten van de soa- en hiv-epidemieën. In dit deel geven we een korte beschrijving van deze drie actoren.

3.5.1. Actoren van de soa- en hiv-preventie

Deze instanties voeren activiteiten uit ter preventie van soa's/hiv en risicobeperking die specifiek bestemd zijn voor homo's, biseksuelen en andere MSM. Sommige organisaties die zich richten tot de algemene bevolking kunnen ook genoodzaakt worden om te werken rond de seksuele geaardheid, afhankelijk van de noden en vragen van het publiek.

De strijd tegen de discriminatie die MSM ondergaan omwille van hun seksuele geaardheid of hun serologische status vormt eveneens een belangrijk doel voor deze organisaties. Door de achterstelling als gevolg van homofobie en serofobie worden meer risico's genomen en hebben homo's, biseksuelen en andere MSM minder toegang tot een passende begeleiding.

3.5.2. Actoren in de gezondheids- en de psychisch-medische- sociale zorg

Deze actoren bieden medische, paramedische, psychologische of maatschappelijke begeleiding, vanuit hun eigen privépraktijk of diverse instanties (privépraktijken, ziekenhuizen en klinieken, aidsreferentiecentra, centra voor family planning, organisaties voor gezondheidspromotie, Wijkgezondheidscentra, OCMW's).

Deze categorie omvat verschillende beroepen: huisartsen en specialisten, psychologen, psychotherapeuten, seksuologen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, verpleeghulpverleners, hulpverleners op het gebied van gezondheidspromotie. Sommige situatieanalyses bekijken ook andere actoren die geen psychisch-medisch-sociale activiteiten uitvoeren, maar wel in deze kringen werken (onderhoudsmedewerkers, keukenpersoneel).

3.5.3. Actoren uit het uitgaansleven en doelgroeporganisaties

De actoren uit het uitgaansleven bestaan uit handelszaken die in het BHG in kaart zijn gebracht. Het kan gaan om heel verschillende soorten handelszaken: bars, nachtclubs, sauna's, seksclubs, shops. De meeste daarvan zijn voorbehouden voor een uitsluitend homoseksueel of biseksueel publiek, andere voor een gemengd publiek (homo's / hetero's). Sommige zaken zijn voorbehouden voor mannen, zoals sauna's. Sommigen staan seks ter plaatse toe (sauna's, sommige nachtclubs, seksclubs). De uitbaters en medewerkers van deze zaken staan dicht bij de

homoseksuele, biseksuele en MSM-klienten en hebben vaak een vertrouwensrelatie met hen. Zij vormen dus heel belangrijke intermediairs.

Naast de handelszaken zijn ook de organisatoren van evenementen voor de doelgroep (filmfestival, pride-optochten, maandelijkse avonden) belangrijke intermediairs, evenals de verantwoordelijken voor websites en apps voor online dating. Die zijn meestal in het buitenland gevestigd, maar vormen op dit moment een heel belangrijk middel voor ontmoetingen tussen homo's.

De actoren uit verenigingen voor LGBTQIA+ zijn meestal vzw's en zitten in Brussel samen in het Rainbow House / Regenbooghuis. Die verenigingen worden vooral bestuurd door vrijwilligers en hebben als maatschappelijk doel het organiseren van sport- of sociaal-culturele activiteiten, het verdedigen van de rechten van homo's, lesbiennes en trans-personen (LGBT-lobbying), opvang en bijstand op individueel vlak of in gespreksgroepen, politieke actie of religie. In Brussel tellen we een veertigtal verenigingen. Deze verenigingen spelen of zouden een belangrijke rol kunnen spelen als intermediair op het vlak van preventie, omdat zij zo dicht bij de doelgroep staan.

