

De verwoestende impact van hiv-gerelateerd stigma en de verpleegkundige (voor)zorg bij de seropositieve zorgvrager

Bachelor in de verpleegkunde academiejaar 2010-2011

Promotor: mevrouw Liesbeth Van Heck

Co-promotor: dokter Filip Moerman

Kelly Van Driessche

Dankwoord	5
Samenvatting	6
Inleiding	8
Methodiek	9
Kernwoorden	9
1. STIGMATISERING	10
1.1. Betekenis van het woord stigma	12
1.2. Klinisch belang van stigmatisering	13
1.3. De relatie tussen stigmatisering en stereotypering	14
1.3.1. Labelling	15
1.4. Introductie van de term ‘social death’	16
1.4.1. Dehumanisering van gestigmatiseerde personen	16
2. HUMAAN IMMUNODEFICIËNTIE VIRUS (HIV) EN ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME (AIDS): EEN INTRODUCTIE	17
2.1. HIV	17
2.1.2. De virale lading	20
2.1.3. Hoog Actieve Anti- Retrovirale Therapie (HAART)	20
2.1.4. Soorten hiv	21

2.2. AIDS	22
2.3. Besmetting	22
2.4. Behandeling van de hiv infectie	22
2.4.1. Gemiddelde levensverwachting bij hiv+	23
2.4.2. Resistentie	24
3. HIV- GERELATEERD STIGMA	26
3.1. Belang van hiv-gerelateerd stigma	26
3.1.1. Identiteit onder vuur	26
3.2. Publiek stigma versus zelfstigma	27
3.3. Hiv-gerelateerd geïnternaliseerd stigma	29
3.3.1. Seksueel gezondheidsrisicogedrag	30
3.4. Dubbel- stigma of de verschillende lagen van stigma	32
3.4.1. Hiv-stigmatisering bij ouderen	32
3.5. Secundaire stigmatisering	33
4. DUIDELIJKHEID ROND HIV-TRANSMISSIE BINNEN DE NIET HIV- GESPECIALISEERDE VERPLEEGKUNDIGE SECTOR	34
4.1. Het belang van 'moral courage' bij verpleegkundigen	35
4.1.1. Meldpunt voor discriminatie voor mensen met hiv	36

4.2. De feiten omtrent contact met lichaamsvloeistoffen van hiv+ patiënten voor verpleegkundigen	37
4.2.1. Concentratie hiv in lichaamsvochten	37
4.2.2. Belang van een hoge concentratie witte bloedcellen voor de hiv- besmetting	37
4.2.3. Levensduur van hiv in vocht buiten het lichaam	38
4.2.4. Hiv- besmettelijkheid van lichaamsvochten	39
5. RISICO OP HIV-TRANSMISSIE BINNEN DE VERPLEEGKUNDIGE SECTOR	39
5.1. Prikongeval met gekende hiv+ patiënt	40
5.2. Preventie van prikongevallen gebaseerd op de Center for Disease Control and prevention richtlijnen (CDC)	41
6. EHBO PROCEDURE BIJ PRIKONGEVALLLEN EN SPATTEN	42
6.1. Post-Exposure Profylaxie (PEP)	43
6.1.1. Tritherapie binnen het universitair ziekenhuis van Gent	45
7. ENKELE VEILIGHEIDSTIPS VOOR VERPLEEGKUNDIGEN	45
8. BESLUIT	47
Bijlage 1	49
Bijlage 2	50
Bijlage 3	51

REFERENTIES	53
Illustraties:	57
Geraadpleegde websites	57

Dankwoord

Ik wens mij te richten tot mijn promotor mevrouw Liesbeth Van Heck en mijn co-promotor dokter Filip Moerman en ik wil hen bedanken voor hun medewerking, inzet en begeleiding. Ik wil professor dokter D. Vogelaers bedanken voor zijn enthousiasme omtrent het onderwerp van deze bachelorproef en het vrijmaken van een plekje in zijn drukke agenda om mij te woord te staan. Verder richt ik mij tot allen wiens steun en vertrouwen in mij deze bachelorproef mogelijk maakten, met bijzondere dank aan mijn ouders, die doorheen de opleiding, in de liefdevolle opvang van mijn dochter voorzagen en een belangrijke rol speelden in het afronden van mijn studies en aan allen die mij de kennis en de kansen aangereikt hebben om dit te volbrengen en onvoorwaardelijk in mij geloofden en die ik als voorbeeld kan nemen in mijn verdere ontwikkeling.

Samenvatting

Stigmatisering is zo oud als de mensheid zelf, maar de redenen waarom men als deviant beschouwd kan worden van de maatschappelijke standaard norm en de mate waarin men risico loopt op sociale isolatie uit de maatschappij en de bijhorende discriminatie variëren. Deze redenen zijn onder meer afhankelijk van de tijdsgeest, de ontwikkeling en cultuur van een volk, etnische en geografische verschillen en van het ethisch denkvermogen van het individu. Hiv-gerelateerde stigmatisering is nog altijd een universeel verschijnsel en heeft bewezen schadelijke effecten op de gezondheidstoestand-en beleving van de seropositieve patiënt. Hiv-gerelateerd stigma is net zoals het hiv-virus zelf nog niet uitgeroeid. Hiv wordt nog steeds in vele ontwikkelingslanden als pandemie ervaren. Door de wetenschappelijke evolutie en het ontwikkelen van HAART-therapie, evolueert hiv meer en meer van een fatale naar een chronische aandoening, op voorwaarde dat een besmetting met hiv tijdig gedetecteerd wordt en dat men behandeld wordt met anti-retrovirale therapie. Deze antiretrovirale therapie is echter nog niet voor iedereen beschikbaar en mede daardoor verspreidt hiv zich nog steeds sterk in ontwikkelingslanden en valt het daar wel nog te beschouwen als dodelijke aandoening en kan men in die landen niet spreken van een gestegen gemiddelde levensverwachting voor seropositieve personen. Door de angst voor besmetting van hiv als dodelijke aandoening zal de stigmatisering van hiv-patiënten op die plaatsen nog zwaarder doorwegen .

Binnen het domein van de gezondheidszorg groeit de aandacht voor het (h)erkennen van stigmatisering en het integreren van interventies met als doel actuele stigma's te doorbreken en te reduceren, omdat het van klinisch belang is voor de zorgvrager en omdat het zijn belang toont in het kader van de volksgezondheid.

De attitude van verpleegkundigen en gezondheidsmedewerkers ten opzichte van seropositieve mensen kan positief beïnvloed worden, door de mythes met betrekking tot hiv-transmissie te doorprikken en de kennis rond hiv op te frissen of uit te diepen en daardoor het begrip stigmatisering minder abstract te maken.

Tot slot worden er een aantal (universele) voorzorgsmaatregelen aangereikt, die binnen het verpleegkundige werkveld toegepast kunnen worden en het gevoel van veiligheid zullen verhogen en wordt de EHBO procedure behandeld en worden de therapeutische mogelijkheden na blootstelling aan een hoog risico contact met een seropositieve zorgvrager, praktisch georiënteerd binnen het verpleegkundige werkveld in België, besproken.

Inleiding

Elke mens zal doorheen het leven ooit wel eens geconfronteerd worden met een vorm van sociale ongelijkheid en situaties die hij persoonlijk als discriminerend ervaart. Wanneer dit onszelf overkomt en invloed heeft op ons gevoelswezen, zullen we dit als een onrecht beschouwen dat ons door de ander werd aangedaan. Maar het is interessant om ons af te vragen hoever de draagwijdte reikt van de negatieve invloed die gepaard gaat met stigmatisering en hoe ingrijpend dit is in de levensloop van mensen die actief gestigmatiseerd worden op basis van negatieve aspecten die buiten hun eigen controle liggen en die hen toegeschreven worden door anderen en bijvoorbeeld betrekking hebben op hun gezondheid. De effecten van stigmatisering en het ontstaan ervan beroepen zich op uiterst complexe mechanismes van interactie en blijven ook in de toekomst een boeiend onderzoeksdomein, dat meer en meer aandacht krijgt binnen de gezondheidszorg. Een aandoening die universeel gestigmatiseerd wordt is het Humaan Immunodeficiëntie Virus (hiv). Ook binnen de huidige gezondheidszorg in België, kan angst voor hiv-transmissie de attitude ten opzichte van seropositieve mensen beïnvloeden. Een negatieve attitude die ervaren wordt als stigmatisering, kan een seropositieve patiënt effectief schade berokkenen in het ziekteproces. Door een educatieve benadering van hiv en de mogelijkheden tot preventie van hiv-transmissie op de werkvloer en door duidelijkheid te scheppen over de besmettelijkheid van seropositieve lichaamsvochten, kan men de houding van verpleegkundigen op een positieve manier beïnvloeden. Wanneer men discriminerende houdingen leert (h)erkennen, bij zichzelf en anderen, kan men als verpleegkundige in het werk staan met morele daadkracht of moed en een schakel zijn in de strijd tegen het ziekmakend effect van stigmatisering.

Methodiek

Eer men het kan hebben over hiv-gerelateerd stigma, een onderdeel binnen het brede concept van stigmatisering, moet men het concept van stigmatisering zelf trachten te verduidelijken aan de hand van in de literatuur beschreven wetenschappelijke onderzoeken. Daarnaast moet men ook kunnen begrijpen wat de anatomo-pathologie van hiv inhoudt. Er werd een literatuurstudie uitgevoerd op basis van Engelstalige full text artikels met gebruik van de EBSCO databank. Na het inloggen op deze EBSCO databank werden alle databanken die de EBSCO service aanbiedt, geselecteerd. Zoekwoorden waren onder andere : Stigma, health-related stigma, stigma and nursing, hiv-related stigma, hiv, moral courage, breaking stigma, understanding of stigma enzovoort. Enkel full text artikels werden gebruikt. Verder werd het werk gebaseerd op het verzamelen van zoveel mogelijk medische evidence based informatie, die werd nagezien en aangevuld in samenwerking met dokter Moerman Filip, de co-promotor van dit werk en tevens hiv-specialist en integreert het richtlijnen met betrekking tot ziekenhuishygiëne die officieel gebruikt worden in het universitair ziekenhuis van Gent.

