

**NATIONAAL  
STRATEGISCH PLAN**

**VOOR EEN**

**MULTISECTORALE AANPAK  
VAN HIV IN SURINAME**

**2009-2013**



## INHOUDSOPGAVE

	<b>Pagina</b>
<b>LIJST VAN AFKORTINGEN</b>	<b>4</b>
<b>VOORWOORD</b>	<b>5</b>
<b>1. ACHTERGROND</b>	<b>6</b>
1.1 Ontwikkeling van het Nationaal Strategisch Plan	6
1.2 Componenten van het Nationaal Strategisch Plan	7
<b>2. SITUATIEANALYSE 2004-2008</b>	<b>8</b>
2.1 Epidemiologie van HIV, AIDS en SOI	8
<b>3. PRINCIPES EN UITGANGSPUNTEN VAN HET NSP</b>	<b>16</b>
<b>4. NATIONAAL STRATEGISCH PLAN</b>	<b>18</b>
4.1 Nationale doelen	18
4.2 Prioriteitsgebieden, indicatoren en gebudgetteerde activiteiten	18
4.3 Financiering	27
<b>5. IMPLEMENTATIE VAN DE NATIONALE HIV-STRATEGIE</b>	<b>29</b>
5.1 Actoren, rollen en verantwoordelijkheden	29
5.2 Planning, revisie en rapportage	30
5.3 Strategische informatie, M&E en onderzoek	30
5.4 Capaciteitsbevordering en technische assistentie	31
5.5 Budget, financiering, financieel management en rapportage	31
<b>Annex LOGICAL FRAMEWORK</b>	<b>33</b>

## LIJST VAN AFKORTINGEN

ABS	Algemeen Bureau voor de Statistiek	NSP	Nationaal Strategisch Plan voor HIV/AIDS
AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrome	PAHO	Pan American Health Organization
ART	Antiretrovirale therapie	PANCAP	Pan Caribbean Partnership against HIV/AIDS
ARV	Antiretrovirale middelen	PEP	Post Exposure Prophylaxis
BCC	Behavior Change Communication	PLHIV	People Living with HIV
BEG	Bijzonder Essentiële Geneesmiddelen	PMTCT	Prevention of Mother to Child Transmission
BLSP	Basic Life Skills Programme	RGD	Regionale Gezondheids Dienst
BOG	Bureau voor Openbare Gezondheidszorg	SARA	Situation and Response Analysis of the HIV response
CA	Stichting Claudia A	SBC	Suriname Business Coalition
CAREC	Caribbean Epidemiology Centre	SMLA	Stichting Maxi Linder Association
CARICOM	Caribbean Community	SMNP	Stichting Mamio Namen Projekt
CCNAPC	Caribbean Coalition of National AIDS Programme Coordinators	SMU	Stichting Suriname Men United
CEDAW	Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women	SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening(en)
CSW	Commerciële Sekswerker	SOI	Seksueel Overdraagbare Infectie(s)
DD	Dermatologische Dienst	SOZAVO	Ministerie van Sociale Zaken en Volkshuisvesting
FHI	Family Health International	SRH	Sexual and Reproductive Health
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria	SZF	Staatsziekenfonds
GIPA	Greater Involvement of People living with or affected by AIDS	TA	Technische Assistentie
HIV	Human Immunodeficiency Virus	UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
HRM	Human Resource Management	UNFPA	United Nations Population Fund
IBBS	Integrated Biological and Behavioral Surveillance	UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
ICPD	International Conference on Population and Development	UNICEF	United Nations Children's Fund
KAPB	Knowledge, Attitude, Practice and Behavior	UWI	University of the West Indies
M&E	Monitoring en Evaluatie	VCT	Voluntary Counseling and Testing
MDG	Millennium Development Goals	WHO	World Health Organization
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey		
MOP	Meerjaren Ontwikkelings Plan		
MSM	Mannen die seks hebben met mannen		
MVG	Ministerie van Volksgezondheid		
MZ	Medische Zending		
NAC	Nationale AIDS Commissie		
NAP	Nationaal AIDS Programma		
NAT	Nickerie AIDS Team		
NRL	Nationaal Referentie Laboratorium		

## REPUBLIEK SURINAME, maart 2009

### Voorwoord

Sinds de ontdekking van HIV en AIDS in de Verenigde Staten, nu meer dan 25 jaar geleden, is veel gebeurd. We weten nu hoe het virus wordt overgedragen en hoe we verspreiding kunnen voorkomen. Men heeft zich tijd noch moeite bespaard om het virus de kop in te drukken. Toch heeft het virus wereldwijd om zich heen gegrepen, vooral in de Afrikaanse Sub-Sahara en het Caribisch gebied, waarvan Suriname deel uitmaakt.

Het is duidelijk dat campagnes en maatregelen niet binnen een dag, maand of jaar leiden tot gedragsverandering in het algemeen en seksuele gedragsverandering in het bijzonder.

Een van de verontrustende elementen van de epidemie in ons land is het grote aantal infecties onder jonge vrouwen en oudere mannen. Een lichtpuntje is misschien de voorzichtige daling van het aantal seksueel overdraagbare aandoeningen in ons land. Deze trend kan er wellicht op duiden, dat onze boodschap van veiliger seks toch geleidelijk doordringt tot de mensen. Maar het aantal gevallen van SOA en HIV daalt niet snel genoeg. Daarom presenteren wij dit plan voor de komende 5 jaar, waarbij we de mogelijkheid hebben om onze nationale strategie voor de bestrijding van HIV en AIDS aan te passen.

Dit Nationaal Strategisch Plan moet bijdragen aan preventie, behandeling en ondersteuning die beter aansluiten bij onze doelgroepen. Ook zullen wij nieuwe preventieve methodes introduceren, die als "best practice" in andere landen hebben gediend.

Onze gezamenlijke inzet is nodig om de HIV-epidemie tot staan te brengen. Laten we niets nalaten, dat we kunnen doen om onze bevolking daadwerkelijk te beschermen tegen HIV.

De Minister van Volksgezondheid,  
Drs. C.W. Waterberg

## **1. ACHTERGROND**

In overeenstemming met regionale Caribische en internationale afspraken, heeft de Surinaamse overheid in 2002 een proces ingezet voor een systematische en strategische aanpak van HIV. Op basis van een nationaal consultatieproces werd in 2004 het Nationaal Strategisch Plan voor HIV (NSP) 2004-2008 ontwikkeld, voor een multisectorale aanpak van HIV. Anticiperend op de afloop van het eerste NSP, werd reeds in 2007 gestart met de voorbereidingen van het tweede NSP, voor de periode 2009 tot 2013. Het proces dat hiermee gepaard is gegaan, wordt in de volgende paragraaf toegelicht.

### **1.1 Ontwikkeling van het NSP**

De ontwikkeling van het tweede NSP voor HIV 2009-2013 is gefaseerd verlopen via verschillende sporen. De eerste jaarlijkse evaluatie van het NSP 2004-2008 vond plaats in 2005. Op basis van de resultaten van die evaluatie werd een aangepast werkplan voor 2006 opgesteld. Om een beter overzicht te verkrijgen van de nationale respons, werd in 2007 een nationale 'mapping' (inventarisatie) uitgevoerd. Daarbij is via een survey de respons in alle sectoren in kaart gebracht. Deze inventarisatie is als input gebruikt voor het voorbereiden en uitvoeren van een 'Joint Review and Revision process' (JR&R), geleid door het Nationaal AIDS Programma (NAP).

Op 10 augustus 2007 ging het JR&R-project officieel van start. Bij deze gelegenheid werden vijf technische werkgroepen (TWG) ingesteld voor elk prioriteitsgebied van het NSP, namelijk: preventie; coördinatie; behandeling en zorg; stigma en discriminatie; monitoring en evaluatie. Elke TWG was samengesteld uit ongeveer vijf tot zeven ter zake deskundigen die onder leiding van een voorzitter tot taak hadden het eerste NSP te beschouwen. Daarbij is specifieke aandacht besteed aan: 'de resultaten en successen', 'de tekortkomingen en obstakels' en vervolgens 'de aanbevelingen'. Deze beschouwing werd verricht vanuit een resultaatgerichte benadering ('results based approach'), waarbij vanaf het begin resultaten en activiteiten werden getoetst aan eerder vastgestelde indicatoren voor impact, outcome en output.

Elke TWG werd bijgestaan door een facilitator, die beschikbaar was als 'resource person'. Deze facilitator legde ook de discussies vast die in de TWG werden gevoerd. De resultaten van de TWG zijn gepresenteerd in een zogenoemde "TWG consolidatie-workshop", met alle TWG-leden en vertegenwoordigers van het NAP, het ministerie van Volksgezondheid en internationale partners.

Het nationale consultatieproces bereikte zijn hoogtepunt in de Nationale Consultatie-meeting op 30 november 2007. Op deze meeting is het concept van het strategisch plan gepresenteerd aan een brede, gevarieerde groep van relevante actoren in de respons, met als doel een breed maatschappelijk draagvlak en samenwerking te garanderen voor de uitvoering van het NSP. Op deze meeting hadden alle actoren de gelegenheid om in werkgroepen van gedachten te wisselen, ervaringen uit te wisselen en concrete aanbevelingen te doen voor wijziging c.q. aanvulling van de eerder ontvangen documenten. In de semi-finale fase werkte het consultantsteam gewerkt aan finalisering

van alle documenten. Vervolgens presenteerde het ministerie van Volksgezondheid deze documenten aan de Raad van Ministers en andere besluitvormende autoriteiten in Suriname.

De voortdurende en actieve betrokkenheid van een breed maatschappelijk veld in dit tweede Nationaal Strategisch Plan voor een multisectorale aanpak van HIV, 2009-2013, bevestigt opnieuw het groeiend besef en de wil en de mogelijkheid om met verenigde krachten HIV in Suriname het hoofd te bieden.