3.5.4. Andere actoren

De onderstaande lijst vermeldt de actoren die betrokken zijn bij de problematiek maar die niet meer zijn opgenomen in de update van 2015:

- Verantwoordelijken voor datingsites op internet
- De actoren van openbare uitgaansgelegenheden waar seks mogelijk is
- De gezinsomgeving
- Gespecialiseerde media / media voor het brede publiek
- Algemene bevolking / Algemene handelszaken
- Politiek en administratie
- Wetenschappers/onderzoekers
- Onderwijs en opleiding
- Arbeidswereld
- De wereld van de gevangenen
- De religieuze wereld

3.6. GEDRAG EN GEZONDHEIDSDETERMINANTEN

Op basis van de epidemiologische en sociale diagnose werd een gedragsdiagnose opgesteld tijdens een participatieve workshop met een aantal representatieve en betrokken actoren (zie het deel over de methodologie). Vervolgens werden de onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten voor die verschillende gedragingen geïdentificeerd. De onderstaande synthese bevat de belangrijkste elementen van deze analyse.

3.6.1. Homo's, biseksuelen en andere MSM

1. TESTPRAKTIJKEN

De meeste homo's, biseksuelen en andere MSM doen een beroep op het testen van hiv en andere soa's. Maar een groot aantal onder hen doen dat nog altijd te laat en/of te weinig regelmatig gezien hun seksuele activiteiten en gewoonten.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Ongepaste of onvoldoende evaluatie van de blootstelling aan de risico's van soa-/hiv-infectie.
- Gebrek aan kennis van de symptomen van seroconversie bij hiv of besmetting met andere soa's.
- Geringe toegang tot de verschillende voorzieningen en hiv-tests (beperkte openingstijden en/of geografisch bereik van de bestaande gemedicaliseerde voorzieningen; gering bereik van de voorzieningen voor snelle en/of gedelokaliseerde tests; geen gedemedicaliseerde test en geen zelftests).
- Angst die het uitvoeren van een test belemmert:
 - de drievoudige monsternamen (keel, anus, urine) wordt als te zwaar of hinderlijk ervaren;
 - de counseling voor en/of na de test kan als ongepast worden beschouwd, vooral door mannen die zich regelmatig laten testen;
 - het respect voor de vertrouwelijkheid en de anonimiteit door het personeel dat de test begeleidt wordt niet voldoende geacht;
 - veronderstelling dat seks zonder condoom wordt gestigmatiseerd door het personeel dat de test begeleidt.

Bijzondere aandacht voor specifieke subgroepen

- ⇒ Jonge en oudere homo's, biseksuelen en andere MSM laten zich minder testen.
- ⇒ Mannen die niet in het BHG wonen, kennen niet altijd de testvoorzieningen en/of kennen specifieke problemen bij de toegang tot preventie (geen materiaal in andere talen) of bij de toegang tot zorgverlening (verblijfsstatuut, financiële middelen).
- ⇒ De "niet-homoseksuele" MSM (vooral de jongeren) worden minder bereikt met de informatiecampagnes.

2. CONDOOMGEBRUIK

Het gebruik van condoom en glijmiddel ligt hoger bij homo's, biseksuelen en andere MSM dan bij de algemene bevolking, maar het gebruik is niet systematisch bij gebrek aan andere preventiestrategieën (TasP, PrEP, enz.), vooral bij anale penetratie met occasionele partners.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan vaardigheden met betrekking tot het aanbrengen van het condoom.
- Onvoldoende afstemming tussen condoom en zwakke erecties.
- Onvoldoende verspreiding van gratis condooms door de overheid voor de prioritaire doelgroepen.
- Weigering om condoom te verdelen in scholen.
- Gering toegang tot de plaatsen waar mensen elkaar ontmoeten en seks hebben.

Bijzondere aandacht voor specifieke subgroepen

- ⇒ Jongere homo's, biseksuelen en andere MSM hebben vaak minder financiële middelen en hebben dus een nog beperktere toegang tot condooms/glijmiddel.
- ⇒ Oudere homo's, biseksuelen en andere MSM hebben vaak een zwakke erectie.
- ⇒ De gebruikers van injecteerbare drugs worden vooral gesensibiliseerd voor strategieën om de risico's van hun gebruik te beperken en te weinig over de strategieën voor het beperken van de seksuele risico's.