Kernwoorden

Stigmatisering, hiv-gerelateerd stigma, PEP-therapie, preventie, prikongeval, hiv-transmissie

1. Stigmatisering

Bij het werken als verpleegkundige of gezondheidsmedewerker, ongeacht welke setting, zal men ooit wel eens geconfronteerd worden met het voelen van tegenstrijdige emoties naar de zorgvrager toe die ontstaan uit vooroordelen. Handelen vanuit beroepsethiek klinkt mooi, maar is niet vanzelfsprekend. Elke mens draagt een aantal vooroordelen met zich mee.

Het hebben van vooroordelen kan ertoe leiden dat men als men in contact komt met iemand waarop men die vooroordelen kan betrekken, gevoelens van conflict, angst, afstoting, schaamte, enzovoort, ervaart. Wanneer men de vooroordelen ook effectief gaat toeschrijven aan die persoon zijn karaktereigenschappen, zal dat het werkelijke beeld van die persoon transformeren. Dit kan een nefaste invloed hebben op de vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en patiënt of zorgen voor ongemakkelijke situaties tussen beide en van invloed zijn op de zorgverlening. Niet alleen vanuit het perspectief van de hulpverlener kan stigmatiseren optreden, ook de patiënt kan de hulpverlener zien als een voor hem gestigmatiseerd persoon. Hij kan zich door de hulpverlener bedreigd voelen en deze wantrouwen omdat die deel uitmaakt van het systeem dat hij als begrenzing ervaart, indien hij eerder gestigmatiseerd werd door hulpverleners.

Stigmatisering is een ingewikkeld concept en moeilijk te definiëren. Stigmatisering heeft te maken met een combinatie van problemen. Het heeft te maken met kennis, houding en gedragscomponenten. Men kan zeggen dat stigma bestaat uit drie problemen die met elkaar verband houden, namelijk: het kennisprobleem; onwetendheid, het attitudeprobleem; het vooroordeel en als laatste het gedragsprobleem; het discrimineren (Thornicroft, 2008).

Goffman (1963) definieerde stigma als een discrediterende eigenschap of merkteken, dat ervoor zorgt dat men een 'verspilde identiteit' krijgt of een identiteit die in diskrediet wordt gebracht. De zogenaamde 'spoiled identity', waardoor men vermeden wordt in de beschaafde samenleving (Reeder et al., 2008).

Met andere woorden: stigma is een toegeschreven, ongewenste of discrediterende eigenschap, die afbreuk doet aan iemand zijn reputatie binnen de maatschappij. Veel van de gepubliceerde literatuur neemt het klassieke werk van Goffman als vertrekpunt en tracht dan het antropologisch, sociologisch en psychologisch verband aan te tonen en hoe dit stigmatiseren indringt in iemands levensloop.

Recente verschuivingen belichten het ervaren van stigma en het stigmatiseren niet meer uitsluitend als een verworven karaktertrek, maar zien het meer als een proces dat ingebed is in structurele en culturele factoren. Stigma is moeilijk causaal te relateren omdat er verschillende sociale structuren met elkaar in verband staan en men de verbanden niet kan isoleren in een onderzoekssetting. Stigma is een ingewikkeld en evoluerend proces dat historisch en vergelijkend moet onderzocht worden (Scrambler et al., 2006).

Parker en Aggleton (2003) halen aan dat stigma moet gezien worden als een sociaal proces waardoor mensen uit angst voor een bepaalde ziekte, sociale controle willen behouden door het verschil uit te vergroten tussen zij die 'normaal' zijn en zij die van het normale 'afwijken', doordat zij ziek zijn. Daaruit kunnen we besluiten dat stigmatisering zorgt voor sociale ongelijkheid. Stigma duidt grenzen aan, bepaald door de maatschappij, tussen de 'normale mensen' en 'de buitenstaanders', tussen 'wij' en 'zij', 'ons' en de 'anderen' (Heijnders et al., 2006).

1.1. Betekenis van het woord stigma

Volgens het Van Dale woordenboek: 'stig·ma het; o -'s, -ta: iets dat afbreuk doet aan iemands reputatie; brandmerk'

Stigma (Gr.): brandmerk, merkteken (De Koninck, 1997).

In de Oudheid werd een brandmerk gebruikt dat iemand merkte als slaaf of crimineel. Dit was een fysieke manier die een persoon aanduidde als lid van een groep die men minderwaardige eigenschappen toeschreef en bijgevolg ook minderwaardig behandelde. Een stigma kan men ook interpreteren als een schandvlek. Dit brandmerken is nog steeds actueel zij het dan in een onzichtbare, maar niet minder littekenende vorm. Het stigmatiseren van mensen draagt bij tot het devalueren van hun sociale identiteit en heeft grote gevolgen voor hun aanvaarding en functionaliteit binnen de maatschappij.

Stigmatisering heeft een verregaande invloed op de relaties tussen mensen onderling, in de directe omgeving, tussen naasten en familieleden en heeft een sociaaleconomische impact op het leven van iemand (Thorncicroft et al, 2008).

Mensen met een ernstig ziektebeeld of handicap kunnen gebrandmerkt worden met een sociaal stigma dat een vicieuze armoedecirkel initieert, met risico op werkloosheid, financiële problemen en bedreiging van de mentale gezondheidstoestand.

1.2. Klinisch belang van stigmatisering

Vanuit een klinisch perspectief is stigmatisering belangrijk. Stigmatisering vertraagt het zoeken van een behandeling voor (mentale) gezondheidsproblemen en het belemmert de toegankelijkheid van de gezondheidszorg (Kleinman et al., 2010). De patiënt kan gestigmatiseerd worden door de hulpverlener, maar de patiënt kan ook angst hebben dat hij/zij door de hulpverlener gestigmatiseerd zal worden, terwijl dit niet noodzakelijk zo is. Bepaalde patiëntengroepen zijn daar gevoeliger voor dan andere en hebben meer of minder kans dat ze met stigmatisering binnen de hulpverlening zelf in contact zullen komen.

Binnen het domein van de gezondheidszorg groeit de aandacht voor het erkennen van stigmatisering en het integreren van interventies met als doel stigma's te doorbreken en te reduceren, omdat het zijn belang toont in het kader van de volksgezondheid. Soms heeft de invloed van stigma een positieve impact op de volksgezondheid, maar doorgaans leidt stigmatisering tot negatieve discriminatie en ook simpelweg tot vrees voor die discriminatie. Dit alles zorgt voor vertraging in het opzoek gaan naar medische hulp en vertraagt het stellen van diagnoses. In het kader van seksueel overdraagbare en andere besmettelijke aandoeningen, ontstaat er door deze vertraging een verhoogd risico op infectieoverdracht. Men krijgt hierdoor geen of een inadequate medische behandeling en er ontstaat een verhoogd risico op werkonbekwaamheid en zelfs een risico op resistentie tegen geneesmiddelen, door verkeerd gebruik van medicijnen (Heijnders et al., 2006).

Gezondheidsmedewerkers dienen stigmatisering te (h)erkennen en de impact ervan te verzachten. Ze dienen in te gaan tegen zij die zich aan stigmatisering schuldig maken en moeten degenen die gestigmatiseerd worden steunen zodat hun kwetsbaarheid beperkt wordt en zodat hun weerbaarheid wordt versterkt (Weiss et al., 2008).

1.3. De relatie tussen stigmatisering en stereotypering

Alvorens iemand gestigmatiseerd kan worden, moet die persoon drager zijn van een soort merkteken. Dit merkteken kan zowel lichamelijk zijn, als ingebed in gedrag en het levensverloop of in de persoonlijke voorgeschiedenis. Het merkteken duidt het individu aan als deel van een bepaalde groep mensen en doet het individu verschillen van de maatschappelijk en cultureel gebonden standaard norm (Rush et al., 1998).

Dat het individu beseft heeft van het dragen van een merkteken, betekent niet dat het merkteken zal ervaren worden als een stigma. Het merkteken wordt enkel een stigma als iemand anders het opmerkt, het als belangrijk ziet met betrekking tot interactie met de gemerkte persoon en het merkteken linkt aan eigenschappen die de drager van het merkteken in diskrediet brengen (Jones et al, 1984).

De merker kan zijn negatieve houding (vijandigheid, ongemak) ten opzichte van de persoon met het stigma als ongepast of sociaal onaanvaardbaar beschouwen en dan lokt dit schuldgevoelens uit en er wordt een ongepaste reactie onderdrukt. Soms kan deze negatieve houding echter gezien worden als volledig gerechtvaardigd en gesteund door een persoonlijk geloofssysteem of stereotypering. Volgens deze zienswijze, kan een stigmatiserende reactie zich bedienen van een stereotype, maar het markeringsproces op zich zal

hoogstwaarschijnlijk langzaam evolueren tot het vormen van stereotypes, in een poging tot het rechtvaardigen van die negatieve gevoelsreacties (Jones et al.1984).

1.3.1. Labelling

Personen kunnen ook op een positieve manier 'gemarkt' worden, op een niet stigmatiserende wijze. Zo kan men refereren naar iemand die een moedige daad gesteld heeft als 'held' en de persoon merken met een medaille, zodat hij respect krijgt van de gemeenschap. Mensen worden op die manier geëtiketteerd of gelabeld. Het labelen van mensen gebeurt door het geven van een positieve of negatieve etikettering van de mensen die we ontmoeten. Stigmatisering bevindt zich aan het uiteinde van een continuüm, van het proces van labelling van iemand en dan waarden we hen of devalueren we hen, afhankelijk van het gegeven label (Heatherton et al., 2000).

1.4. Introductie van de term 'social death'

In een reeks werkstukken geschreven door Dr. Arthur Kleinman, een psychiater en medisch antropoloog aan de universiteit van Harvard, werd gesteld dat de term stigma teveel gebruikt wordt en dat het daardoor zijn ware betekenis verloren is. Hij stelt daarom het gebruik van een nieuwe term voor: 'social death' of sociale dood en tracht de psychologische en sociologische modellen met elkaar te verenigen (Kleinman et al., 2010). Het zijn de mensen die gestigmatiseerd worden, die deze sociale dood ervaren. Zij worden door attitudes van anderen in een keurslijf gedwongen.