## **1.2 Componenten van het NSP**

Het NSP is een vijfjarenplan (2009-2013) en geeft een overzicht van de nationale doelen, uitgangspunten, strategieën en verwachte resultaten per prioriteitsgebied op basis van een uitgebreide situatie- en responsanalyse van de HIV-epidemie in Suriname. Voorts wordt aandacht besteed aan de noodzakelijke structuren en mechanismen voor implementatie van het NSP.

Als uitvloeisel van het NSP is een actieplan ontwikkeld voor de periode 2009-2010. Dit plan is een werkinstrument voor het NAP als coördinatiepunt, en op de middellange termijn voor alle uitvoerende partners in de nationale respons. Het geeft een overzicht van afgesproken activiteiten, verantwoordelijkheden en geraamde kosten. Dit tweejarige actieplan zal jaarlijks worden herzien in nauw overleg met alle relevante partners in de uitvoering, met als uitgangspunt het NSP. Voor een gerichte focus op de vastgestelde aandachtsgebieden zijn aan dit NSP enkele specifieke componenten toegevoegd:

1. Een apart onderdeel van het NSP is het 'Monitoring en Evaluatie (Actie)Plan'. Dit plan geeft op een systematische manier aan hoe de monitoring en evaluatie van de nationale respons zal plaatsvinden. Uitgaande van een resultaatgerichte benadering en nationaal vastgestelde indicatoren beschrijft dit (actie)plan in detail de structuur en het proces van verzameling, analyse en distributie van strategische informatie voor het ontwikkelen van gericht beleid en effectieve diensten en programma's. In het bijzonder zal het M&E Plan dienen als een 'early warning system' voor de monitoring van de implementatie van de tweejarige actieplannen (2008/2009; 2010/2011 en 2012/2013).
2. Met het oog op gerichte ontwikkeling c.q. versterking van de capaciteit is apart aandacht besteed aan het uitzetten van de hoofdlijnen en voorwaarden voor het ontwikkelen van een 'capaciteitsbevorderingsstrategie' van relevante sectoren binnen de gezondheidszorg en daarbuiten, om effectiever te kunnen werken aan de organisatorische en technische versterking van zowel het NAP als andere partners in de respons.

## 2. SITUATIEANALYSE 2004-2008

### 2.1 Epidemiologie van HIV, AIDS en SOI

#### Groot gebrek aan betrouwbare HIV-prevalentiecijfers

Onvoldoende beschikbaar zijn geschikte en betrouwbare prevalentiecijfers, die inzicht kunnen geven in de aanwezigheid van HIV in en spreiding van HIV over de Surinaamse bevolking en in risicovol gedrag van diverse subpopulaties. Deze cijfers zijn onvoldoende voorhanden omdat een HIV/SOI 'third generation sentinel surveillance system'<sup>1</sup> in Suriname vooralsnog niet adequaat functioneert.

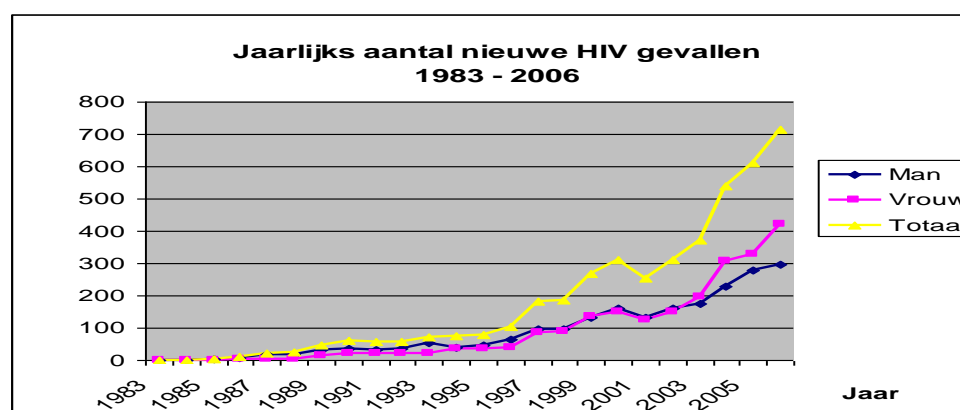
Schattingen vinden vooral plaats op basis van passieve surveillance: er wordt alleen informatie verzameld over de mensen die om wat voor reden dan ook zichtbaar worden omdat ze zich aanmelden bij zorginstellingen en op HIV getest te worden. Dit is de groep van de 'HIV-geregistreerden'. De surveillancedata die over deze groep beschikbaar zijn, worden consistent gedifferentieerd naar leeftijd, gender en etnische afkomst.

#### Suriname heeft een gegeneraliseerde HIV-epidemie

HIV komt voor onder alle lagen en groepen in de samenleving. Volgens schattingen is ongeveer 2,4% (UNAIDS 2008) van de volwassen bevolking (15-49 jaar) geïnfecteerd met HIV. Sinds de eerste registratie van HIV in 1983 is er een stijgende lijn in het jaarlijks aantal gerapporteerde nieuwe gevallen van HIV in Suriname. In 2005 en 2006 bedroeg het cumulatief totaal aantal geregistreerde HIV-gevallen respectievelijk 3.645 en 4.385.

Volgens data zijn in 2005 610 nieuwe gevallen van HIV gerapporteerd. Het aantal nieuwe registraties in 2006<sup>2</sup> telde 740. De stijging van het aantal nieuwe gevallen betekent niet per definitie een toename van onveilig seksueel gedrag of nieuwe infecties. Een toename van het aantal HIV-geregistreerden kan ook het gevolg zijn van een actiever HIV-testbeleid. In de afgelopen jaren zijn mensen op diverse manieren gestimuleerd om zich te laten testen op HIV; onder andere via algemene HIV-testcampagnes.

Figuur 1



Bron: HIV/AIDS/SOI Surveillance Report, 2004-2006

<sup>1</sup> Zie: Guidelines CAREC m.b.t. Third generation surveillance HIV

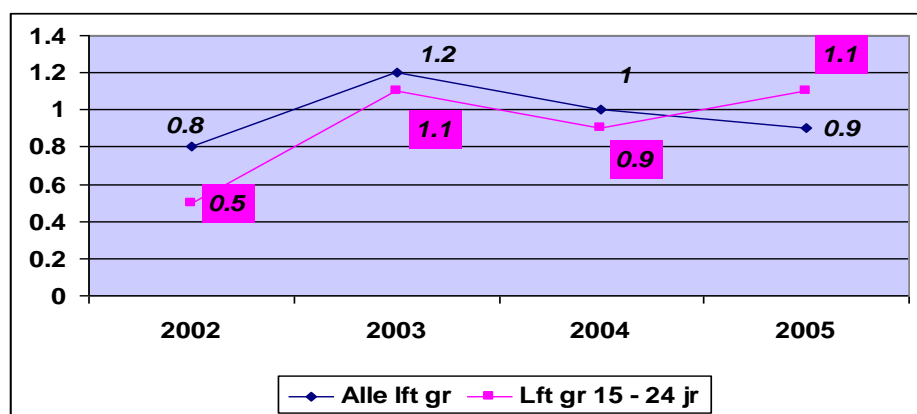
<sup>2</sup> Factsheet, ministerie van Volksgezondheid, HIV/AIDS Surveillance Team, 26 nov. 2007. Herzien 4 februari 2008



### HIV-prevalentie onder zwangeren

Omdat zwangeren een doorsnede vormen van de algemene, seksueel actieve populatie, geven zij een redelijke indicatie voor een schatting van de mate waarin HIV in de populatie is verspreid. In 2004 en in 2005 werden respectievelijk 5.420 en 6.733 zwangeren getest. In 2005 was het aantal geteste zwangeren gelijk aan 78%<sup>3</sup> van alle zwangeren. De gevonden HIV-seroprevalentie bedroeg in 2004: 1.0% en in 2005: 0.9%.<sup>4</sup> Het percentage HIV-positieven is onder zwangere vrouwen in de leeftijdsgroep 15-24 jaar licht gestegen van 0.9 in 2004 naar 1.1% in 2005.

Figuur 2: Aandeel van HIV+ onder geteste zwangeren



Bron: HIV/AIDS/SOI Surveillance Rapport, 2004-2006

### Bloeddonoren

In het algemeen zijn er nauwelijks tot geen HIV-rapportages onder bloeddonoren. In de periode 2003-2006 was de HIV-prevalentie onder actieve bloeddonoren jaarlijks 0.03%<sup>5</sup>. Dit resultaat vloeit voort uit de strenge gedragscriteria die worden gehanteerd bij de selectie van donoren.

### Er is een toename van gerapporteerde gevallen van HIV onder vrouwen, in het bijzonder jonge vrouwen

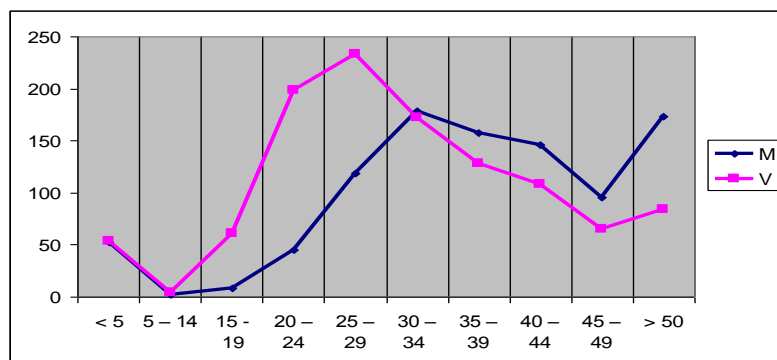
Sinds het begin van de HIV-epidemie in Suriname is het aantal rapportages van vrouwen met HIV, in vergelijking met rapportages van mannen met HIV, steeds toegenomen en sinds 2003 zelfs hoger. Opmerkelijk is de toename van het aantal geregistreerde HIV-infecties onder jonge vrouwen. Van 2001 tot 2005 waren er in de leeftijdsgroep van 15 tot 24 jaar meer geregistreerde HIV-positieve vrouwen dan geregistreerde HIV-positieve mannen.