3. GEBRUIK VAN PEP

Homo's, biseksuelen en andere MSM maken veel te weinig en/of onjuist gebruik van PEP.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan kennis van risicosituaties waarbij het nemen van PEP nodig is.
- Gebrek aan kennis over de termijnen, plaatsen en voorwaarden voor het uitreiken van PEP.
- Angst voor het oordeel van de zorgverleners bij het aanvragen van PEP.
- Slechte opvang in het ziekenhuis bij de diensten voor spoedgevallen die PEP aanbieden, waardoor angst ontstaat en mensen minder gemakkelijk terugkeren naar de spoeddienst wanneer dat nodig is.
- Geen universele toegang tot PEP (buiten de universitaire ziekenhuizen).
- Gebrek aan specifieke zorg voor mensen die een beroep doen op meerdere malen PEP.

Bijzondere aandacht voor specifieke subgroepen

- ⇒ Mensen die niet in het BHG wonen, die grotere belemmeringen kennen in de toegang tot PEP.
- ⇒ Jonge homo's, biseksuelen en andere MSM aanvaarden moeilijker PEP.

4. GEBRUIK VAN PrEP

Homo's, biseksuelen en andere MSM mogen geen gebruik maken van PrEP of nemen PrEP buiten een psychisch-medisch-sociale begeleiding die voldoet aan de kwaliteitsnormen en de internationale aanbevelingen, en zonder begeleiding vanuit de doelgroep om de therapietrouw te versterken.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Geen toelating om PrEP in Europa op de markt te brengen²⁵.
- Geen terugbetaling van Truvada® wanneer het als PrEP wordt gebruikt.
- Gebrek aan informatieverstrekking door de preventiewerkers.
- Gebrek aan medische begeleiding voor mensen die al gebruik maken van PrEP.
- Verwarring over de verschillende manier om de behandeling te nemen (PrEP / PEP / TasP).
- Stigmatisatie van de gebruikers van PrEP.

5. GEBRUIK VAN ANDERE STRATEGIEËN VOOR RISICOBEPERKING

Homo's, biseksuelen en andere MSM maken niet voldoende gebruik van andere strategieën om de seksuele risico's te beperken (serosorteren, seropositionering, terugtrekken voor ejaculatie) en/of combineren die niet voldoende met andere preventiemiddelen (condooms, PEP, PrEP).

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan informatiecampagnes over de strategieën van risicobeperking.
- Gebrek aan kennis over deze strategieën van risicobeperking.

6. GEBRUIK VAN BEHANDELING ALS MIDDEL TOT PREVENTIE (TasP)

Hoewel behandeling als preventie een wetenschappelijk erkende strategie is, houden homo's, biseksuelen en andere MSM zich daar niet aan en maken zij er niet voldoende gebruik van.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan kennis over de doeltreffendheid van TasP.
- Verschil in kennis bij seropositieve en seronegatieve patiënten.
- Gebrek aan informatiecampagnes over het concept van de ondetecteerbare virale lading.
- Veel verschillende en uiteenlopende meningen in het discours over TasP.
- Beperkingen op het gebruik in het advies van de Hoge Gezondheidsraad over het stopzetten van het condoomgebruik in geval van ondetecteerbare virale lading.
- Geen terugbetaling van ARV-behandeling wanneer de CD4 hoger ligt dan 500/mm³ bloed, wat een vroegtijdige behandeling belemmert.

²⁵ In juli 2016 heeft het Europees Geneesmiddelenbureau de verkoop van Truvada® als preventieve behandeling toegestaan en die beslissing is bevestigd door de Europese Commissie. De Belgische staat zal deze toelating moeten omzetten op nationaal niveau en mechanismen voor uitreiking en terugbetalingsvoorwaarden moeten voorzien.

Bijzondere aandacht voor specifieke subgroepen

⇒ homo's, biseksuelen en andere MSM met hiv weten niet voldoende hoe doeltreffend TasP is .