1.4.1. Dehumanisering van gestigmatiseerde personen

Mensen die deze sociale dood ervaren, worden gedehumaniseerd. Dat houdt in dat zij niet meer menswaardig behandeld worden, enkel en alleen omdat zij tot een gestigmatiseerde groep behoren. Zij kunnen hierdoor hun gevoel van eigenwaarde verliezen. Men ervaart dan een gedevalueerde sociale identiteit en dat bedreigt het psychologisch welzijn en er kan een vorm van angst optreden. Wanneer het spirituele zelfbewustzijn aangetast wordt, zijn er drie vormen van angst waaraan het zelfbeeld niet kan ontsnappen en die het zelfbeeld bedreigen. Deze drie vormen van angst zijn fundamenteel voor elk menselijk wezen en voor zover deel van het menselijk bestaan zelf. Ten eerste een existentiële ervaring van leegheid, ten tweede betekenisloosheid en ten derde gevoelens van schuld en veroordeling, die het zelfbeeld bedreigen (Lindh et al., 2010).

2. Humaan Immunodeficiëntie Virus (HIV) en Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS): een introductie

2.1. HIV

Het immuunsysteem of afweersysteem is een verdedigingssysteem dat de mens beschermt tegen binnendringende ziekteverwekkende micro-organismen en tegen kanker. Specifieke cellen en moleculen werken samen in een dynamisch en complex netwerk: het immuunsysteem. Het Humaan Immunodeficiëntie Virus (HIV) is een virus dat bij de mens het immuunsysteem, dat beschermt tegen ziekte, afbreekt. Op het moment dat antistoffen, dit zijn gevormde eiwitten door plasmacellen (soort witte bloedcellen) in reactie op een antigeen, in het bloed de strijd aangaan met deze virusdeeltjes, is men seropositief of hiv+.

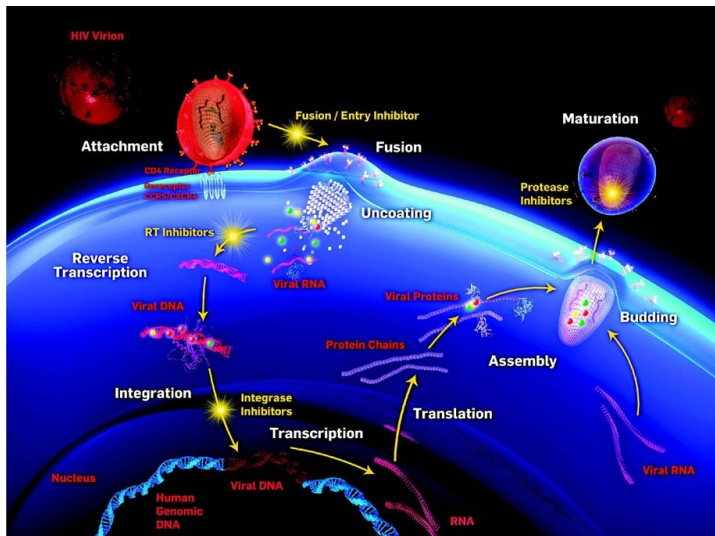
Als het over hiv gaat dan bedoelt men met antigeen het virus zelf. Antigenen zijn deeltjes van het virus die opspoorbaar zijn in het bloed. Een hiv seropositieve persoon heeft antigenen in het serum (bloed zonder de witte en rode bloedcellen). Vlak na de besmetting is de hoeveelheid antigenen zeer hoog. Het is op dat moment dat de geïnfecteerde persoon zeer besmettelijk is. Drie maanden na de besmetting verdwijnt de hoeveelheid antigeen in het bloed. Wanneer de seropositieve persoon symptomen begint te vertonen van de ziekte, zal het antigeen weer stijgen en dat progressief (Moerman, 2010).

2.1.1. De gastheercel voor hiv

Een virus is een micro-organisme dat enkel bestaat uit erfelijk materiaal, enkele enzymen waarmee het dit materiaal kan vermenigvuldigen na de infectie van een gastheerorganisme en dat beschermd wordt door een eiwitkapsel. Wanneer het zich wil vermenigvuldigen, heeft het virus een gastheer nodig, want hiv kan immers niet op zichzelf overleven.

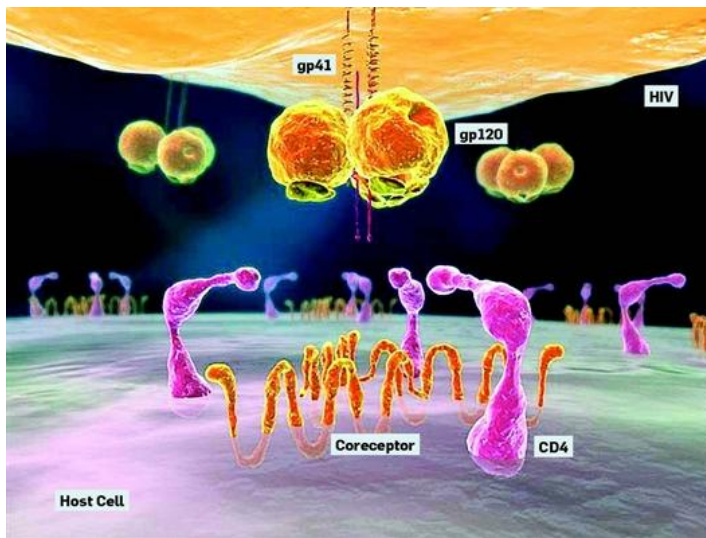
Hiv is een ribonucleïnezuurvirus of RNA-virus (Ribo Nucleic Acid-virus). RNA is een variant van DNA (desoxyribonucleïnezuur), de belangrijkste chemische drager van erfelijke informatie in alle bekende organismen. In sommige virussoorten zoals hiv, bestaat het genetisch materiaal uit RNA in plaats van DNA. Dit zijn RNA-virussen of retrovirussen (Beertsen et al., (2009).

Als een virus zich wil vermenigvuldigen, moet het genetisch materiaal van dat virus gekopieerd worden. Na het kopiëren van dit genetisch materiaal, dat zich bij dit virus in de RNA moleculen bevindt, worden de nieuwe virussen gevormd. Een virus heeft daarbij hulp nodig van een levende cel. Die levende cel heet men een gastheercel (Moerman, 2009).



Figuur 1: Replicatie cyclus van hiv (Communications of the ACM, 2010).

De gastheercel van hiv, is de T4 cel, ook CD4 cel genoemd. Het is een witte bloedcel die deel uitmaakt van het immuunsysteem, dat ons beschermt tegen infecties en tumoren. T4 of CD4 cellen coördineren de afweerreactie. De kracht van het immuunsysteem wordt dus bepaald door het aantal T4, CD4 cellen. Bij een gezonde mens bedraagt dit 1000-1600 T4 cellen per mm³ bloed. Hiv valt de T4 cellen aan, hoe lager het aantal, hoe groter de kans dat het immuunsysteem niet meer werkt en hoe groter de kans dat de patiënt ziek wordt.



Figuur 2: Proteïnen die hiv helpen de cel binnen te dringen (Communications of the ACM, 2010).

2.1.2. De virale lading

De virale lading geeft weer hoeveel kopieën van het hiv –RNA per milliliter bloed aanwezig zijn. Minder dan 10 000 kopieën/mm³ is een lage virale activiteit. Bij meer dan 100 000 kopieën/mm³ spreekt men van een hoge virale activiteit (Moerman, 2010).

2.1.3. Hoog Actieve Anti- Retrovirale Therapie (HAART)

Retrovirale therapie is een combinatie van verschillende medicijnen, met elk een specifieke werking, die gebruikt kunnen worden bij het geleidelijk aan herstellen van het immuunsysteem, zodat opportunistische infecties geen kans krijgen. Dit zijn infecties die bij gezonde mensen geen klachten veroorzaken, maar gebruik maken van de verzwakking van het immuunsysteem zoals bij aidspatiënten.

Het doel van de Hoog Actieve Anti-Retrovirale Therapie (HAART) of de combinatietherapie, is de vermenigvuldiging van hiv te verminderen en de virale lading tot onder het niveau van de detecteerbaarheid in het serum te brengen (detectiegrens 50 kopieën/ml). Er worden minstens 3 geneesmiddelen gebruikt van 2 verschillende klassen (tritherapie). Er bestaan 4 soorten geneesmiddelen (Paci et al., 2011).

Ten eerste zijn er de nucleoside analogen, die de fusie van het virus en de cel verhinderen en zorgen dat hiv de T4 cel niet kan binnendringen. Ten tweede zijn er de niet- nucleoside reverse transcriptaseremmers (NNRTI's), die de innesteling in de cel verhinderen en op die manier het kopiëren van het virus blokkeren. Ten derde zijn er de proteaseremmers, die ervoor zorgen dat de reeds aangemaakte kopieën van het virus de T4 cel niet meer kunnen verlaten en daardoor geen andere T4 cellen meer kunnen besmetten en ten vierde zijn er de fusie-inhibitoren, die werkzaam zijn buiten de cel en die de eerste stap van de virusvermenigvuldiging onmogelijk trachten te maken (Zomer, 2009).

2.1.4. Soorten hiv

Er zijn twee soorten hiv in omloop, namelijk hiv 1 en hiv 2. De dominante vorm is hiv 1 en hiv 2 wordt enkel in West- Afrika waargenomen. Van hiv 1 zijn er verschillende subtypes gekend. Het is niet duidelijk hoe belangrijk de verschillen zijn voor de besmettingsgraad en de retrovirale therapie. Hiv 1 en hiv 2 en de verschillende subtypes spelen een rol in het ontwikkelen van een vaccin. Men heeft namelijk voor een vaccin een entstof nodig die beschermt tegen alle mogelijke subtypes en die entstof bestaat nog niet. Hiv 2 is minder besmettelijk, maar moeilijker te behandelen. Hiv 2 kent een trager ziekteverloop en zet minder gemakkelijk over van moeder op kind. Meer en

meer mengtypes van hiv duiken op, dat heet men recombinanten, ze hebben genetisch materiaal in zich van twee of meer van de hoofdtypes (Moerman, 2010).