<sup>3</sup> Screeningsdekking geschat op basis van totaal aantal geboorten in 2005: 8.657

<sup>4</sup> HIV/AIDS/SOI Surveillance Team, M.Mohan-Algoe, Powerpoint 'Update van HIV/AIDS in Suriname' Augustus 2007

<sup>5</sup> HIV/AIDS/SOI Surveillance Report, 2004-2006

**Figuur 3: HIV-positieven naar sekse en leeftijd, 2001-2005**



Bron: HIV/AIDS/SOI Surveillance Team

Een verklaring voor deze (gender)trend is dat (jonge) vrouwen in biologisch, sociaal-economisch en cultureel opzicht kwetsbaarder zijn. Ook zijn zij ontvankelijker voor HIV-infectie dan mannen. Een andere verklaring is dat veel meer vrouwen dan mannen zich laten testen op HIV. De HIV-test wordt als onderdeel van de zwangerschapscontrole aangeboden aan alle zwangeren.

Voorts blijkt dat vooral vrouwen zich aanmelden op alle lokaties waar mensen zich vrijwillig kunnen laten testen - de zogenaamde *Voluntary (Vrijwillige) Counseling and Testing (VCT) sites*.

Er is voornamelijk geen informatie beschikbaar over de achtergronden van deze genderverschillen in vrijwillig HIV-testgedrag.

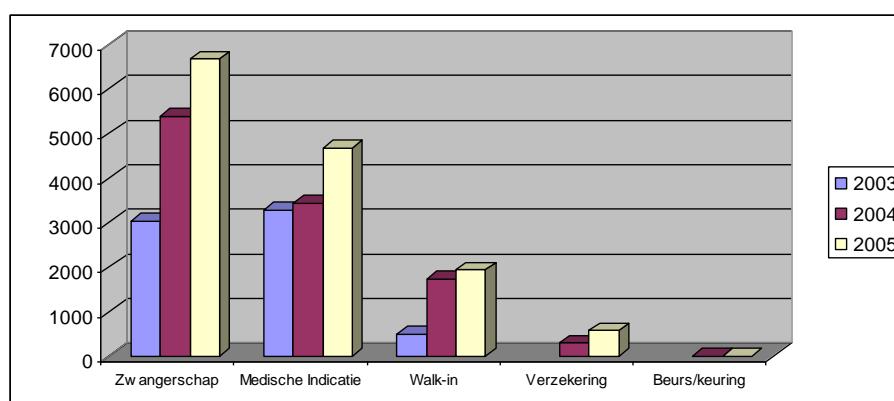
### **Er is een toename van het aantal geregistreerde HIV+**

Het cumulatieve aantal registraties van HIV-positieven is sinds 1983 opgelopen tot 4.358 personen in 2007, van wie 2.215 vrouwen en 2.143 mannen.

Er is een stijging van het jaarlijkse aantal gediagnosticeerden met HIV, en wel tot 740 in 2006, van wie 435 vrouwen en 305 mannen<sup>6</sup>. Deze stijging komt deels door de verbeterde toegankelijkheid van testfaciliteiten, versterkt door de recente publieke HIV-testcampagne 'Sabi Libi', en vooral door de HIV-screening van zwangeren. Dit laatste is duidelijk te zien in de sterke oververtegenwoordiging van vrouwen in het totaal aantal geregistreerde HIV-positieven in 2006.

<sup>6</sup> HIV/AIDS/SOI Surveillance Rapport, 2004-2006

**Figuur 4: HIV-tests naar reden van testen**



**Bron: HIV/AIDS/SOI Surveillance Team**

### **Er is een afname van sterfte door AIDS**

Gerekend vanaf 1997 bedraagt het cumulatieve aantal gecertificeerde gevallen van AIDS-sterfte in 2006: 1.207. Er zijn aanwijzingen dat de jaarlijkse sterfte ten gevolge van AIDS is afgenomen. Stierven in 2004 en 2005 nog respectievelijk 171 en 181 personen door AIDS, in 2006 is dit aantal teruggelopen tot 130. In de lijst van meest voorkomende doodsoorzaken is AIDS in 2006 gedaald van de vijfde naar de zesde plaats. Oorzaken van deze afname zijn in het bijzonder de toename van vroege diagnostiek en de verhoogde beschikbaarheid van antiretrovirale middelen (ARV).

### **Rapportages van huisartsen indiceren een dalende SOI-trend**

Prevalentie en trends in seksueel overdraagbare infecties (SOI) zijn goede indicatoren voor de aanwezigheid van seksuele transmissie van HIV en gedragsverandering. Het HIV/AIDS/SOI Surveillance team volgt rapportages van SOI-diagnoses bij de Dermatologische Dienst (DD) en bij huisartsen. Beschikbare cijfers van huisartsen, verzameld door de afdeling Epidemiologie van het Bureau voor Openbare Gezondheidszorg (BOG), indiceren een langzame daling van het aantal SOI-registraties in de afgelopen jaren, namelijk van 1.658 in 2001 naar 939 in 2006. In 2004 was het aantal geregistreerden 1.315, in 2005 ging het om 1.051, en in 2006 daalde het aantal naar 939 geregistreerde diagnoses<sup>7</sup>.

### **Er is een duidelijke samenhang tussen HIV en Tuberculose (TB)**

Tuberculose is een belangrijke opportunistische infectie voor mensen met HIV, die een verminderde weerstand hebben. Sinds enige jaren is de HIV-screening van TB-patiënten toegenomen. In 2004 bleek de HIV-seroprevalentie onder TB-patiënten 24.6%, in 2005 bedroeg dit aandeel 21.3% en in 2006 was dit licht gestegen naar 22.3%. Deze percentages kunnen worden beschouwd als erg hoog, en impliceren dat een kwart van de TB-problematiek in Suriname het gevolg zou kunnen zijn van een infectie met HIV.

<sup>7</sup> BOG, Afdeling Epidemiologie/Biostatistiek, 2008

### **Risicogedrag, kennis en attitudes**

HIV-overdracht in Suriname vindt vooral plaats door onbeschermd seks. HIV verspreidt zich het makkelijkst in seksuele netwerken van mensen met meerdere, gelijktijdige onbeschermd seksuele contacten. Dit komt omdat mensen met een HIV-infectie zeer infectieus zijn vrij kort na hun infectie, dus snel wisselende contacten bevorderen snelle overdracht van HIV. Geconcentreerde HIV-infecties in seksuele netwerken met hoog risicogedrag kunnen een brug slaan naar de rest van de populatie en op deze manier de verspreiding van HIV stimuleren. Met uitzondering van enig inzicht omtrent sekswerkers, is er in Suriname vooralsnog weinig informatie beschikbaar over de bestaande seksuele netwerken en de seksuele gedragspatronen hierbinnen; vooral onder mannen die seks hebben met mannen, en onder migranten en andere moeilijk bereikbare populaties.

### **Er zijn in Suriname 'geconcentreerde HIV-epidemieën' onder mensen en sub-populaties met verhoogd risicogedrag**

Verhoogd risicogedrag betekent in feite onbeschermd vaginale, en vooral ook anale seks, met veel, wisselende partners. Commerciële sekswerkers en mannen die seks hebben met mannen (MSM) worden algemeen geïdentificeerd als mensen met verhoogd risicogedrag. In Suriname is er nog geen regelmatige surveillance van gedrag van deze groepen met verhoogd risico voor HIV. Er zijn wel incidentele studies verricht onder vrouwelijke en mannelijke straatsekswerkers en MSM in Paramaribo.

Er zijn grote aantallen sekswerkers actief in Suriname, in clubs of op straat. De meeste van deze sekswerkers opereren in het centrum van Paramaribo, en deels rond goudmijnen in het binnenland. Studies onder vrouwelijke sekswerkers in 1998 en recent in 2005 vonden een HIV-prevalentie van respectievelijk 22% om 21%. Onder mannelijke sekswerkers (veelal transseksuelen) was het aandeel van HIV-positieven: 36%.<sup>8</sup> Recente data over HIV-prevalentie onder sekswerkers in clubs zijn niet beschikbaar<sup>9</sup>. In het laatste gedragsonderzoek onder sekswerkers hadden de meeste sekswerkers, 62%, ooit een HIV-test gedaan en 70% rapporteerde gebruik van het condoom in het laatste contact met een cliënt. Slechts 23% meldde consistent condoomgebruik met cliënten in de maand voorafgaand aan de survey. 51% had eerder een SOI opgelopen. De basiskennis over HIV was redelijk tot goed. 78% wist dat 'condoomgebruik' en 'uitsluitend seks met een monogame partner', HIV voorkomt, terwijl 74% het verschil kende tussen HIV en AIDS. Rapportages van drugsgebruik waren relatief hoog: 46% van de sekswerkers rapporteerde gebruik van drugs<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> Caribbean Epidemiology Centre (CAREC) en Stichting Maxi Linder Foundation (SMLA) (2004). HIV/AIDS and Commercial Seks Work in Suriname: an HIV sero-prevalence and behavioral study among commercial sex workers (CSW) in Suriname.

<sup>9</sup> Het laatste seroprevalentie-onderzoek dateert van 1991. Toen werd er een HIV-prevalentie gevonden van 2,5%

<sup>10</sup> Caribbean Epidemiology Centre (CAREC) en Stichting Maxi Linder Foundation (SMLA) (2004). HIV/AIDS and Commercial Sex Work in Suriname: an HIV sero-prevalence and behavioral study among commercial sex workers (CSW) in Suriname.