7. GEBRUIK VAN DIVERSE MIDDELEN

Homo's, biseksuelen en andere MSM zijn niet altijd of niet allemaal voldoende in staat om hun bescherming te verzekeren tijdens seksuele contacten wanneer ze onder invloed zijn van psychotrope middelen. Een klein deel van hen heeft geen greep op zijn gebruik.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan kennis over de strategieën voor risicobeperking in verband met het gebruik van middelen, vooral van injecteerbare middelen.
- Toenemend en verder diversifiërend aanbod voor gebruik (nieuwe producten en nieuwe gebruiksmethodes).
- Toegang tot psychotrope middelen wordt bevorderd door de aankoop via internet.
- Groot aanbod van privéchemsex-feestjes op datingwebsites en -apps.
- Remmingen vallen meer weg bij polyconsumptie.
- Gebrek aan informatie over de interactie tussen drugs en ARV.
- Preventiewerkers kunnen maar moeilijk preventiemateriaal verspreiden tijdens privéfeestjes.
- Gebrek aan contacten tussen de sector van de hiv-preventie en de actoren op het gebied van risicobeperking.
- Gebrek aan middelen die het beperken van de seksuele risico's combineren met de beperking van risico's in verband met druggebruik.
- Moeilijkheden bij het uitvoeren van de strategieën van risicobeperking omwille van het strafrechtelijk kader in België.

Bijzondere aandacht voor specifieke subgroepen

- ⇒ Jonge homo's, biseksuelen en andere MSM zouden al vroeg in contact komen met de verschillende middelen, waaronder ook injecteerbare drugs.
- ⇒ Sommige mannelijke sekswerkers worden door hun klanten onder druk gezet om drugs te gebruiken en/of gebruiken drugs om hun activiteit te ondersteunen.
- ⇒ De mensen met hiv bij wie rekening moet worden gehouden met de interactie tussen ARV en drugs.
- ⇒ Er werd ook gewezen op de nood om specifiek te kijken naar de interactie tussen hormonale behandeling en drugs voor trans-personen.

3.6.2. Preventiewerkers

1. STRATEGIEËN VOOR HET WERK OP HET TERREIN/OP PLAATSEN WAAR SEKS MOGELIJK IS

De kwaliteit van het werk van de preventiewerkers op het terrein (op plaatsen waar seks mogelijk is) volstaat niet in verhouding tot de noden van de doelgroep, vooral met betrekking tot de volgende punten: bepaling van de haarden van de epidemie, geografisch bereik van de acties, gebruik van middelen 2.0, lokale en Europese samenwerking.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan vorming van de werkers op het terrein, vooral voor counseling.
- Onvoldoende kennis en vaardigheden met betrekking tot preventiemethodes / methodes om te werken op plaatsen waar seks mogelijk is.
- Geen online-strategieën (websites, mobiele dating-apps).
- Werking niet aangepast aan het uitgaansmilieu.
- Te weinig kwantitatieve en kwalitatieve gegevens over de haarden en de dynamiek van de epidemie in het BHG.
- Onvoldoende financiële en menselijke middelen in verhouding tot de omvang van de noden.
- Gebrek aan vrijwilligers die de organisaties ondersteunen op lange termijn.
- Te hoge kosten van bepaalde online-interventies.

Bijzondere aandacht voor specifieke subgroepen

- ⇒ Jonge homo's, biseksuelen en andere MSM kunnen soms enkel seksueel contact leggen via digitale weg (tools 2.0).
- ⇒ Druggebruikers organiseren privéfeestjes via dating-tools 2.0.

Sekswerkers die gebruik maken van de nieuwe technologieën in het kader van hun activiteiten, zijn moeilijker te identificeren door de preventiewerkers.

2. AANMAAK EN VERSPREIDING VAN PREVENTIEMATERIAAL EN CAMPAGNES

De preventiewerkers plannen en coördineren niet voldoende de aanmaak en verspreiding van hun boodschappen, campagnes en materiaal. Dit gebrek aan coördinatie en planning is zowel voelbaar binnen het BHG als tussen de verschillende gewesten. Het gevolg is een zekere verwarring in de boodschappen aan de doelgroep en extra kosten bij de aanmaak van campagnes en materiaal.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Exclusief mandaat van sommige verenigingen voor bepaalde thema's en/of doelgroepen.
- Gebrek aan politieke en institutionele sturing op het vlak van preventie.
- Gebrek aan overleg tijdens het opstellen van de actieprogramma's van de verenigingen.
- Moeilijkheden in de samenwerking tussen de drie gewesten (vooral door de taalbarrière).