2.2. AIDS

AIDS betekent zoveel als een doorheen het leven verworven ziektesyndroom dat het verdedigingsstelsel van het lichaam ernstig aantast, waardoor men geen weerstand meer heeft tegen infecties, veroorzaakt door hiv.

2.3. Besmetting

Er zijn verschillende manieren waarbij men een hiv -infectie kan oplopen. In de dagelijkse omgang is er nauwelijks of geen risico op een hiv-infectie. Het virus kan zich bevinden in bloed, speeksel, sperma en voorvocht, vaginaal vocht en moedermelk. Vooral door onveilige (seksuele) handelingen met bloed en sperma loopt iemand risico op besmetting met hiv of draagt men het virus over.

2.4. Behandeling van de hiv infectie

Hoog Actieve Anti- Retrovirale Therapie is zoals eerder beschreven een combinatietherapie van retrovirale middelen die de activiteit van hiv sterk kan onderdrukken en de evolutie van de ziekte kan stoppen of vertragen. Volgehouden virusonderdrukking kan het immuunsysteem geleidelijk aan doen herstellen. Er bestaat echter geen curatieve behandeling voor hiv. Restanten van het virus verschuilen zich in de witte bloedcellen en in de hersenen. In de witte bloedcellen kan de medicatie niet doordringen en slechts enkele

medicijnen geraken door de zogeheten bloed-hersenbarrière, zodat er altijd restanten van het virus achterblijven (Bylinsky et al.,1992).

2.4.1. Gemiddelde levensverwachting bij hiv+

Zonder behandeling is de gemiddelde levensverwachting van een seropositieve persoon tussen de 3 en 12 jaar. Met behandeling en als de medicatie 'aanslaat', bedraagt de gemiddelde levensverwachting na een tijdige diagnose en onder behandeling, bij benadering 43 jaar (geteld vanaf het 20^e levensjaar). Hierbij moet gezegd worden dat deze cijfers betrekking hebben op mensen die toegang hebben tot de medicinale behandeling, met andere woorden mensen uit hoge inkomens landen. Door de HAART therapie is er in de periode tussen 1996 en 2005 een significante stijging van de levensverwachting en de levenskwaliteit merkbaar bij seropositieve personen. Die levensverwachting blijkt wel lager bij intraveneuze druggebruikers en personen die de therapie startten bij een laag aantal CD4 cellen.

De gemiddelde levensverwachting hangt af van bijkomende factoren en is hoger bij patiënten die niet besmet zijn met hepatitis B, geen primaire resistentie ontwikkelden tegen de behandeling, therapietrouw zijn en geen superinfecties oplopen (Vogelaers, 2011).

De evolutie van hiv- behandeling is nog volop aan de gang. Hiv evolueert meer en meer naar een chronische aandoening. Door het ontstaan van HAART-therapie, is hiv getransformeerd van een absoluut fatale aandoening, naar een chronische aandoening. Het virus uitroeien is vooralsnog onmogelijk. Desalniettemin is er nog een groot verschil tussen de gemiddelde levensverwachting van iemand die seropositief is en de algemene levensverwachting (Hogg et al., 2008).

Het effect van de langdurige behandeling met HAART op lange termijn valt af te wachten. Er zijn wel effecten beschreven op de vetverdeling in het lichaam (lipodystrofie) en de lever en nieren worden extra belast (Moerman, 2010).

2.4.2. Resistentie

Doordat hiv zich dagelijks vermenigvuldigt, is het onderhevig aan mutaties. Mutaties zijn kopieerfouten van het virus en leveren een gewijzigd virus op. Hoe meer hiv virussen zich in het lichaam bevinden, hoe groter de kans op een occasionele mutant. Deze gemuteerde virussen kunnen resistent zijn aan de ingenomen medicatie.

Resistentie tegen het ene medicijn kan leiden tot resistentie voor het andere. Dat heet men kruisresistentie. Het verschijnsel van kruisresistentie komt voor bij alle groepen van de hiv-remmers.

Als hiv zich kan blijven vermenigvuldigen onder de anti-retrovirale therapie, dus als de virale lading nog detecteerbaar is, dan gaat hiv onder druk van die therapie de mutanten selecteren. Deze mutanten kunnen immers wel overleven in aanwezigheid van de medicatie. Er ontstaan dan twee soorten virussen. Ten eerste het oorspronkelijke virus dat onderdrukt wordt door de medicatie en zich niet meer kan vermenigvuldigen en ten tweede het resistente virus dat niet meer onderdrukt wordt door de medicatie (Lengauer et al., 2010).

2.4.3. Belang van therapietrouw

Therapietrouw betreft het volhouden van het medicatieschema door een correcte inname van geneesmiddelen op het gepaste tijdstip, volgens de juiste voedingsvoorschriften en volgens de juiste dosering. De aard van de medicatie laat weinig ruimte toe dosissen te missen. Therapietrouw beïnvloedt sterk het succes van de therapie. Pompelmoessap, vitamine C, Sint-Janskruid en look, kunnen interacties veroorzaken met sommige geneesmiddelen en dienen vermeden te worden (Moerman, 2010).

3. Hiv- gerelateerd stigma

3.1. Belang van hiv-gerelateerd stigma

Stigmatisering wordt gezien als de grootste belemmering bij het vertragen van de verspreiding van hiv. Hiv-gerelateerd stigma houdt het stilzwijgen en het geheimhouden van de aandoening in stand. Het houdt ook de angst en onwetendheid in stand waarmee hiv omringd wordt en het weerhoudt mensen ervan zich te laten testen en verhindert een aangepaste gezondheidszorg (Tshabalala et al., 2011).

3.1.1. Identiteit onder vuur

Hiv-gerelateerd stigma is een universeel verschijnsel. De diagnose van een ernstig ziektebeeld brengt steeds fysieke, economische en mentale beproevingen met zich mee. Het zelfbeeld van iemand kan ernstig bedreigd worden door een verstoring van de normale dagelijkse activiteiten en fysieke beperkingen. Er kunnen financiële problemen de kop opsteken waardoor men in armoede verzeilt, men verliest het gevoel van controle en het gevoel van zelfwaardering kan aangetast worden. Maar de relatie tussen stigma en gevoel van eigenwaarde is niet noodzakelijk onoverkomelijk.

Wanneer men de diagnose te horen krijgt dat men besmet werd met het Human Immunodeficiency Virus, kan dit een ernstige bedreiging vormen voor de identiteit. Dit probleem wordt versterkt wanneer men mensen bemerkt in de omgeving, bijvoorbeeld de werkgever of familieleden, die negatief reageren op de diagnose (Link et al., 2001).

Wanneer men een sociaal stigma ervaart in de vorm van uitsluiting op het werkveld, onvriendelijke gezondheidszorgmedewerkers en andere discriminerende praktijken, voegt deze wreedheid een extra dimensie toe aan de reeds loodzware last van eventueel fysieke pijn en psychisch lijden. Het kan dan gebeuren dat mensen hun ziekte gaan verstoppen voor anderen, omdat men niet sociaal uitgestoten wenst te worden door het stigma dat rust op de ziekte of omdat men schaamtegevoelens over de ziekte wenst te onderdrukken. Het is een vorm van ontkenning die ertoe kan leiden dat men de diagnose zal trachten te vermijden en/of de behandeling niet wil aanvaarden.

Stigmatisering verhoogt de drempel naar het aanvaarden van een ziektebeeld. Zelfs indien men denkt te behoren tot een gestigmatiseerde groep, terwijl dit niet zo is, kan het ervoor zorgen dat men geen hulp gaat zoeken.

Openheid creëren tussen het grote publiek en leden van een gestigmatiseerde groep, is een van de meestbelovende strategieën in de strijd tegen stigma en discriminatie (London et al.,).

3.2. Publiek stigma versus zelfstigma

Hiv-gerelateerd stigma kan zich op twee manieren manifesteren. Ten eerste in openlijke discriminerende behandelingen van de gestigmatiseerde persoon, dan is dit het publieke stigma en ten tweede als het geïnternaliseerd stigma, dan is dit het zelfstigma. Publiek stigma verwijst naar negatieve overtuigingen, houdingen en opvattingen bij de bevolking (Brown et al., 2010). Een geïnternaliseerd stigma zorgt voor een negatief zelfbeeld, gevoelens van schaamte en schuld en veroorzaakt zorgen met betrekking tot het openbaar maken van de ziekte in de omgeving, wat op zich dan weer een negatieve

invloed heeft op sociale interacties en hoe men zichzelf percipieert. Het verwijst naar de overtuigingen die mensen van een gestigmatiseerde groep zichzelf aanmeten.

Publiek stigma kent een complexe wisselwerking met zelfstigma, ze beïnvloeden elkaar. Ter verduidelijking: op een homoseksuele hiv+ man, kan al een publiek stigma heersen met betrekking tot diens seksuele geaardheid. Dit extra stigma werkt drempelverhogend en verhindert de hiv-disclosure of het uiten naar de omgeving toe dat men hiv+ is. Wanneer men niet kan uiten dat men hiv + is en daardoor ook geen sociale steun verkrijgt in het beleven van het ziekteproces en diagnosestelling, heeft dit een negatieve invloed op het zelfbeeld. Daardoor kunnen er gevoelens van neerslachtigheid de kop opsteken. Dat brengt op zijn beurt weer een mentale problematiek te weeg, alweer een thema dat gestigmatiseerd wordt. Een hoge waarde van geïnternaliseerd stigma wordt opnieuw geassocieerd met een meer negatieve houding ten opzichte van het zoeken van mentale ondersteuning (Brown et al., 2010). Wanneer deze persoon uiteindelijk toch hulp zal zoeken met betrekking tot zijn gezondheidstoestand, kan er een punt komen waarop men het hiv+ zijn niet meer kan of wil geheim houden en dan wordt men officieel deel van de gestigmatiseerde groep door ermee naar buiten te treden. Een complexe en uiterst gevoelige en belangrijke problematiek, die een zeer verregaande destructieve invloed heeft.