### **Mannen die seks hebben met mannen (MSM) hebben een relatief hoge HIV-prevalentie**

Onder MSM werden in 1998 (inclusief mannelijke sekswerkers) en 2005 (exclusief sekswerkers) prevalentiepercentages gevonden van respectievelijk 20% en 7%.<sup>11, 12</sup>. Thans is onderzoek in uitvoering naar seksueel gedrag van mannen in Surinaamse gevangenissen. Hoewel er indicaties zijn dat onveilige anale seks niet beperkt blijft tot man-mancontacten, maar ook voorkomt in heteroseksuele relaties, zijn hierover geen onderzoeksdata beschikbaar. Verder onderzoek is nodig naar de kenmerken en omvang van seksuele netwerken van mannen, hun seksueel gedrag, kennis en attitudes.

### **Sommige Surinaamse mannen hebben uitgebreide seksuele netwerken en wisselende contacten, en lopen een hoger risico op HIV-infectie.**

Uit resultaten van studies uit deelpopulaties blijkt dat mannen gemiddeld veel meer seksuele partners per gegeven tijdseenheid hebben dan vrouwen, en ook veel meer betrokken zijn bij onbeschermd incidentele sekscontacten. Deels wordt dit gedrag geconditioneerd door cultureel bepaalde patronen zoals polygamie en meerpartnerschap bij mannen<sup>13</sup>. Er zijn aanwijzingen dat vooral mobiele mannen (bijv. mijnwerkers, goudzoekers, migranten etc. ) en mannen met een straatgerichte levensstijl vaker wisselende partners hebben. Harde gegevens hierover ontbreken vooralsnog.

### **Het aantal geregistreerde HIV-positieven en AIDS-sterften differentieert sterk naar etniciteit**

In het totaal aantal geregistreerden is het aandeel van personen van Creoolse en Marronafkomst het grootst<sup>14</sup>. De verschillen binnen etnische groepen zouden onder meer kunnen samenhangen met etnisch-cultureel bepaalde seksuele gedragspatronen, percepties over gezondheid en ziekten, toegang tot zorg en informatie, en hulpzoekgedrag<sup>15</sup>.

---

<sup>11</sup> Caribbean Epidemiology Centre (CAREC) en Stichting Maxi Linder Foundation (SMLA) (2005). An HIV sero-prevalence and behavioral study among men who have sex with men (MSM) in Suriname.

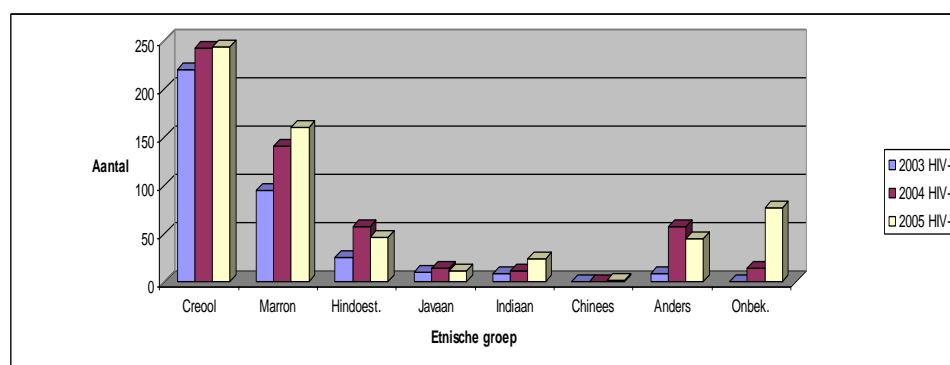
<sup>12</sup> Del Prado, R & Antonius, C, 1998. AIDS and Behavior Change. A population Survey, a KAPB Survey, and an HIV Sero-prevalence Study in Paramaribo, Suriname.

<sup>13</sup> Terborg, J. 1998. Sexual Transmitted Diseases and HIV/AIDS among Ndjuka and Saramacca Maroons in the hinterland of Suriname. See also Terborg, J. 'Liefde en Conflict'. Academisch proefschrift, 2002

<sup>14</sup> HIV/AIDS/SOI Surveillance team, Powerpoint 'Update van HIV/AIDS in Suriname' augustus 2007

<sup>15</sup> Medische Zending/Pro Health, 2005. Evaluation of the STI/HIV/AIDS program 1998-2003'

**Figuur 5: HIV-geregistreerden naar etnische afkomst, 2003-2005**



**Bron: HIV/AIDS/SOI Surveillance Team**

### **HIV-overdracht onder injecterende drugsgebruikers is te verwaarlozen in Suriname**

Uit een recente studie van de Nationale Anti-Drugs Raad (NAR) blijkt dat slechts 0.3% van de geschatte 800 tot 1.000 drugsgebruikers, injecteren<sup>16</sup>. Hoewel er voornamelijk weinig drugs geïnjecteerd worden, is er in het algemeen een toename van drugsgebruik geconstateerd. Omdat transmissie van HIV explosieve vormen kan aannemen onder gebruikers die injectienaalden en -materialen delen, moet dit vraagstuk nauwgezet gevolgd worden. De seksuele netwerken van drugsgebruikers en de risico's van HIV-transmissie moeten ook in kaart gebracht worden.

### **Surinaamse bevolking: kennis, attitudes en gedrag**

#### **Er is een stijging in de basiskennis over HIV**

Uit het recent uitgevoerde Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) onderzoek 2006 blijkt dat de basiskennis over HIV groeit. Was het zo dat in 2000 slechts 36% van de vrouwen tussen 12 en 49 jaar, correcte kennis had over HIV, in 2006 is dit aandeel toegenomen tot 67%. Kennis hangt sterk samen met opleidingsniveau en woonplaats. Er is minder kennis onder personen die wonen in het binnenland en in de districten, en onder laag opgeleide jongeren<sup>17</sup>.

Een recente survey van het ministerie van Volksgezondheid in vijf woongebieden wijst uit dat het overgrote deel van de jongeren kennis heeft over het verschil tussen HIV en AIDS, weet dat HIV via seks wordt overgedragen en dat sociaal contact met een HIV-positieve persoon veilig is<sup>18</sup>.

#### **Toch is de risico-inschatting bij jongeren, over het algemeen, laag en zijn er grote groepen jongeren met risicovol gedrag**

Jongeren zijn vrij goed geïnformeerd over HIV, maar er zijn nog grote groepen met risicogedrag, dat wil zeggen onbeschermd seks en veel wisselende contacten. Uit het MICS-onderzoek van 2006 blijkt dat 60% van de 15-24 jarige vrouwen in de laatste

<sup>16</sup> National Drug Board, MOH.

<sup>17</sup> Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2006, Government of Suriname/Unicef, July 2006

<sup>18</sup> MVG/ProHealth, 2007, Rapport 'Jongeren en hun gezondheid'

twalf maanden seks had met een niet-reguliere partner en dat slechts ongeveer 50% van deze vrouwen het condoom bij het laatste contact met deze partner heeft gebruikt<sup>19</sup>. Een andere recente studie<sup>20</sup> naar seksueel gedrag van jongeren toont aan dat seksueel gedrag varieert naar geslacht, etniciteit, woonplaats en leeftijd. Leeftijd van eerste seks is gemiddeld rond 15 jaar voor mannen en rond 17 jaar voor vrouwen. Adolescente mannen rapporteerden meer partners dan hun vrouwelijke leeftijdsgenoten: 41% meldde drie of meer partners in het laatste jaar. Condoomgebruik was matig (48% bij laatste keer) ondanks goede kennis van HIV en van de preventieve werking van condooms. De meerderheid, 61%, van de onderzochte 10-24 jarige vrouwen was ooit zwanger, van wie 61% zei dat deze zwangerschap ongepland was. Desondanks was 64% van de jongeren van mening dat zij geen risico lopen op HIV.

### **Het condoomgebruik stijgt, maar vooral met incidentele, losse contacten**

Diverse studies rapporteren toegenomen condoomgebruik, vooral onder jongeren en vooral in seksuele contacten met incidentele partners. Zo rapporteerde 48% van de jongeren gebruik van het condoom tijdens het laatste seksueel contact. Jongeren ervaren problemen in de toegang tot condooms en met het juist en consistent gebruik van condooms<sup>21</sup>.

### **Sociaal-economische en culturele factoren voor risicogedrag**

HIV komt voor in alle sociale lagen, maar wereldwijd is erkend dat er een sterke samenhang is tussen HIV en armoede en dat armoede een stuwende kracht kan zijn in de epidemie. Aspecten van armoede maken mensen kwetsbaar voor infectie met HIV. Het gaat om blootstelling aan risico's door gebrekkige huisvesting en scholing, maar ook om economische afhankelijkheid en gebrek aan scholing en toegang tot informatie. In Suriname leeft een meerderheid van de bevolking onder de armoedegrens<sup>22</sup>.

### **Etnische en culturele factoren beïnvloeden seksueel gedrag**

De seksuele cultuur in Suriname vertoont grote diversiteit naar geslacht en etniciteit. Gemiddelde leeftijd van eerste seks, eerste zwangerschap, gebruik van voorbehoedmiddelen, huwelijksnormen, seksuele praktijken, vertonen grote verschillen als vrouwen met mannen, en etnische groepen met elkaar worden vergeleken. Seksuele waarden en normen waar jongens en meisjes mee opgroeien bepalen ook de mate waarin ze bloot staan of bedreigd worden door HIV. Ook het hulp-zoekgedrag is vaak cultureel bepaald. Daarom is het belangrijk dat gedragsinterventies worden afgestemd op de specifieke kenmerken van de sociaal-economische en culturele contexten waarin diverse doelgroepen wonen en werken. Verder onderzoek naar de invloed van sociaal-culturele (gender, etnisch-culturele, religieuze etc.) factoren op seksueel gedrag is noodzakelijk om effectief beleid en programma's te kunnen ontwikkelen.