- Weinig medewerking of zelfs weigering vanwege de intermediairs om bepaalde campagnes te verspreiden (probleem dat te maken heeft met homofobie).

Bijzondere aandacht voor specifieke subgroepen

- ⇒ Druggebruikers moeten preventieboodschappen kunnen krijgen over soa's/hiv in combinatie met boodschappen over beperking van risico's in verband met hun gebruik.
- ⇒ We moeten erop wijzen dat sommige sekswerkers in een sociaal kwetsbare situatie meer moeilijkheden hebben om de complexe boodschappen over combinatiepreventie te begrijpen.

3. INFORMATIE, INZET EN VORMING VAN INTERMEDIAIRS UIT DE DOELGROEP, HET UITGAANSLEVEN EN DE PSYCHOSOCIALE EN MEDISCHE SECTOR

De preventiewerkers informeren en vormen de actoren uit de doelgroep, het uitgaansleven en de psychosociale en medische sector niet voldoende op het vlak van seksuele gezondheid en preventie van hiv en andere soa's. Hierdoor verzwakt de inzet voor en door de doelgroep en staat hiv minder hoog op de agenda bij de betrokken actoren.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan structurele vorming voor de verschillende betrokken actoren met betrekking tot hiv- en soa-preventie.
- Gebrek aan proactiviteit van de preventiewerkers bij het analyseren van de noden van de overige actoren.
- Geen of zwakke alternatieve strategieën om de intermediairs in te schakelen zoals vorming door peers, de aanwezigheid op het terrein en counseling.
- Gebrek aan belangstelling en/of tijdgebrek bij bepaalde actoren in het uitgaansleven.
- Operationele moeilijkheden bij de vorming van uitbaters en medewerkers van bars, sauna's.

4. MEERTALIGE WERKING, BROCHURES EN MATERIAAL

De preventiewerkers hebben geen werking, brochures of materiaal voor homo's, biseksuelen en andere MSM in andere talen dan het Frans, waardoor zij een deel van de Brusselse doelgroep niet bereiken.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan vaardigheden in andere talen dan het Frans.
- Tekort aan meertalige vrijwilligers.
- Weinig samenwerking tussen Franstalige en Nederlandstalige verenigingen.
- Moeilijkheden op het gebied van financiering voor het ontwikkelen van brochures en materiaal in meerdere talen.

Bijzondere aandacht voor specifieke subgroepen:

- ⇒ De niet-Belgische patiënten in het BHG, voor wie rekening moet worden gehouden met de culturele determinanten bij een benadering in verband met seksuele gezondheid.

5. RUIMTE VOOR HOMO'S, BISEKSUELEN EN ANDERE MSM

De preventiewerkers bieden niet voldoende ontmoetingsplaatsen aan voor homo's, biseksuelen en andere MSM met hiv en bevorderen niet voldoende de oprichting van zelfhulpgroepen over seksuele gezondheid in de ruime betekenis van het woord.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan competenties bij de preventiewerkers met betrekking tot gemeenschappelijke methodes en benaderingen op het vlak van gezondheid voor en door de doelgroep.
- Onvoldoende kennis van de wensen en noden van homo's, biseksuelen en andere MSM met hiv.
- Te weinig samenwerking tussen de aidsreferentiecentra en de verenigingen voor preventie.

6. DE DOELGROEP INSCHAKELEN BIJ HET BEPALEN VAN DE ACTIESTRATEGIEËN

De preventiewerkers betrekken de seronegatieve of seropositieve homo's, biseksuelen en andere MSM niet op optimale en systematische wijze bij het bepalen van hun strategieën, campagnes, materiaal en boodschappen.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan competenties bij de preventiewerkers om de doelgroep in te schakelen en te werken met participatieve methodes.
- Moeilijkheden om de doelgroep in te schakelen met betrekking tot het thema van hiv en soa's.
- Te weinig representativiteit binnen de groepen van mensen met hiv.
- Geen samenwerking tussen verenigingen van LGBTQIA+ en verenigingen voor preventie, wat leidt tot een gebrek aan overleg over de thema's in verband met seksuele gezondheid.