=

3.3. Hiv-gerelateerd geïnternaliseerd stigma

Het geïnternaliseerde stigma kan een gevaarlijke rol spelen in hoe men zich aanpast aan het leven met hiv. Het kan een nefaste invloed hebben op het gedrag van een hiv+ persoon en kan er voor zorgen dat men nog meer risicogedrag gaat vertonen dat schadelijk is voor zichzelf en anderen en het risico op virusoverdracht verhoogt.

Het geïnternaliseerde stigma verhoogt de kans op het ervaren van gevoelens van neerslachtigheid, walging van zichzelf en schuld (Foster et al., 2009). Het wordt gelinkt aan het verbergen van de aandoening en het inkrimpen van het sociale netwerk. Personen blootgesteld aan dit zelfstigma lopen het risico dat zij werkelijk sociaal uitgesloten worden of dat zij het gevoel hebben van sociaal uitgesloten te worden ook al is dit niet zo. Dit gevoel wordt uitgelokt door het verstoorde zelfbeeld en de gevoelens van neerslachtigheid. Zij voelen zich sociaal geïsoleerd, ook al zijn zij goed omringd. Intieme, vriendschappelijke en familiale relaties komen hierdoor extra onder druk te staan.

Scambler en Hopkin zeggen dat het geïnternaliseerd stigma niet resulteert uit het ervaren van discriminerend gedrag, maar dat het geïnternaliseerd stigma aan het discriminerend gedrag voorafgaat. Besmette personen onthullen hun status niet uit angst, omdat ze verwachten dat anderen hen zullen uitsluiten, ongeacht de werkelijke al dan niet discriminerende houding van de gemeenschap waarin ze leven. Zo willen ze op voorhand de discriminerende houding uit de weg gaan door de aandoening te verzwijgen (Tshabalala et al., 2011).

3.3.1. Seksueel gezondheidsrisicogedrag

Het ontbreken van een sociaal vangnet en het krijgen van psychische klachten, oefent op zijn beurt invloed uit op gezondheidsrisicogedrag, zoals het vertonen van seksueel risicogedrag, medicatie- en drugsmisbruik. Ook de angst in verband met het naar buiten treden met hun ziektebeeld en de angst dat dit door de omgeving zal ontdekt worden, zal een gevoel van isolement in de kaart spelen en het risicogedrag stimuleren, zoals onbeschermd seksuele betrekkingen.

Een persoon die blootstaat aan hiv-gerelateerd stigma ontwikkelt een minderwaardigheidscomplex en voelt zichzelf sociaal gebrandmerkt. Hij ervaart een negatief zelfbewustzijn dat nog meer negatief bevestigd wordt, wanneer hij zich vergelijkt met een niet besmette persoon. Dit verhoogde bewustzijn van het negatieve zelfbeeld brengt hem in psychische nood en lokt gevoelens van neerslachtigheid uit. Gevoelens van schaamte over de diagnose worden versterkt als men gestigmatiseerd wordt. Deze schaamtegevoelens zijn ook een factor die gevoelens van neerslachtigheid uitlokken. Het publiek gestigmatiseerd worden op zich, blijkt minder schadelijk dan de zelfstigmatisering (Sung-Jae Lee et al., 2009).

Er zal een uitweg gezocht worden waarbij men probeert te ontsnappen aan de gevoelens van neerslachtigheid en verminderde zelfwaardering. Dit ontsnappingsgedrag kan zich uiten in risicovol gedrag. Het falen van het zelfregulatiemechanisme en het vertonen van risicogedrag, zoals onveilig vrijen, past in de theorie van het cognitieve ontsnappingsmodel (Berger et al., 2001). Er kunnen dan door psychologische begeleiding een aantal coping strategieën aangeleerd worden, die deze mensen bewust maken van uitlokkende factoren ontstaan door perceptie van stigma. Wanneer men deze

leert herkennen is dat gunstig voor emotionele zelfregulatie en kan door individuele therapie dit risicogedrag afnemen (Clum et al., 2009).

De problemen met betrekking tot de negatieve gevolgen van hiv-gerelateerd stigma zijn niet eenvoudig te benaderen. Zoals eerder vermeld, is het niet eenvoudig deze relaties empirisch te gaan toetsen en een sluitend behandelingsplan op te stellen. Men dient rekening te houden met de draagkracht en de draaglast van elke mens, volgens de copingtheorie van Lazarus en Folkman. Wanneer de draagkracht overschreden wordt is individueel verschillend. Er zijn ook een hele reeks verschillen die deze problematiek differentiëren. Zo moet men ondermeer ook rekening houden met etnische afkomst, geografische en cultuur gebonden invloeden, geslacht, seksuele geaardheid, sociaaleconomische status, geloofsovertuiging, opleidingsniveau, wijze van besmetting met het virus en leeftijd.

Onderzoek in de toekomst zou zich kunnen richten op affectieve dimensies zoals het ervaren van gevoelens van angst of optimisme, maar ook sociale processen zoals altruïstisch gedrag en betrokkenheid van de gemeenschap. Er is nood aan bijkomend onderzoek dat de oorsprong van negatieve houdingen en autodestructief gedrag van mensen die leven met hiv/AIDS nagaat, zodat men interventies kan opstellen die het ziekmakend effect van geïnternaliseerd stigma kunnen minimaliseren (Kalichman et al., 2009).

3.4. Dubbel- stigma of de verschillende lagen van stigma

Hiv-gerelateerd stigma is een doordringende problematiek. Het belemmert preventie, testen, en behandeling (Parker & Aggleton, 2003). Het heeft een nefaste invloed op de fysieke en mentale gezondheidstoestand. Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen het geïnternaliseerde hiv-gerelateerd stigma en andere lagen van stigma die worden geassocieerd met het risico op besmetting met hiv, zoals buitensporig seksueel gedrag, homoseksualiteit, wisselen van seksuele partners en drugsmisbruik. Naar het bezitten van multiple stigmatiserende kenmerken, wordt soms verwezen met de term 'dubbel stigma', of de 'lagen van stigmatisering'. Wanneer meerdere vormen van stigma aanwezig zijn, zullen er bijkomende toegevoegde effecten zijn op het individuele welzijn (Radcliffe et al., 2010).

3.4.1. Hiv-stigmatisering bij ouderen

Uit onderzoek blijkt hiv-gerelateerd stigma samen met leeftijdsdiscriminatie problematisch voor ouderen. Stigma heerst universeel in alle groepen met hiv, maar voor ouderen omhelst dit bijzondere aandachtspunten en behoeften. Zij onthullen hun hiv-status meestal aan familieleden, maar zelfs dan zijn zij zeer selectief. Het onthullen van de hiv status en het bespreekbaar maken van de aandoening door de patiënt, wordt in de literatuur beschreven met de term disclosure.

Ouderen erkennen de noodzaak erover te praten en het te vertellen aan seksuele partners, maar velen zijn op dat moment niet meer seksueel actief. Ouderen onderschatten ook het risico dat ze liepen op besmetting door het virus. Omwille van hun leeftijd, geslacht of (vaste) seksuele partner. Dit zorgt

ervoor dat zij zich niet lieten testen en dat de tekenen en symptomen van de infectie niet herkend werden.

De hiv-status wordt beschouwd als persoonlijke informatie die afgeschermd wordt, zodat men niet bloot komt te staan aan negatieve reacties vanuit de omgeving. Eén van de grootste bekommernissen onder ouderen, is dat zij denken dat mensen niet te vertrouwen zijn om hun hiv-status geheim te houden. Volgens Goffman is het niet onthullen van het ziektebeeld een strategie in het omgaan met stigma. Het geeft de gestigmatiseerde persoon de kans als 'normaal' door het leven te gaan, maar het verhindert de broodnodige sociale ondersteuning (Foster et al., 2009).

3.5. Secundaire stigmatisering

Het stigmatiseren van een persoon treft niet alleen de persoon zelf. Het voorkomen van een gestigmatiseerd persoon binnenin een gezin, kan ervoor zorgen dat familieleden ook worden gestigmatiseerd. Wanneer dat gebeurt, spreekt men van secundaire stigmatisering. Het effect op het individu, de impact en de draagwijdte van het secundaire stigma, is onbekend. Maar als men de relatie kan uitdiepen die de invloed van familie heeft met betrekking tot hiv-status en stigmatisering, dan kan men dit integreren in gerichte preventie met stigma reducerende interventies (Salter et al. 2010).

4. Duidelijkheid rond hiv-transmissie binnen de niet hiv-gespecialiseerde verpleegkundige sector

Rond hiv hangt nog steeds ondanks de vele campagnes, een waas van onduidelijkheid bij vele gezondheidsmedewerkers binnen de niet hiv-gespecialiseerde sector en op algemene ziekenhuisafdelingen. De ingewortelde vooroordelen en de angst rond hiv-transmissie tijdens het werk, kunnen zorgen voor een subjectieve benadering van de patiënt en hebben een invloed op de kwaliteit van de zorgverlening en op de gevoelswereld van de patiënt.

Concrete belevingen als student in het werkveld inspireerden het schrijven van dit werk. Ter illustratie: er bestaan wel degelijk verpleegkundigen die weigeren een bloedafname te doen bij een hiv+ patiënt en deze technische handeling doorschuiven naar een collega of zelfs naar een student die op dat moment een 'oefenmoment' aangeboden krijgt en zelf de patiënt 'mag' gaan prikken, terwijl er op andere momenten voor dezelfde technische handeling geen oefenmomenten aangeboden worden bij hiv- patiënten. Dezelfde student wordt dan ingeschakeld voor het braaksel van de hiv+ patiënt te gaan opruimen, omdat het schoonmaakpersoneel dat niet wil doen uit vrees voor besmetting. De hiv+ patiënt die het even emotioneel moeilijk heeft en die aangeraakt wordt op de arm als teken van troost, schrikt zich navenant een hoedje en vertelt dat het reeds lang geleden is dat hij een bemoedigende aanraking had gekregen vanuit het verzorgend personeel en dat hij zich intussen 'vies' was gaan voelen.