### **Criminalisering en discriminatie belemmeren de toegang tot adequate preventie en zorg**

---

<sup>19</sup> Idem

<sup>20</sup> Idem

<sup>21</sup> Idem

<sup>22</sup> See: 'The MDG baseline report, Suriname, 2005: geeft aan dat 60% van de bevolking beneden de armoedegrens leeft.

In Suriname leven sekswerkers, drugsgebruikers en mannen die seks hebben met mannen vaak in een sfeer van illegaliteit, marginalisering, stigma en discriminatie. Deze problematische context maakt hen extra kwetsbaar voor infectie met HIV. Uit vrees voor sancties, stigma en discriminatie zijn deze groepen meestal minder geneigd gebruik te maken van formele preventie- of zorgdiensten. Op basis van ervaringen van zorgverleners kan worden verondersteld dat gestigmatiseerde groepen zich minder snel melden voor behandeling en onderduiken, of zelfmedicatie toepassen. Vooral indien zij verwachten dat een positieve HIV-diagnose nog meer nadelen voor hen zou kunnen betekenen.

### **3. PRINCIPES EN UITGANGSPUNTEN VAN HET NSP**

Het NSP is een geïntegreerd onderdeel van het Meerjaren Ontwikkelings Plan (MOP) 2006-2011, en valt derhalve binnen dit groter ontwikkelingsraamwerk. Rekening houdende met de specifieke aspecten en vraagstukken gerelateerd aan de HIV-epidemie is het van belang een aantal principes en uitgangspunten expliciet te benadrukken. Het zijn belangrijke waarden, normen, nationale en internationale afspraken waaraan het NSP zowel bij de implementatie als monitoring en evaluatie kan worden getoetst.

#### **Principes**

- Erkenning en bescherming van rechten zoals gewaarborgd door de Surinaamse Grondwet en internationale overeenkomsten voor mensen-rechten, inclusief de rechten van mensen met HIV, hun naasten, mensen met verhoogd risicogedrag en groepen in een kwetsbare positie, met name vrouwen en kinderen.
- Recht op toegang tot betaalbare en goede gezondheidszorg en sociale voorzieningen.
- Respect voor diversiteit in etnische afkomst, taal, seksuele voorkeuren en socio-economische omstandigheden bij het ontwikkelen van programma's.
- Gendergevoeligheid van interventiestrategieën, die in het bijzonder rekening dienen te houden met zowel de grote kwetsbaarheid van vrouwen en meisjes, alsmede de belangrijke rol van mannen in het ontwikkelen/stimuleren van verantwoordelijk en veilig seksueel gedrag.
- Onderbouwing door feiten en bewijs van beleid en diensten. Meer kwantitatief en kwalitatief onderzoek om behoeften te bepalen en meer evaluatie en monitoring van diensten om efficiency en effectiviteit te meten.
- HIV-beleid en programma's moeten worden geïntegreerd in, en bijdragen aan versterking en verbetering van bestaande gezondheidszorgsystemen.
- Transparantie van beleid en verantwoording voor de uitvoering naar de cliënten, naar elkaar, en naar de financiers van de HIV-respons.



## **Uitgangspunten voor uitvoering van het NSP**

- De HIV-respons is een prioriteit van de hele Regering van Suriname, inclusief alle relevante ministeries en departementen
- Het NSP is in overeenstemming met nationale doelen, principes en programma's (MOP, Regeringsverklaring en Beleidsnota van het ministerie van Volksgezondheid en beleidsnota Seksuele en Reproductieve Gezondheid), regionale (Caribbean Regional Strategic Plan of Action) en internationale verplichtingen en beloften (MDG, UNGASS, CEDAW, Beijing, CRC, ICPD, etc.)
- De regering betreft het maatschappelijk middenveld actief bij de nationale HIV-respons
- De regering zoekt nauwe samenwerking met internationale ontwikkelings-partners voor technische en materiële ondersteuning van de nationale HIV-respons.
- Met het oog op verminderde afhankelijkheid en grotere duurzaamheid is het streven erop gericht om de financiering in toenemende mate te laten geschieden uit overheidsmiddelen. De overheid, het ministerie van Volksgezondheid, is immers verantwoordelijk voor de aanpak van het HIV-probleem.

## 4. NATIONAAL STRATEGISCH PLAN

Dit hoofdstuk beschrijft de nationale doelen, subdoelen en verwachte resultaten. Voor elk resultaat worden de belangrijkste uitvoerenden en hun verantwoordelijke taken geschetst.

### 4.1 Nationale doelen

- Algemeen doel: Het terugdringen van de verdere verspreiding van HIV en het minimaliseren van de negatieve gevolgen van HIV op de samenleving.

### 4.2 Prioriteitsgebieden, indicatoren en gebudgetteerde activiteiten

- Het NSP heeft vijf prioriteitsgebieden, nauw met elkaar verbonden en verweven tot een geïntegreerd geheel:
  1. Nationale coördinatie, beleid en capaciteitsbevordering
  2. Preventie van verdere verspreiding van HIV
  3. Behandeling, zorg en begeleiding
  4. Terugdringen van stigma en discriminatie rondom HIV
  5. Strategische informatie voor beleid en dienstverlening
- De prioriteitsgebieden worden uitgedrukt als subdoelen
- Elk van de subdoelen kent specifieke resultaten en hoofdactiviteiten

<b>Nationale HIV-indicatoren</b>	
1.	Het aantal HIV-gerelateerde sterfgevallen
2.	Het percentage volwassenen en kinderen met HIV dat nog op behandeling is 12 maanden na de start met ARV-therapie
3.	Het percentage jonge vrouwen en mannen in de leeftijdsgroep 15-24 jaar dat HIV-geïnfecteerd is
4.	Het percentage pasgeborenen van HIV-positieve moeders, dat HIV-geïnfecteerd is

Indicator		Activiteit	
<b>1. Nationale coördinatie, beleid en capaciteitsbevordering</b>			
A. In tenminste 2 relevante sectoren zijn HIV-strategieën ontwikkeld en geïmplementeerd	1.01	Relevante ministeries zoals Onderwijs en Volksontwikkeling, Sociale Zaken en Volkshuisvesting, Defensie, Regionale Ontwikkeling, Arbeid, Technologie en Milieu, zullen HIV-strategieën en -programma's ontwikkelen en uitvoeren	200.000
	1.02	Het ministerie van Arbeid, Technologie en Milieu, de vakbeweging en bedrijven zullen de 'Tripartiete Overeenkomst' voor HIV-beleid op de werkplek verder ontwikkelen en uitvoeren	100.000
B. In tenminste 2 openbare gezondheidsafdelingen en/of -programma's is HIV/AIDS geïntegreerd	1.03	MVG zal in tenminste het TB-programma en het STI-programma HIV-strategieën integreren en zal andere relevante MVG-afdelingen op basis van behoeftebepalingen aanmoedigen en ondersteunen in het ontwikkelen van hun HIV-beleid en HIV-programma's	50.000
C. Er is een nationale raad voor HIV/AIDS ingesteld en mechanismen in werking voor een nationale coördinatie	1.04	MVG zal een multisectorale nationale structuur introduceren voor beleidscoördinatie en advies	20.000
D. Er zijn structuren op hun plaats en mechanismen in werking voor een nationale coördinatie	1.05	Het netwerk van NGO's actief in HIV zal tenminste tweemaal per jaar bijeenkomen voor overleg en coördinatie	20.000
E. Er is een capaciteitsbevorderingsplan voor het NAP en tenminste 3 partners	1.06	NAP zal een capaciteitsbevorderingsplan opzetten voor uitvoerende partners, gebaseerd op een behoeftebepaling, en technische expertise aantrekken voor de	525.000

uitgevoerd		uitvoering van dit plan	
	1.07	Vanuit netwerken met nationale, regionale en internationale organisaties zullen trainingen en andere capaciteitsversterkende activiteiten worden ondernomen op basis van nationale prioriteiten	500.000
F. Tweejaarlijks is er een activiteitenplan opgesteld op basis van het NSP; de kosten hiervan zijn bepaald en financiële bijdragen aangevraagd	1.08	MVG zal garanderen dat de financiering van de uitvoering van het NSP in toenemende mate uit overheidsmiddelen gebeurt	0
	1.09	Het NAP zal elk jaar de "UNGASS" fundingmatrix invullen met de partners waarna er gestreefd zal worden naar een efficiënte besteding van donorgelden	75.000
<b>2. Preventie van verdere verspreiding van HIV</b>			
A. Er is een nationale HIV-communicatiestrategie ontwikkeld en geïmplementeerd	2.01	NAP zal op basis van onderzoek communicatiestrategieën ontwikkelen en toepassen per subpopulatie	60.000
B. Onder ten minste 3 subpopulaties en groepen met verhoogd risico op HIV, zijn preventie-interventies uitgevoerd	2.02	NGO's zullen gedragsveranderingsinterventies uitvoeren voor CSW en MSM op basis van kwalitatief en evaluatief onderzoek	500.000
	2.03	De gewapende machten (militairen, brandweer, politie, penitentiaire ambtenaren) zullen preventiestrategieën voor mobiele mannen (met veel wisselende contacten) ontwikkelen en (laten) uitvoeren	60.000
	2.04	Het ministerie van Politie en Justitie zal op basis van kwalitatief onderzoek een preventiestrategie implementeren voor gevangenen in de penitentiaire inrichtingen en cellenhuizen	65.000
	2.05	NGO's en actoren in de goudmijnbouw zullen preventiestrategieën ontwikkelen voor (migranten)werkers in en rondom de goudmijnen op basis van onderzoek	500.000
	2.06	NGO's zullen gedragsveranderingsinterventies uitvoeren voor jongeren in kwetsbare gemeenschappen en doelgroepen	500.000
	2.07	NAP zal interventies ondersteunen door documentatie op te stellen, informatie te verstrekken	400.000
C. Ten minste 3 mediacampagnes voor	2.08	Communicatiespecialisten ontwikkelen voorlichtings- en bewustwordingsprogramma's	100.000