7. ACTIVITEITEN VOOR ADVOCACY EN GELDINZAMELING

De preventiewerkers doen niet aan politieke advocacy over nieuwe thema's, zoals PrEP en de zelftest. Zij zamelen evenmin geld in voor het opzetten van acties in verband met deze nieuwe instrumenten voor preventie.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan competenties in andere talen dan het Frans.
- Gebrek aan formeel overleg over zelftests en PrEP en de invoering ervan.
- Gebrek aan politieke steun voor het lanceren van de zelftest en PrEP.
- Onduidelijke verdeling van de politieke verantwoordelijkheid voor de invoering en de financiering van deze nieuwe biomedische instrumenten tussen de preventieve geneeskunde (federale bevoegdheid) en gezondheids promotie (gewestmaterie).

De volgende vijf thema's zijn aan bod gekomen en er is gedrag voor omschreven. Maar voor deze gedragingen werd geen enkele (onderwijs-, omgevings-, institutionele of biologische) determinant onderscheiden. Ze staan wel opgenomen in deze samenvatting van de situatieanalyse en zijn ook meegenomen bij het opstellen van het operationeel plan.

8. INZAMELING VAN GEGEVENS OVER HET GEDRAG

De preventiewerkers zamelen niet systematisch en gezamenlijk gegevens in over homo's, biseksuelen en andere MSM, bijvoorbeeld over de volgende onderwerpen: seksuele gewoonten, levenswijze, uitgaansmilieu, condoomgebruik, tests en behandeling als preventie (TasP, PEP en PrEP).

9. ALGEMENE AANPAK OP HET VLAK VAN SEKSUELE GEZONDHEID

De preventiewerkers verankeren hun strategieën niet voldoende in een visie van algemene seksuele gezondheid en houden bij hun acties, vooral, geen rekening met de geestelijke gezondheid. Er wordt niet voldoende rekening gehouden met de impact van homofobie/bifobie/transfobie en van serofobie op de gezondheid van al dan niet seropositieve homo's, biseksuelen en andere MSM.

10. OUDER WORDEN VAN HOMO'S, BISEKSUELEN EN ANDERE MSM

De preventiewerkers houden bij het bepalen van hun campagnes, boodschappen, materiaal en acties geen rekening met de problemen die verband houden met het ouder worden van homo's, biseksuelen en andere MSM met hiv.

11. VERSPREIDING VAN INFORMATIE OVER DE ANDERE SOA'S, EN VOORAL HPV EN HCV

De preventiewerkers communiceren niet voldoende over de andere soa's en vooral over HPV en hepatitis C. Dit leidt tot een gebrek aan kennis over de mogelijke zorg voor de betrokken personen.

12. VERSPREIDING VAN INFORMATIE OVER PrEP, DE ZELFTEST EN ANDERE STRATEGIEËN VOOR RISICOBEPERKING

De preventiewerkers verspreiden geen informatie over PrEP, de zelftest en de andere strategieën voor de beperking van seksuele risico's.

3.6.3. De psychosociale en medische actoren

De psychosociale en medische actoren zijn onderverdeeld in vier subgroepen:

1. de centra voor anoniem en gratis testen²⁶;
2. de aidsreferentiecentra;
3. de raadpleging van huisartsen;
4. de ziekenhuizen.

De diagnoses zullen dus op gedifferentieerde wijze worden behandeld voor deze vier subgroepen. Maar het gedrag en de determinanten die *transversaal* gelden voor deze subgroepen komen samen aan bod aan het einde van dit deel.

1. DE CENTRA VOOR ANONIEM EN GRATIS TESTEN

De centra voor anoniem en gratis testen garanderen geen volledige vertrouwelijkheid in de wachtkamer.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Vraag naar de identiteit van de patiënten aan het onthaal.
- Gebrek aan vertrouwelijkheid in de wachtkamer (het onthaal gebeurt niet individueel, de patiënten kunnen door anderen worden gezien, de patiënten worden met hun naam opgeroepen).
- Verwarring tussen het centrum ELISA en de S Clinic bij preventiewerkers en de doelgroep.