Seropositieve patiënten hebben recht op correcte verpleegkundige interventies en een objectieve professionele holistische benadering vanuit de verpleegkundige beroepsethiek, met aandacht voor emotionele ondersteuning en nabijheid indien zij dit nodig hebben. Wanneer seropositieve patiënten actief gediscrimineerd worden door hulpverleners, kan men dit beschouwen als een schending van de mensenrechten. Wanneer men schendingen vaststelt binnen het verpleegkundig werkveld, heeft men als verpleegkundige of zelfs als student verpleegkunde als plicht het verpleegkundig beroep te verdedigen en deze houdingen een halt toe te roepen door ze bespreekbaar te maken. Men moet dan blijk geven van morele moed.

4.1. Het belang van 'moral courage' bij verpleegkundigen

Verpleegkundigen die durven handelen met morele kracht en moed, baseren hun beslissingen op het ethisch principe van het weldoen, het goed doen voor anderen, gecombineerd met interne motivatie, waarden, normen en standaarden waarin ze geloven. Dit alles ongeacht persoonlijk risico. Ethische waarden en handelingen zijn de fundering waarop morele acties in praktijk gebracht worden.

Verplegen met zin voor morele verantwoordelijkheid bestaat eruit dat men onethische handelingen of falen, herkent en daarop doordacht reageert zodat men een kwaliteitsvolle hulpverlening kan bieden.

Het is belangrijk dat er verpleegkundigen opstaan die handelen met morele kracht en die ethische waarden en normen hoog in het vaandel dragen. Verpleegkundigen die bereid zijn voor die idealen en de patiënt op te komen, ongeacht de risico's die dat inhoudt voor zichzelf. Mogelijke risico's zijn: risico op uitsluiting uit de groep waarin zij werken, geweld, intimidatie, sabotage

enzovoort. Er wordt zelf melding gemaakt in studies van studenten verpleegkunde die geloofden dat ze hun punten op het spel zetten indien ze voor hun mening uitkwamen (Lindh et al., 2010).

De verantwoordelijkheidsplicht in het creëren van werkomgevingen die morele kracht in de praktijk bewerkstelligen en die de werkomgeving veranderen is een gedeelde verpleegkundige verplichting (Lasala et al., 2010).

Moral courage moet erkend en gepromoot worden bij verpleegkundigen en bij studenten verpleegkunde, zodat deze in het beroep kunnen stappen met deze moed of daadkracht en hierin niet beknot worden. Het integreren van moral courage zal een gunstige uitkomst bieden en zorgt voor zelfbevestiging, de mogelijkheid tot ethisch en creatief handelen, het begunstigen van verandering, de kracht uitdagingen aan te gaan en te fungeren als een geschikt rolmodel voor anderen (Lindh et al., 2010).

4.1.1. Meldpunt voor discriminatie voor mensen met hiv

Sensoa (Vlaams expertise centrum voor seksuele gezondheid) heeft een samenwerkingscontract met het Centrum Voor Gelijkheid Van Kansen en Racismebestrijding en fungeert als officieel meldpunt voor discriminatie van mensen met hiv.

4.2. De feiten omtrent contact met lichaamsvloeistoffen van hiv+ patiënten voor verpleegkundigen

4.2.1. Concentratie hiv in lichaamsvochten

Bij een seropositieve persoon komt het virus voor in alle lichaamsvochten. De besmettelijkheid van een vloeistof is echter afhankelijk van de concentratie witte bloedcellen in die vloeistof.

De mate waarin iemand kan besmet worden door een lichaamstof van een seropositieve persoon hangt af van drie factoren. Ten eerste de concentratie van het virus in die lichaamsvloeistof, al dan niet voldoende om iemand te besmetten. Ten tweede de barrière, met andere woorden de plaats waar de besmette vloeistof bij een persoon is terechtgekomen en of die voldoende doorlaatbaar is voor het virus en ten derde de gezondheid van de besmettingsplaats. Dit wil zeggen dat men bevorderende factoren in acht moet nemen die maken dat de plaats waar het virus terecht komt meer doorlaatbaar wordt, bijvoorbeeld de aanwezigheid van een infectie, eczeem of een seksueel overdraagbare aandoening. Een huid die intact is, is niet doorlaatbaar voor hiv.

4.2.2. Belang van een hoge concentratie witte bloedcellen voor de hiv- besmetting

Eén virus kan een T4 cel nooit binnendringen. Er is een concentratie van duizenden virussen nodig eer deze de T4 cel kunnen binnendringen, waarvan er dan misschien één virus nog lang genoeg overleeft. Daarom is de concentratie van hiv in een vloeistof belangrijk. Hiv moet direct in een witte bloedcel binnen kunnen dringen om te overleven. Er zijn relatief weinig T4 cellen in het lichaam, en zelfs als hiv er één tegenkomt, kan het niet direct

binnen. Het is een sleutel-slot systeem. Hiv moet ongeveer 20 000 keer tegen een T4 cel botsen om binnen te geraken, dus de kans is zeer klein. Bloed gebruikt tegen alle lichaamsvreemde stoffen die proberen binnen te dringen een filtersysteem dat onmiddellijk bloedcellen aan de eiwitlaag van het virus koppelt en het zo onschadelijk maakt. De laagst bewezen besmetting is gebeurd met een virale lading van 1500/ml bloed (Moerman, 2009).

4.2.3. Levensduur van hiv in vocht buiten het lichaam

Hiv blijft nog levend na meer dan een uur onder ideale omstandigheden, dit wil zeggen in fysiologisch serum op een temperatuur van 37°C. Indien er aan deze ideale omstandigheden niet wordt voldaan, sterft het virus na enkele minuten. Het virus is dus in het algemeen buiten het lichaam weinig besmettelijk. Als men toch in contact komt met lichaamsvocht zoals bloed of sperma als verpleegkundige dan is de kans op een besmetting zeer klein. Het virus dat zich in besmet vocht bevindt buiten het lichaam sterft af na 1 à 2 minuten. Dit kan sneller zijn als het een kleine hoeveelheid vocht betreft. Als het vocht helemaal opgedroogd is, dan is het niet meer besmettelijk.

Het virus in een lijk besmet met hiv, overleeft slechts een paar uur, tot het lijk koud is.

4.2.4. Hiv- besmettelijkheid van lichaamsvochten

Zie bijlage voor een volledige tabel met de hiv-besmettelijkheid van lichaamsvochten.

Braaksel van een hiv+ patiënt is niet besmettelijk, tenzij er een aanzienlijke hoeveelheid vers bloed in het braaksel aanwezig is, bijvoorbeeld bij een acute maagbloeding. In speeksel van besmette personen zit niet genoeg virus om een besmetting over te dragen. In speeksel zitten er ook factoren die het virus vernietigen. Bij mond op mond beademing, is er dus geen gevaar, behalve als de mond bloedt, maar dan is de kans opnieuw klein, tenzij de hulpverlener koortsblaasjes op de lippen heeft (Moerman, 2010).

5. Risico op hiv-transmissie binnen de verpleegkundige sector

Bij de meeste contacten met een seropositieve zorgvrager is er geen risico op besmetting. De mogelijke overdracht van hiv binnen een werksituatie wordt bepaald door enkele specifieke situaties, met name het hebben van een prik-of snijongeval, het krijgen van een massale hoeveelheid bloed op de slijmvliezen van de ogen, neus of mond en het krijgen van een massale hoeveelheid bloed op een niet-intacte huid. Binnen de verpleegkundige beroepsgroep, komt men veelvuldig in contact met bloed en lichaamsvochten, vaak in combinatie met scherpe voorwerpen. Verpleegkundigen zijn een belangrijke risicogroep voor het oplopen van infecties via bloed of lichaamsvochten. De overdracht van hiv en kiemen als hepatitis B en C gebeurt vooral door prik- en snijongevallen of door massaal veel bloed of lichaamsvochten op een beschadigde huid of slijmvliezen. Men kan aanstippen dat er een klein risico is wanneer men

gebeten wordt door een agressieve patiënt en dat een bijtwonde ook in de categorie van prikongeval kan vallen. Zeker als het een ernstige bijtwonde betreft en als de mond van de agressor ook bloedde.

5.1. Prikongeval met gekende hiv+ patiënt

De kans op besmetting na een prikongeval bij een gekende hiv+ patiënt die HAART-therapie volgt bedraagt ongeveer 0.1 % of minder. (Vogelaers, 2011). Een ernstige blootstelling brengt een zeer kleine, maar reële kans op besmetting mee.

Er bestaat een procedure die gevolgd moet worden in geval van een prikongeval, goedgekeurd door de Orde van Geneesheren en die wordt in de meeste ziekenhuizen gevolgd. Een prikongeval tijdens de werkuren wordt gezien als een arbeidsongeval en moet zo snel mogelijk gemeld worden bij de arbeidsgeneeskundige dienst. Binnen de week dient er een opvolging te gebeuren door de arbeidsgeneesheer. Een goede psychologische ondersteuning van de persoon die het prikongeval opliep met een patiënt gekend met hiv+ is noodzakelijk, omdat deze door een periode van angst en stress gaat.

Wanneer het accident tijdig wordt gemeld kan er later geen betwisting ontstaan indien men effectief een besmetting met hiv opliep over de wijze van besmetting en worden alle medische kosten volledig vergoed door de arbeidsverzekering. De arbeidsgeneesheer zal de basisimmunititeit testen en nagaan of de persoon niet eerder besmet was met hiv. Indien de uitslag negatief is en er treedt later een seroconversie op, dan gaat hij er automatisch van uit dat deze het gevolg is van het prikongeval (Fraeyman, 2010).

5.2. Preventie van prikongevallen gebaseerd op de Center for Disease Control and prevention richtlijnen (CDC)

De hoofdoorzaak van een prikongeval is het recappen van de naald. De verantwoordelijkheid voor het vermijden van een prikongeval ligt voor een groot stuk bij de verpleegkundige zelf.