subpopulaties zijn ontwikkeld en uitgevoerd		op basis van de ontwikkelde strategieën, om bewustzijn en kennis te verhogen en gedragsveranderingen te bewerkstelligen.	
	2.09	NAP, NGO's en media bedrijven zullen nationale campagnes uitvoeren, omtrent <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermindering van stigma en discriminatie</li> <li>• Partnerreductie</li> <li>• Besnijdenissen van jongens en jonge mannen</li> </ul>	150.000 250.000 250.000 250.000
D. Besnijdenis zal nationaal geïntroduceerd worden als algemene strategie voor gezondheidsinterventie en ihb als HIV-preventie		Het ministerie van Volksgezondheid zal een pilotproject, inclusief promotiecampagne, voor besnijdenis uitvoeren	60.000
		Op basis van de resultaten van dit pilotproject zal een programma worden ontwikkeld om besnijdenis te integreren in het reguliere zorgaanbod	1.000.000
E. Seksuele- en reproductieve gezondheidsprogramma's (SRG) voor jongeren zijn versterkt en uitgebreid	2.10	Het NAP zal richtlijnen en documenten ontwikkelen voor een 'jeugd vriendelijke' HIV-gerelateerde dienstverlening op basis van onderzoek naar behoeften en percepties van jongeren	100.000
	2.11	NGO's zullen 'evidence based' gedragsveranderingsinterventies ondernemen voor educatie en begeleiding van jongeren en kinderen die leven onder risicobevorderende condities (in het bijzonder niet-schoolgaande jongeren, werkloze jongeren, delinquenten, seksueel misbruikte kinderen etc.)	500.000
F. De aankoop, logistiek en distributie van condooms en glijmiddel zijn verbeterd	2.12	NAP zal een condoom beleid en -strategieën ontwikkelen voor promotie van consistent en correct gebruik	30.000
	2.13	Particuliere handelaren worden betrokken bij de sociale marketingstrategieën voor de promotie van het mannen- en het vrouwencondoom	100.000
	2.14	NAP zal de logistiek van aankoop en distributie van mannen- en vrouwencondooms en glijmiddel versterken	1.000.000
	2.15	Aan kwetsbare doelgroepen worden gratis condooms en glijmiddel verstrekt	400.000
	2.16	Condoompromotie- en verstrekkingcampagnes voor de seksueel actieve bevolking worden uitgebreid	500.000
G. Het aantal VCT-diensten geïntegreerd in	2.17	NAP zal de uitgevoerde VCT-activiteiten evalueren en op basis hiervan de VCT-	100.000

bestaande laboratoriumdiensten is toegenomen		dienstverlening verbeteren	
	2.18	Medische Zending, RGD en andere basiszorgverleners zullen diensten uitbreiden en waar mogelijk integreren in de bestaande laboratoriumdiensten	100.000
H. PMTCT-diensten voor zwangeren zijn verbeterd en uitgebreid	2.19	MVG zal de PMTCT-strategie evalueren en protocollen aanpassen	100.000
	2.20	RGD, MZ, particuliere huisartsen en ziekenhuizen zullen diensten voor zwangeren en neonaten verbeteren en uitbreiden	200.000
I. 2 programma's gericht op de preventie en de vroege behandeling van SOI's zijn uitgevoerd	2.21	De Dermatologische Dienst zal op basis van kwalitatief en evaluatief onderzoek preventie en vroege behandeling van SOI verbeteren en uitbreiden, onder andere door de aanschaf, uitvoering en exploitatie van een mobiele SOI-poli	200.000
	2.22	NGO's, de private sector en mediabedrijven zullen via voorlichtings- en bewustwordingsprogramma's bijdragen aan verhogen van bewustzijn over SOI en veilig seksueel gedrag	250.000
J. Veilige bloedtransfusie is gegarandeerd	2.23	De Nationale Bloedbank van het Surinaamse Rode Kruis zal de kwaliteit van bloed voor transfusie monitoren, garanderen, inclusief promotie van vrijwillige donatie en rationeel gebruik van bloed.	125.000
K. Preventiemaatregelen voor bloed-bloed-HIV-transmissie zijn toegepast in gezondheidsinstellingen	2.24	MVG, MZ en RGD zullen bloed-bloed-HIV-transmissie in gezondheidsinstellingen voorkomen door verdere ontwikkeling en verbetering van protocollen, het beschikbaar maken van voorzieningen voor HIV-infectiepreventie inclusief PEP en training van zorgverleners in monitoring van de uitvoering van veiligheidsvoorschriften	100.000
<b>3. Behandeling, zorg en begeleiding</b>			
A. Er is een model ontwikkeld voor HIV/AIDS-behandeling en zorg, inclusief beleid voor een 'continuüm van zorg' en verwijzingsnetwerk	3.01	Het MVG ontwikkelt en introduceert een model voor het leveren van gezondheidsdiensten met betrekking tot HIV/AIDS-behandeling	50.000
	3.02	Het MVG zal een nationaal beleidsplan voor 'continuüm van zorg' ontwikkelen, inclusief opzetten en operationaliseren van een expliciet verwijzingsstelsel tussen mantel- en thuiszorg, eerste lijns- en specialistische zorg	250.000
	3.03	NAP zal op basis van deze strategie (verwijzings)protocollen laten ontwikkelen, zorgverleners trainen, en mechanismen voor supervisie en kwaliteitscontrole	250.000

		ontwikkelen	
	3.04	NAP zal de HIV-wegwijzer naar gelang de behoefte regelmatig laten updaten en breed verspreiden	75.000
	3.05	NAP en het Nationale TB-Programma zullen gezamenlijk protocollen ontwikkelen voor behandeling van HIV/TB-coïnfectie	100.000
	3.06	Instellingen voor eerstelijnsgezondheidszorg (RGD, MZ en particuliere huisartsen) breiden dienstverlening uit voor klinisch management van HIV en opportunistische infecties	400.000
	3.07	Ziekenhuizen verbeteren de zorg voor HIV/AIDS door vergroting van de klinische expertise en integratie van de behandelprotocollen. Het aanwijzen van speciale focal points, eventueel in samenwerking met bestaande infectiecommissies, zal de kwaliteit van de zorg verder ten goede komen	150.000
	3.08	Ziekenhuizen en specialisten zullen behandeling, specialistische zorg en hospitalisatie van patiënten met HIV verbeteren en uitbreiden	250.000
B. HIV/AIDS is opgenomen in het curriculum van de verpleegkundigen en artsen	3.09	Medische- en verpleegkundige opleidingen ondernemen een review van hun HIV/AIDS-curriculum en passen dit aan, in het bijzonder op het gebied van antiretrovirale therapie	100.000
C. Ten minste 1 laboratorium in Suriname kan viral load bepalen	3.10	MVG zal de mogelijkheden voor vroege HIV-diagnostiek verbeteren en uitbreiden, in het bijzonder door de aanschaf van instrumenten en materialen voor het doen van 'viral load'-bepalingen.	450.000
	3.11	Training van laboratoriumpersoneel in 'viral load'-testing wordt georganiseerd	50.000
D. Er zijn 8 verstrekkingpunten voor ARV	3.12	MVG zal de aankoop en logistiek van ARV's en medicatie tegen opportunistische infecties verbeteren	3.500.000
E. Het systeem voor financiering van ARV is versterkt en duurzaam	3.13	MVG zal het systeem voor financiering van ARV's versterken en duurzaam maken, o.a. door afspraken met ziektekostenverzekeraars	20.000

	3.14	MVG zal ARV's laten opnemen in de Nationale Geneesmiddelen Klapper/BEG-lijst	0
	3.15	MVG zal medicijnen voor opportunistische infecties (OI) laten opnemen in de Nationale Geneesmiddelen Klapper/BEG-lijst	0
	3.16	NAP zal met het NHIS een betrouwbaar patiënteninformatiesysteem ontwikkelen en onderhouden voor o.a. de monitoring van de behandelings- en adherencedekking	250.000
F. Het HIV/AIDS-programma werkt samen met andere public health programma's	3.17	De bestaande samenwerking van het HIV/AIDS-programma met andere public health programma's (TB, SOI) wordt onderzocht en waarnodig geïntensiveerd	0
G. Er zullen ten minste 2 opvanghuizen beschikbaar zijn waar PLHIV terecht kunnen	3.18	NGO's zullen dag- en langetermijnopvang van seropositieve kinderen verbeteren en uitbreiden	350.000
H. Er zullen psychosociale diensten voor PLHIV beschikbaar zijn	3.19	NAP en NGO's zullen het ontwikkelde 'peer counselor-/buddysysteem' voor PLHIV evalueren en waar nodig herzien en versterken	600.000
	3.20	NAP zal met NGO's en gezondheidsinstellingen protocollen ontwikkelen voor niet-medische zorg (inclusief palliatieve zorg), o.a. zelf-, thuis- en mantelzorg	60.000
	3.21	NGO's (o.a. thuiszorgorganisaties, religieuze organisaties, werkgeversorganisaties) en het NAP zullen gemeenschaps-, thuis- en mantelzorg versterken, inclusief pal-liatieve zorg, materiële zorg (o.a. voedselpakketten) en psychosociale begeleiding	1.300.000
	3.22	NAP zal het netwerk van interreligieuze organisaties ondersteunen in het integreren van opvang en begeleiding van PLHIV in de pastorale zorg	200.000
	3.23	Het ministerie van Sociale Zaken en Volkshuisvesting zal zorg voor mensen met HIV integreren in zijn gezinscoachingsprogramma's	75.000
	3.24	NAP zal onderzoek laten doen naar het aantal wezen in Suriname en naar de kenmerken van deze groep, in het bijzonder naar de kenmerken van HIV-gerelateerde wezen	100.000
<b>4. Terugdringen van stigma en discriminatie rondom HIV</b>			
A. Er zal jaarlijks ten minste 1 activiteit georganiseerd worden door PLHIV ter	4.01	PLHIV-organisaties zullen in samenwerking met het NAP programma's uitvoeren voor belangenbehartiging en maatschappelijke acceptatie	200.000