De testcentra zijn te beperkt in openingsuren en geografisch bereik (openingsuren 's avonds; toegang buiten het stadscentrum; te lange wachttijd om een afspraak te kunnen maken).

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Verzadiging van de dienst voor de doelgroep.
- Gebrek aan samenwerking met het geneeskundig netwerk in de stad om de tests te delegeren.
- Zwakke financiering.

Bijzondere aandacht voor specifieke subgroepen

- ⇒ Mensen met een migratieachtergrond die al dan niet in het BHG wonen hebben meestal geen huisarts tot wie ze zich kunnen wenden.
- ⇒ We moeten erop wijzen dat sommige sekswerkers het moeilijk vinden om over hun gewoonten te spreken omwille van de stigmatisering van hun activiteit.

²⁶ In de praktijk is het ELISA-centrum het enige centrum voor anoniem en gratis testen in het Brussels Gewest.

2. DE AIDSREFERENTIECENTRA

De aidsreferentiecentra passen niet altijd of niet altijd op dezelfde wijze de richtlijnen toe voor vroegtijdige behandeling van homo's, biseksuelen en andere MSM met hiv in Brussel en in de andere gewesten en leggen hun therapiekeuze niet altijd voldoende uit aan de MSM met hiv.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Verschillende gewoonten en opvattingen tussen artsen met betrekking tot de vroegtijdige behandeling van mensen met hiv, vooral ook tussen de gewesten.
- Onvoldoende overleg tussen de verschillende aidsreferentiecentra.
- Gebrek aan discussie tussen zorgverleners en patiënten.
- Stopzetting van de terugbetaling van ARV wanneer de CD4-waarde niet lager ligt dan 500 of 25% van de totale lymfocyten.

De aidsreferentiecentra hebben niet altijd een voldoende toegankelijk multidisciplinair zorgaanbod, bijvoorbeeld voor consultaties in psychologie/seksuologie.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Geen geconventioneerde psychologen beschikbaar na de kantooruren.
- Geringe terugbetaling voor psychologische zorg.

De artsen van de aidsreferentiecentra testen niet altijd volledig en routinematig op andere soa's en nemen daar evenmin systematisch het initiatief toe.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan kennis of vaardigheden van de artsen over de verschillende monsternames die nodig zijn (oraal, anaal, genitaal).
- Gebrek aan informatie bij de patiënten over de andere soa's, waardoor ze die maar in geringe mate zelf vaststellen.
- Sommige regelmatige soa-tests worden niet systematisch terugbetaald.

3. DE HUISARTSEN

De huisartsen maken niet voldoende gebruik van het nieuwe testmateriaal (ELISA-tests van de vierde generatie, sneltests) en passen niet de aanbevelingen toe voor tests bij homo's, biseksuelen en andere MSM (herhaald testen, systematisch testen).

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan up-to-date kennis.
- Overbelasting van huisartsen, waardoor zij de meest actuele informatie over thema's in verband met hiv en andere soa's niet kunnen volgen.
- Gebrek aan structurele vorming over de nieuwe middelen en strategieën voor het testen op hiv en soa's.
- Zwakke relaties tussen huisartsen en specialisten.

De huisartsen praten niet voldoende over seksualiteit met hun patiënten, vooral niet met homo's, biseksuelen en andere MSM.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan kennis over thema's in verband met de seksuele gezondheid van homo's, biseksuelen en andere MSM, zowel op het vlak van seksuele gebruiken als van de aanbevelingen voor de volksgezondheid.
- Grote verschillen in normen bij de benadering van de seksuele gezondheid.
- Stigmatisering van bepaalde seksuele gebruiken, en zelfs homofobie.
- Geen of weinig aandacht voor het thema seksualiteit in de basisopleiding en de bijscholing van artsen.
- Vermindering van de tijd die wordt besteed aan elke patiënt.