Prikongevallen door het recappen van naalden zijn te vermijden door een naaldcontainer in de buurt te hebben en de gebruikte naald nooit terug in de huls te steken. Bij naalden die nog gemonteerd zijn op spuiten, werpt men best de naald weg geconnecteerd aan de spuit in plaats van ze los te koppelen. Wees voorzichtig bij het manipuleren van snij-instrumenten zoals bijvoorbeeld mesjes om hechtingen mee te verwijderen en gooi ze na gebruik weg in de naaldcontainer. Wees voorzichtig bij het hanteren van scherpe voorwerpen bij invasieve technieken.

Gooi scherp materiaal steeds weg in de daartoe voorziene containers, zodat ook de veiligheid van het schoonmaakpersoneel wordt gewaarborgd en wees voorzichtig bij het manipuleren van dit afval.

Er zijn op de markt ook technische hulpmiddelen beschikbaar om het verpleegkundig werk veiliger te maken. Bijvoorbeeld vacuüm bloedafnamesystemen, naalden met beschermingsvoorzieningen, naaldcontainers, speciale chirurgische Kevlar handschoenen, enzovoort.

Een EHBO koffer moet wegwerphandschoenen en een masker voor mond-aan-mondbeademing bevatten of een reanimatieballon. Angst voor besmetting mag urgentie- en reanimatiehandelingen niet belemmeren want de theoretische kans op virusoverdracht is te klein om levensreddende handelingen uit te stellen.

6. EHBO procedure bij prikongevallen en spatten

Indien men toch ondanks de universele voorzorgsmaatregelen (zie bijlage 2), een risicoblootstelling heeft ondergaan door blootstelling aan bloed of lichaamsvochten, door een prikongeval, snij-ongeval, massaal veel bloed op slijmvliezen van ogen, mond, neus, of door veel bloed op een niet-intacte huid (huid met eczeem, infectie, enzovoort), dan is het eerste wat men kan doen rustig blijven. Vervolgens dient men de wonde zachtjes te laten bloeden onder warm stromend water en te ontsmetten met bijvoorbeeld chloramine[®] 0.5 %. Bij spatten moet men de huid overvloedig wassen met (ontsmettende) zeep en spoelen. Men dient de ogen te spoelen met steriel fysiologisch water of indien dit niet voor handen is, met leidingwater. Bij contact met slijmvliezen dient men deze grondig te reinigen met water en te spoelen.

Men dient de details van de risicoblootstelling te onthouden: gedurende welke activiteit, betrokken personen, wanneer, type accident, wondgrootte, hoeveelheid bloed en naaldgrootte. Verwittig de dienstverantwoordelijke. Indien men verzorging nodig heeft, begeeft men zich naar de Afdeling Spoedopname voor de toediening van de eerste zorgen. Vul daarna de aangifteformulieren voor het ongeval in. Wanneer men geen verzorging nodig heeft, dient men binnen de 24 uur contact op te nemen met de Personeelsadministratie en vul de aangifteformulieren van het ongeval in. Wanneer men arbeidsongeschikt is, laat men het medisch attest invullen door de behandelende arts. De Personeelsadministratie zorgt voor de aangifte van het ongeval aan de verzekeringsmaatschappij. Zo mogelijk dient men de serostatus van de besmettingsbron te onderzoeken indien deze niet gekend is

Elk prik- snij- of spatongeval dient aangegeven te worden bij de arbeidsgeneesheer (Fraeman, 2010).

Indien de arts daarna bij het dringend medische consult oordeelt dat er een ernstig risico op besmetting is, kan men overgaan tot het innemen van antiretrovirale middelen gedurende een maand. Dit is de zogehete Post-Exposure Profylaxie of PEP therapie. De begeleidende arts neemt een Hiv- test af bij degene die de risicoblootstelling had en deze wordt herhaald na drie maanden en na zes maanden. Tijdens deze periode is condoomgebruik bij seksuele activiteiten aangewezen.

6.1. Post-Exposure Profylaxie (PEP)

Bij een hoog risico contact met een positieve bronpatiënt met hiv, wordt na afname van de nodige bloedstalen gestart met antiretrovirale middelen.

De effectiviteit van PEP- therapie na blootstelling aan een hoog risico contact met hiv is nog niet sluitend wetenschappelijk bewezen. Professor Vogelaers en dokter Moerman, verbonden aan het universitair ziekenhuis van Gent, wijzen er op dat PEP- therapie een risicovolle behandeling is en niet kan gebruikt worden als een therapie om lichtzinnig mee om te springen en dat er geen laksheid in het beleid getolereerd mag worden. Er kunnen ernstige nevenwerkingen optreden, met de dood tot gevolg. Dokter Moerman heeft twee patiënten in behandeling gehad, die overleden zijn aan complicaties bij het volgen van PEP- therapie, door het doormaken van een ernstige medicamenteuze pancreatitis en door lactaatacidose. Wanneer na een hoog risico blootstelling bijvoorbeeld op een spoedafdeling besloten wordt over te gaan naar tritherapie, wordt er een pakket medicijnen meegegeven voor vier dagen en daarna dient er een herevaluatie te gebeuren door een infectuoloog

en mogelijks kan men dan overgaan naar een gereduceerde therapie of de therapie stopzetten indien geoordeeld wordt dat het contact toch niet hoog risicovol was.

PEP bestaande uit Combivir[®] en Viracept[®], is slechts nuttig indien gestart binnen 1 tot 2 uur na het incident. Starten na 24 tot 36 uur is waarschijnlijk niet meer nuttig.

Combivir[®] 150 mg lamivudine + 300 mg zidovudine, 2 x 1 capsule per dag. Mogelijke bijwerkingen zijn niet majeur, maar er kan nausea en spierpijn optreden.

Viracept[®] 250 mg nelfidar 250 mg, 2x 5 capsules per dag, in te nemen bij een lichte maaltijd. Bijwerkingen zijn niet majeur maar er is diarree mogelijk

6.1.1. Tritherapie binnen het universitair ziekenhuis van Gent

Tritherapie aangeboden in het UZ Gent bestaat momenteel uit de dagelijkse inname van pillen, stipt in te nemen elke 12 u, gedurende 28 dagen:

Zerit® comprimé van 30mg 2x 1 met voedsel.

Epivir® comprimé van 150mg 2x1 met voedsel.

Norvir® capsule van 100mg 2x1 met voedsel.

Invirase® comprimé van 500mg 2x2.

Er kunnen nevenwerkingen optreden zoals nausea en diarree en men moet opletten voor geneesmiddeleninteracties.

Voor het al dan niet opstarten van een OPEP/NONOPEP behandeling bestaat er een behandelingsschema (bijlage 3).

7. Enkele veiligheidstips voor verpleegkundigen

Er zijn enkele universele veiligheidsmaatregelen die men altijd in acht moet nemen, zodat men het gevoel van veiligheid verhoogt. Door deze standaard te integreren in de zorgverlening maakt men geen verschil tussen besmette of niet-besmette patiënten. Men moet voor ogen houden dat een groot deel van de contacten met seropositive mensen geen veiligheidsmaatregelen behoeven omdat ze geen risico inhouden. Hiv laat zich niet herkennen door uiterlijke kenmerken van mensen en preventieve testen voorkomen geen overdracht van bloedoverdraagbare aandoeningen. Om veilig te werken dient

men een gedragsverandering te hanteren. Werknemers kunnen elkaar onderling op risicovolle handelingen wijzen en preventiemaatregelen moet niet als overdreven beschouwd worden, maar geïntegreerd worden in de dagelijkse routine. De aanwezigheid van materiaal en instructies is niet voldoende om werknemers systematisch veilige universele instructies te doen opvolgen. Herhaling, coaching en controle zijn noodzakelijk (www.sensoa.be).

Bij het contact met besmet bloed of lichaamsvochten draagt men niet-steriele wegwerphandschoenen. Dit is een standaard preventieve maatregel. Bij het uitvoeren van een wondzorg met bijvoorbeeld aanwezigheid van een drain, draagt men naast niet-steriele wegwerphandschoenen ook beter een veiligheidsbril om mogelijke spatten met etter te vermijden en bij kans op spatten kan men een mondmasker dragen en een schort om zich te beschermen (bijvoorbeeld op het operatiekwartier, intensieve zorgen, tandheelkunde, bij een bronchoscopie, enzovoort).

Wanneer er bij spatten bloed in het oog terechtkomt, is de kans op hiv-overdracht zeer klein. Het oogslimvlies is wel doorlaatbaar en kan eventueel een hiv besmetting geven bij massaal contact met lichaamsvochten. Het traanvocht heeft echter wel een desinfecterende werking. Beschreven gevallen tonen meestal een overdracht bij kwetsuren van het oog, bijvoorbeeld een stukje glas samen met seropositief bloed dat in het oog terecht komt. Een reflex tegen spatten, is het sluiten van de ogen, wanneer er vocht op het ooglid komt is er geen gevaar (Moerman, 2010).

Bij vermoeden van een patiënt met een gastro-intestinale bloeding, draag dan niet-steriele wegwerphandschoenen bij het aanraken van faeces. Draag stevig gesloten schoeisel, zodat wanneer men per ongeluk een naald laat vallen, deze de schoen niet kan doorprikken.

Er is geen enkele reden om een seropositieve patiënt te gaan isoleren op een kamer alleen, tenzij op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt zelf of om medische redenen die isolatie behoeven, zoals bijvoorbeeld een periode van neutropenie.

8. Besluit

Het stigmatiseren van mensen binnen de gezondheidszorg dient absoluut vermeden te worden, door onder andere blijvende educatie en voorlichting van het personeel, rond de gevaren van stigmatisering en hoe stigmatisering de zorgverlening binnensluipt, om in een optimale zorgverlening te kunnen voorzien. Men moet als verpleegkundige werken vanuit de beroepsethiek en mechanismes van stigmatisering herkennen, zodat men zich hiervan bewust is en een discriminerende attitude kan vermeden worden. Hier speelt het belang van zelfreflectie en van het optreden met morele daadkracht wanneer men inbreuken vaststelt. Hiv-gerelateerd stigma en de gevolgen hiervan, zijn ernstige bedreigingen van de identiteit en de gezondheidsbeleving van de patiënt. Ook vandaag is er nood aan een mentaliteitsverandering. Men moet de verpleegkundige zorg verlenen aan een hiv+ persoon, zoals men dat voor elke andere patiënt zou doen, of zoals men zelf benaderd wil worden.