bevordering van hun sociale acceptatie			
B. Interventies ter bestrijding van stigma en discriminatie binnen de gezondheidsinstellingen zijn geïmplementeerd	4.02	NGO's zullen relevante trainingen en materialen ontwikkelen en uitvoeren voor dienstverleners in gezondheidszorg, onderwijs, (sociale) dienstverlening en andere sectoren op basis van (evaluatie)onderzoek	500.000
	4.03	NAP en PLHIV-organisaties zullen onderzoek uitvoeren op het gebied van stigma en discriminatie en zullen programma's welke de sociale acceptatie van PLHIV moeten vergroten, hierop aanpassen	400.000
C. Ondersteunende wet- en regelgeving zijn ontwikkeld	4.04	NAP zal NGO's ondersteunen in het versterken van de 'Human Rights Desk' voor PLHIV	350.000
	4.05	NAP zal een 'legal assessment' doen uitvoeren ter facilitering van een "vriendelijk, beschermend" juridisch klimaat voor PLHIV	50.000
	4.06	NAP zal op basis van onderzoek en de 'International Guidelines for Human Rights en HIV' capaciteit versterken om mensenrechten te integreren in HIV-beleid en -programma's	100.000
	4.07	Diverse ministeries zullen trainingen ontwikkelen en laten uitvoeren voor dienstverleners, ordehandhavers, wetgevers, politie, juristen etc. over sectorale wet- en regelgeving en protocollen m.b.t. PLHIV	100.000
	4.08	NGO's zullen bijdragen aan verhogen van het rechtsbewustzijn door het ontwikkelen en uitvoeren van advocacy- en lobbystrategieën en programma's over mensenrechten en HIV	150.000
<b>5. Strategische informatie voor beleid en dienstverlening</b>			
A. Er is een database beschikbaar waaruit data voor impactindicatoren gehaald kunnen worden	5.01	Het HIV/SOI-Surveillanceteam zal jaarlijks rapporteren over de status van de epidemie	25.000
	5.02	Het NAP zal uitvoerende partners ondersteunen in hun rapportage	500.000
B. Er is een Nationaal Monitoring- en Evaluatiesysteem in operatie	5.03	NAP zal een 'strategische Informatie-unit' opzetten, voor strategisch overzicht, monitoring en evaluatie van het NSP	1.000.000
	5.04	MVG zal een 'Adviesgroep/Referentiegroep Strategische Informatie' instellen, ter ondersteuning van de 'strategische informatie-unit' van het NAP	60.000

	5.05	Het Nationaal HIV/AIDS/SOI-Surveillanceteam zal, op basis van regionale (CAREC) richtlijnen 'derde generatie surveillance' opzetten en doen implementeren	500.000
	5.06	NAP zal op basis van het nationaal M&E-Plan, IBBS23 initiëren en coördineren	500.000
C. Beleidsbeslissingen zijn gebaseerd op evidence van nationaal of internationaal uitgevoerd onderzoek	5.07	NAP zal biomedisch en sociaal-wetenschappelijk onderzoek stimuleren, coördineren en versterken op basis van een nationale HIV-onderzoeksstrategie	150.000
	5.08	NAP zal tweejaarlijks een consultatie houden over onderzoeksprioriteiten, en een nationale onderzoeksagenda opstellen	100.000
	5.09	Onderzoekers van nationale en internationale organisaties zullen aan HIV gerelateerd onderzoek ('action research') uitvoeren op basis van nationale prioriteiten en hun resultaten delen	1.000.000
	5.10	NAP zal stimuleren dat onderzoeksresultaten gedeeld worden met beleidsmakers en programmamanagers via openbare presentaties, publicaties, informatietechnologie, etc.	100.000
D. Jaarlijks zijn de vorderingen van het Nationaal HIV-programma gerapporteerd; en het NSP-actieplan is 2-jaarlijks geëvalueerd en herzien	5.11	NAP zal tweejaarlijks een joint review van de implementatie van NSP ondernemen met alle uitvoerende partners, en een voortgangsrapport opstellen	60.000
	5.12	De NHIS zal voortgang van zorg in de publieke sector en preventiediensten monitoren via HMIS24	50.000
E. Het Nationaal Referentie Laboratorium is uitgebreid en versterkt	5.13	Bureau Openbare Gezondheidszorg zal het Nationaal Referentie Laboratorium versterken ten behoeve van kwaliteitsbewaking van behandeling en onderzoek	500.000

<sup>23</sup> Integrated Biological and Behavioural Surveillance, de aanbevolen methode om trends in HIV/SOA en gedrag onder bepaalde bevolkingsgroepen te volgen.

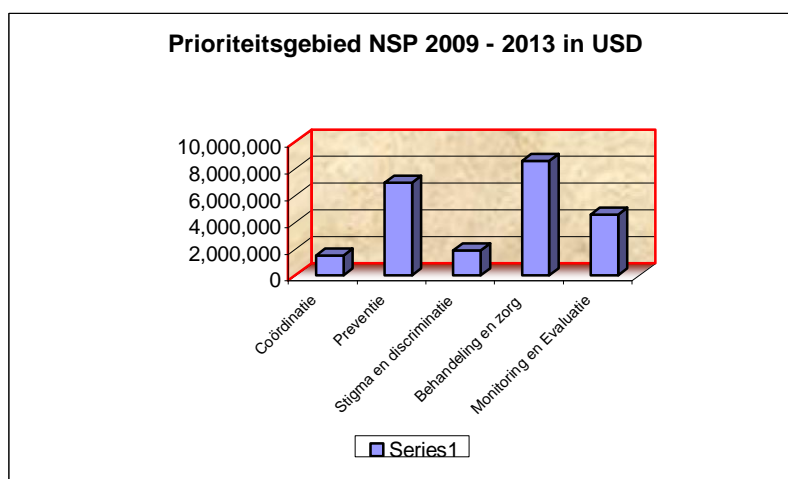
<sup>24</sup> Health management information systems

### 4.3 Financiering

De totale kosten voor het NSP 2009 – 2013 zijn begroot op USD 24.415.000,- Deze kosten zijn als volgt verdeeld:

#### Kosten per prioriteitsgebied Nationaal Strategisch Plan 2009-2013

Prioriteitsgebieden	In USD	In %
1 Nationale coördinatie, beleid capaciteitsbevordering	1.490.000,-	6.10
2 Preventie van verdere verspreiding van HIV	7.950.000,-	32.56
3 Behandeling, zorg en begeleiding	8.580.000,-	35.14
4 Terugdringen van stigma en discriminatie rondom HIV	1.850.000,-	7.58
5 Strategische informatie voor beleid en dienstverlening	4.545.000,-	18.62
<b>TOTAAL</b>	<b>24.415.000,-</b>	<b>100</b>



Voor de financiering van het NSP 2009-2013 is een jaarlijkse overheidsbijdrage beschikbaar. Daarnaast worden projecten ingediend bij verschillende donoren, waarvan het Global Fund als de grootste wordt gezien. Voor het jaar 2009 zijn de middelen - zoals blijkt uit de "Financial gap" - voor een deel veiliggesteld, terwijl voor de overige jaren projectvoorstellen worden voorbereid.

### Financial gap analysis in USD

	BUDGET					
	Totaal	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Financiers intern:</b>						
Surinaamse overheid – Ministerie van Volksgezondheid	10.007.714	1.007.714	1.500.000	1.750.000	2.000.000	2.250.000
<b>Financiers extern:</b>						
Global Fund – SUR 305-GO1	945.655	945.655				
Global Fund – SUR 506-GO1	1.800.000	600.000	600.000	600.000		
Nederlandse Ambassade	261.783	261.783				
UN-organisatie	20.625	20.625				
<b>Subtotaal</b>	<b>3.028.063</b>	<b>1.828.063</b>	<b>600.000</b>	<b>600.000</b>		
<b>Financiering intern &amp; extern</b>	<b>11.535.777</b>	<b>2.835.777</b>	<b>2.100.000</b>	<b>2.350.000</b>	<b>2.000.000</b>	<b>2.250.000</b>
<b>Totale kosten NSP</b>	<b>24.415.000</b>	<b>4.883.000</b>	<b>4.883.000</b>	<b>4.883.000</b>	<b>4.883.000</b>	<b>4.883.000</b>
<b>Financieringstekort</b>	<b>12.879.223</b>	<b>2.047.223</b>	<b>2.783.000</b>	<b>2.533.000</b>	<b>2.883.000</b>	<b>2.633.000</b>

## **5. IMPLEMENTATIE VAN DE NATIONALE HIV-STRATEGIE**

Dit hoofdstuk beschrijft in grote lijnen de rollen en verantwoordelijkheden van de belangrijkste groepen actoren die betrokken zijn bij de uitvoering van het NSP en de daaraan gerelateerde actieplannen. Hierbij is vooral aandacht voor een aantal sleutelgebieden in de implementatie van het NSP:

1. Planning, Revisie en Rapportage
2. Strategische informatie, M&E en Onderzoek
3. Capaciteitsbevordering en Technische Assistentie
4. Budget, Financieel Management en Rapportage

### **5.1 Actoren, rollen en verantwoordelijkheden**

- NAP is verantwoordelijk voor een effectieve nationale coördinatie van de uitvoering van het NSP en voor rapportage over de voortgang.
- Uitvoerende organisaties zijn verantwoordelijk voor dienstverlening, onderzoek, training en andere activiteiten, zoals afgesproken in het tweejaarlijkse actieplan. Uitvoerende organisaties zijn publieke en private organisaties, en worden geacht zich te houden aan de nationale strategieën, protocollen en uitgangspunten zoals vastgelegd in het NSP.
- Ontwikkelingspartners zoals de Verenigde Naties en technische organisaties en financieringsmechanismen als het GFATM, de IDB, en bilaterale donoren, verlenen technische en materiële ondersteuning aan de uitvoering van het NSP en de tweejarige actieplannen, en worden geacht binnen de NSP-prioriteiten te werken, in nauwe coördinatie met het NAP.