4. HET ZIEKENHUISPERSONEEL

Het ziekenhuispersoneel, vooral op de spoeddiensten, zorgt niet voor een optimaal onthaal van de homo's, biseksuelen en andere MSM die voor PEP komen.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Stigmatisering van de seksuele gebruiken van homo's, biseksuelen en andere MSM.
- Gebrek aan vorming van het ziekenhuispersoneel over PEP en meer algemeen over hiv.

5. ALGEMENE HOUDING VAN DE PSYCHOSOCIALE EN MEDISCHE ACTOREN

De psychosociale en medische actoren verspreiden geen informatie over PrEP aan homo's, biseksuelen en andere MSM en zorgen niet voor medische begeleiding voor mensen die dit preventiemiddel al zouden gebruiken (PrEP zonder medische begeleiding).

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan kennis over innameschema's van PrEP.
- Negatieve vooroordelen tegenover de seksuele gewoonten die inherent zijn aan PrEP-inname.

De psychosociale en medische actoren houden niet voldoende rekening met de geestelijke gezondheid van homo's, biseksuelen en andere MSM als belangrijke determinant voor de seksuele gezondheid van deze doelgroep.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan kennis van de gezondheidsdeterminanten van homo's, biseksuelen en andere MSM.
- Gebrek aan uniformiteit in de interdisciplinaire samenstelling van de aidsreferentiecentra.
- Ontoereikend aanbod van psychologische consultatie, onder andere na een positieve hiv-test.

- Tekort in het aanbod aan counseling voor en/of na een test (onvoldoende persoonlijke boodschappen over seksuele gezondheid).
- Gebrek aan uniformiteit in de counselingstechnieken tussen de verschillende betrokken actoren.

3.6.4. Actoren uit het uitgaansleven en de doelgroeporganisaties

1. ACTOREN UIT HET UITGAANSLEVEN

De actoren uit het uitgaansleven nemen niet voldoende de taak op zich als intermediair voor het doorgeven van informatie en het ter beschikking stellen van materiaal voor hiv- en soa-preventie.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Angst voor de kosten van hun betrokkenheid bij de strijd tegen soa's/hiv.
- Angst om het cliënteel weg te jagen wanneer ze zich meer inzetten voor het thema.
- Preventiemateriaal niet aangepast aan de gegeven context (bv. glijmiddel in zakjes is moeilijk bruikbaar in darkrooms/backrooms).
- Onvoldoende sensibilisering vanwege de preventiewerkers.
- Gebrek aan coördinatie van de preventiewerkers bij het aanspreken van de actoren van het uitgaansleven, waardoor overbelasting ontstaat.
- Onvoldoende coördinatie tussen de handelszaken en gebrek aan overleg met de preventiewerkers en met de actoren uit de LGBT-verenigingen.

De actoren uit het uitgaansleven investeren niet voldoende in de aankoop van condooms om ter beschikking te stellen van homo's, biseksuelen en andere MSM.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- De kosten van condooms is de enige determinant die naar voren komt met betrekking tot dit gedrag.

2. DE DOELGROEPORGANISATIES (LGBTQIA+-VERENIGINGEN)

De doelgroeporganisaties ontwikkelen vrijwel geen enkele activiteit met betrekking tot soa-/hiv-preventie en, meer algemeen, de gezondheidsdeterminanten van homo's, biseksuelen en andere MSM (vooral het verband tussen homofobie en seksuele/geestelijke gezondheid).

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan banden en coördinatie tussen het preventiewerk en de LGBTQIA+-verenigingen.
- Moeilijkheden om thema's in verband met seksualiteit en taboes over "marginale" seksualiteit ter sprake te brengen.
- Gebrek aan subsidies.

De doelgroeporganisaties ontwikkelen niet voldoende activiteiten met betrekking tot het bestrijden van serofobie.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan vorming en sensibilisering bij de lidverenigingen van de verschillende LBGTQIA+ -koepelorganisaties.
- Gebrek aan proactiviteit bij de preventiewerkers bij het aanbieden van samenwerking.
- Probleem van stigmatisering van mensen met hiv bij activiteiten voor en door de doelgroep.