### **5.2 Planning, revisie en rapportage**

- NAP is verantwoordelijk voor het jaarlijks opstellen van het tweejarige Nationale Actieplan voor de uitvoering van het NSP.
- Het Nationale Actieplan bevat activiteiten van alle uitvoerende organisaties in de nationale respons. Om de haalbaarheid te garanderen zijn uitsluitend activiteiten opgenomen waarvoor gegarandeerde financiën en andere middelen beschikbaar zijn. Het Actieplan dient als een belangrijk managementinstrument van het NAP, en voor fondswerving.
- NAP zal jaarlijks, op basis van de rapportage van alle uitvoerende organisaties, rapporteren over
  - 1) de implementatie van geplande activiteiten in het Actieplan, en
  - 2) voortgang in het bereiken van de (sub)doelen van het NSP.
- Op basis van de evaluatie van de voortgang, zal het Actieplan herzien worden met medewerking van alle uitvoerende organisaties voor de volgende twee jaar.

### 5.3 Strategische informatie, M&E en onderzoek

- NAP is verantwoordelijk voor het ontwikkelen en laten uitvoeren van de nationale Strategische Informatiestrategie
- Het doel van de Strategische Informatie-unit is de verzameling en analyse van data uit verschillende bronnen en transformatie van deze data naar strategische informatie voor gebruik door de verschillende partners in de nationale HIV-respons.
- De basis van de Strategische Informatie vormen de nationale indicatoren voor de HIV-respons op het niveau van impact, outcome and output<sup>25</sup>.
- Derde-generatie surveillance zoals voorgeschreven door CAREC/PAHO is de methode voor het monitoren van de epidemie, de respons, en de kwaliteit van zorg- en preventiediensten.
- Componenten van 3<sup>e</sup> generatie surveillance zijn
  - 1) epidemiologische surveillance;
  - 2) gedragssurveillance;
  - 3) evaluatie van kwaliteit en toegang tot diensten;
  - 4) specifieke programma-evaluatie.
- Onderzoeksmethoden die hiervoor gebruikt worden zijn o.a.:
  - 1) geïntegreerde HIV/SOI- en gedragssentinel-surveillance in bepaalde groepen;
  - 2) HIV/AIDS/SOI-mortaliteits- en morbiditeitssurveillance;
  - 3) bevolkingsonderzoek o.a. via multi-indicator cluster surveys (MICS);
  - 4) Instellingen en diensten surveys/audits;
  - 5) activiteit rapportage door uitvoerende organisaties.
    - HIV/SOI-gedragssentinel-surveillance zal door NAP uitbesteed worden aan lokale onderzoekers, waar nodig met internationale technische assistentie
    - Mortaliteits- en morbiditeitssurveillance is onderdeel van het nationale NHIS-systeem en wordt uitgevoerd door de bestaande HIV-surveillance-groep, met name de afdeling Epidemiologie van het BOG
    - MICS (of ander nationaal bevolkingsonderzoek zoals DHS) zal uitgevoerd worden door het MVG met technische en financiële steun van ontwikkelingspartners
    - Surveys en audits bij instellingen- en diensten worden uitgevoerd door derden om toegang en kwaliteit tot bepaalde diensten, zoals VCT, PMTCT, ART te evalueren, volgens (eventueel aangepaste) internationale protocollen
    - Rapportage door uitvoerende organisaties moet regelmatig plaatsvinden (maandelijks, kwartaalwijs of jaarlijks) d.m.v. simpele formulieren, waar mogelijk geautomatiseerd.
- Ter ondersteuning van de 3<sup>e</sup>-generatie surveillance zal biomedisch en sociaal-wetenschappelijk onderzoek gestimuleerd worden. Een adviescommissie zal het NAP jaarlijks adviseren over prioriteiten voor HIV-onderzoek. Het NAP zal garanderen dat alle onderzoeksresultaten breed toegankelijk zijn, via publicaties, nationale HIV-congressen, en andere methoden.

---

<sup>25</sup> Zie annex - deze zijn gebaseerd op internationale commitments en regionale 'best practices'.

- Medisch-ethische review van aan HIV-gerelateerd onderzoek is cruciaal. Dit zal indien mogelijk gegarandeerd worden door bestaande structuren, maar waar nodig door een specifieke commissie.

#### **5.4 Capaciteitsbevordering en technische assistentie**

- NAP zal een “capaciteitsbevorderingsteam” ontwikkelen, met als hoofddoel het verzekeren dat uitvoerende organisaties zo goed als mogelijk in staat zijn om hun verantwoordelijkheden en taken in het NSP adequaat uit te voeren.
- Op basis van het NSP 2009-2013 en het Actieplan, zal NAP een capaciteits- en trainingsbehoeftebepaling laten uitvoeren van NAP en alle uitvoerende organisaties. Deze assessment omvat de technische en institutionele capaciteit die nodig is voor individuen en organisaties.
- NAP zal ook een overzicht maken van beschikbare nationale, regionale en internationale technische assistentie, die aangesproken kan worden om geconstateerde tekortkomingen in capaciteit te helpen invullen.
- Op basis van bovenstaande zal het ‘capaciteitsbevorderingsteam’ een ‘capaciteitsbevorderingsstrategie’ voor het NSP en regelmatige jaarplannen ontwikkelen. Zij zijn verantwoordelijk voor de uitvoering en rapportage.
- MVG zal de VN-organisaties uitnodigen om een ‘Joint UN Implementation Support Plan’ te ontwikkelen met afspraken over internationale TA. Andere internationale technische organisaties (zoals FHI, UWI, etc) zullen uitgenodigd worden voor te stellen welke technische steun zij kunnen verlenen aan de uitvoering van de NSP.
- NAP is verantwoordelijk voor het (laten) ontwikkelen van technische protocollen, de coördinatie van training van relevante dienstverleners, alsmede kwaliteitscontrole. Technische protocollen worden ontwikkeld op een ‘adopt en adapt’ basis, dwz international best practice trainingsmanuals als basis hanteren en aanpassen aan de lokale context waar nodig.
- Het capaciteitsbevorderingsteam is ook verantwoordelijk voor de ontwikkeling van een (virtueel en/of materieel) ‘nationaal HIV-informatiecentrum’, op basis van een informatiebehoeftebepaling onder uitvoerende organisaties.

#### **5.5 Budget, financiering, financieel management en rapportage**

##### **NSP-budget en financiering**

- MVG (administratieteam) is verantwoordelijk voor het regelmatig bepalen van de kosten van uitvoering van het NSP, en voor het verwerven van middelen hiervoor. Hiertoe zal een ‘costing’ uitgevoerd worden met internationale technische assistentie. MVG zal ook een fondsenwervingsstrategie en hieraan gerelateerd actieplan ontwikkelen.
- De financiering van het NSP, en de begroting van het actieplan 2009/2010 is deels extern (van ontwikkelingspartners), deels nationaal (overheid, bedrijfsleven, en eigen bijdragen van andere lokale uitvoerende organisaties).

- Donoren zal worden gevraagd zoveel als mogelijk hun financiële steun te harmoniseren met financiële systemen van de regering van Suriname (financieel jaar, rapportage, financiële audit, etc.)
- Geldstromen gaan via MVG (bijvoorbeeld fondsen van GFATM, IDB, NEDA) of direct naar uitvoerende organisaties (bijvoorbeeld ngo's en ministeries).

#### **Financieel management en rapportage**

- Uitvoerende organisaties met een directe relatie naar donoren rapporteren over hun uitgaven aan hun donoren, maar hen zal worden verzocht een kopie van hun financiële (en voortgangs)rapporten naar het NAP te sturen.

#### **Notities bij de opstelling van het budget-actieplan 2009/2010 en NSP-budget**

- Bij het opmaken van de ramingen voor 2009/2010 zijn alleen daadwerkelijk toegezegde activiteiten opgenomen.
- Bepaalde posten (activiteiten) behoren tot de reguliere operationele activiteiten van de overheid cq. ministeries, of instellingen. Daarvoor is er geen bedrag begroot.
- Bepaalde activiteiten betreffen het aantrekken van personeel. Deze posten zullen op de begrotingen van de respectieve ministeries moeten worden opgenomen (voor 2009 middels Nota van Wijziging) na goedkeuring van het Budget NSP.

Voor het indicatieve budget 2009-2013 is uitgegaan van

- 1) reële kosten van de uitvoering in afgelopen jaren;
- 2) de geraamde kosten van het Actieplan 2009/2010;
- 3) schattingen over nieuwe activiteiten op basis van regionale vergelijkingen;
- 4) graduele vergroting van bereik en toegang van diensten over de jaren.