In sommige ziekenhuizen en behandelcentra zijn er nog steeds aparte wachtzalen voorzien voor seropositieve mensen. Dokter Moerman, hiv-specialist en infectuoloog, verbonden aan het UZ in Gent, pleit ervoor om deze gedateerde manier van werken, die als discriminerend kan ervaren worden, af te schaffen. Professor Vogelaers, verbonden aan het UZ Gent, geeft aan dat sommige artsen het dossier van een hiv-patiënt beschermen en dat de gegevens niet voor andere artsen toegankelijk zijn. Hij pleit voor een

transparante en eenduidige weergave van de serostatus van een patiënt in het geval dit medisch relevant is. Zo moet in het elektronisch patiëntendossier (EPD) naar de toekomst toe, de serostatus duidelijk terug te vinden zijn, om een optimale zorg te kunnen bieden. Enkel zorgverstrekkers die in contact komen met de patiënt, kunnen toegang krijgen tot het dossier en zijn vanzelfsprekend wettelijk aan het beroepsgeheim gebonden, dus kan dit in theorie geen schending van de privacy zijn. Toch is een seropositieve patiënt wettelijk niet verplicht om zijn status kenbaar te maken. In de hiv-gespecialiseerde settingen is hiv-gerelateerde stigmatisering volgens professor Vogelaers zo goed als uitgeroeid. Deze lijn moet men in de toekomst toe zien door te trekken naar alle algemene afdelingen binnen een ziekenhuis, door op geregelde tijdstippen vormingen en educatie aan te bieden bij onder andere het verpleegkundig personeel. Op het terrein van stigmatisering is echter nog een heleboel werk te verrichten. Ook mentale gezondheidsproblematiek wordt sterk gestigmatiseerd binnen de gezondheidssector en de bevolking en vereist meer aandacht.

Bijlage 1

Besmettelijkheid van lichaamsvochten		
Zeer besmettelijk	Besmettelijk	Niet besmettelijk
Ze bevatten een zeer hoge concentratie witte bloedcellen	Ze bevatten een middelhoge concentratie witte bloedcellen	Ze bevatten een lage tot geen concentratie witte bloedcellen TENZIJ er besmettelijk vocht (bijvoorbeeld etter, bloed, ...) in zit bijvoorbeeld bij ontstekingen
Bloed , op voorwaarde dat het vochtig is	Lymfevocht	Braaksel
Etter (meest besmettelijk)	Moedermelk, en tepelvocht	Neussecret
Sperma	Ruggenmergvocht	Speeksel
Vaginaal slijmvlies	Voorvocht	Sputum
Wondvocht	Vruchtwater	Stoelgang
		Tranen
		Urine (geen concentratie = steriel)
		Zweet (bevat geen cellen, enkel

vocht met mineralen)

Bijlage 2

Componenten van de standaard voorzorgen	Bescherming patiënt	Bescherming gezondheidsmedewerker
Handhygiëne toepassen	X	X
Bescherming van de kledij	X	X
Bescherming van de slijmvliezen van het aangezicht	X	X
Aandacht voor het gebruikte materiaal	X	X
Overdracht voorkomen van bloedoverdraagbare pathogenen		X

(Richtlijnen ziekenhuishygiëne, preventie overdracht micro-organismes, 2009)

Bijlage 3

OPEP Algoritme
(Occupational Post Exposure Prophylaxis)

2 Mucosal exposure to high risk fluids	Mucosa or non intact skin	Intact skin
Source		
Exposure type to high risk fluids (blood, semen, genital secretions, pericardial, pleural, cerebro-spinal, peritoneal, amniotic, other fluid with visible blood)	exposure more than few minutes with a significant quantity of high risk fluid	very short exposure with a small quantity of high risk fluid
HIV with detectable viral load or lack of recent viral load	Recommend	Recommend (3)
HIV with stable and confirmed undetectable viral load	Recommend	Consider (4)
HIV status unknown from high prevalence group (1) / area (2)	Recommend if rapid HIV test in source not available	Consider
HIV status unknown from low or unknown prevalence group (1) / area (2)	Consider if rapid HIV test in source not available	Discourage

(1) High prevalence group:

- Homo - bisexual men - sexually transmitted infections- history
- IV drug users - Multiple sexual partners
- Prostitutes (M + F) - (ex) Prisoners
- Sex groups (more than 3 individuals)

(2) Area with high HIV prevalence: >2% in the general population (<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/epifactsheets.asp>)

(3) Consider stopping treatment or continuing with bitherapy if undetectable viral load at the time of exposure (UZ Gent: **beslissing enkel genomen op Poi.Alg. Inw.**)

(4) Bitherapy may be used (UZ Gent: **spoed: altijd tritherapie; Poi.Alg. Inw. kan nadden wijzigen naar bitherapie**)

OPEP Algorithm
(Occupational Post Exposure Prophylaxis)

- These guidelines should take into account the individual context to provide the best response to each situation
- If indicated, the treatment of choice is zidovudine unless specified
- The treatment has to start the earliest possible and not later than 72 hours
- The duration of treatment is 28 days
- In case of patient source known to be infected by HIV, adapt the choice of therapy to the genotype of patient source if available
- **UZ Gent: voor hogegenoemd genotype: bel infectieoloog of AIDS-referentiecentrum-arts (tel.nrs. op pagina "OPEP/NONOPEP-behandelschema")**

Percutaneous exposure to high risk fluids

(High risk fluids: blood, semen, genital secretions, pericardial, pleural, cerebro-spinal, peritoneal, amniotic, other fluid with visible blood)

source	Exposure Type		low risk superficial puncture other situations
	high risk: large- bore hollow visible blood on device deep puncture needle used in patient's artery or vein	intermediary risk: solid needle scalpel	
HIV with detectable viral load or lack of recent viral load	Recommend	Recommend (3)	Consider (4)
HIV with stable and confirmed undetectable viral load	Recommend	Consider (4)	Consider (4)
HIV status unknown from high prevalence group (1) /area (2)	Recommend if Rapid HIV Test in source not available	Recommend if Rapid HIV Test in source not available	Consider if Rapid HIV test in source not available
HIV status unknown from low or unknown prevalence group (1) /area (2)	Consider if Rapid HIV Test in source not available	Consider if Rapid HIV Test in source not available	Discourage
Abandoned needle stick in health care settings	Consider if in settings in which exposure to HIV infected persons is likely	Consider if in settings in which exposure to HIV infected persons is likely	Discourage

(1) High prevalence group :

- Homo - bisexual men - sexually transmitted infections- history
- IV drug users - Multiple sexual partners
- Prostitutes (M + F) - (ex) Prisoners
- Sex groups (more than 3 individuals)

(2) Area with high HIV prevalence : > 2 % in the general population (see <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/epifactsheets.asp>)

(1x klikken op de link, land opzoeken via letterknoppen, dan klikken op "summary...")

(3) Consider stopping treatment or continuing with bitherapy if undetectable viral load at the time of exposure (UZ Gent: beslissing enkel genomen op Poli. Alg. Inw.)

(4) Bitherapy may be used (UZ Gent: spoed: altijd tritherapie; Poli Alg. Inw. kan nadien wijzigen naar bitherapie)

Referenties

Artikels en boeken:

BEERTSEN, W., et al., studieboek Paradontologie, 2009, Bohn Stafleu van Loghum.

BROWN, CHARLOTTE et al., 'Depression stigma, race and treatment seeking behavior and attitudes',

Journal Of Community Psychology, 2010, Vol. 38, No. 3, p. 350-366.

BYLINSKY et al., 'New weapons against AIDS',

Fortune, 1992, Vol.126, Issue 12, p. 104-107.

CLUM, GRETCHEN et al., 'Mediators of HIV-related stigma and risk behavior in HIV infected Young women',

AIDS Care, Nov. 2009, Vol. 21, No. 11,p. 1455-1462.

DE KONINCK, CONSTANT, 'Glossarium van Latijnse en Romeinse rechtstermen',
MAKLU, 1997, p.388

FOSTER, PAYNE, PAMELA & GASKINS, SUZAN, W., 'Older African Americans'
management of HIV/AIDS stigma',

Aids care, Vol.21,No.10, Oct. 2009, p. 1306-1312.

GOFFMAN, E. (1963), 'Stigma: Notes on the management of spoiled identity',
Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

HEATHERTON, TODD, F., et al., 'The social psychology of stigma',

The Guilford Press, New York, 2000,p..31.

HEIJNDERS, MIRIAM & VAN DER MEIJ, SUZANNE, 'The fight against stigma: An overview of stigma-reduction strategies and interventions', Psychology, Health & Medicine, Aug. 2006, Vol. 11, Issue 3,p.353-363.

HOGG, ROBERT, et al., 'Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies',

www.thelancet.com, Vol. 372, July 26, 2008.

HOLMES, 'Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions', International Journal of Mental Health Systems 2008, Vol. 2, p. 2-3.

JONES, E., et al., 1984, 'Social Stigma: The psychology of marked relationships', New York, W.H. Freeman.

KALICHMAN, SETH C. et al., 'Measuring AIDS stigmas in people living with hiv/AIDS: the internalized AIDS-related stigma Scale',

AIDS Care, Jan. 2009, Vol.21,Issue 1, p. 87-93.

KLEINMAN, ARTHUR, et al., 'The evolving understanding of stigma',

Harvard Mental Health letter, July, 2010, Copyright, President and Fellows of Harvard College. All rights reserved

LASALA et al. 'Creating Workplace Environments that support Moral Courage', Online Journal of Issues in Nursing, 2010, Vol.15, issue 3

LENGAUER, THOMAS et al., 'Chasing the AIDS Virus',

Communications of the ACM, Mar.2010, Vol. 53, Issue 3, p. 66-74.

LINDH, INGA-BRITT et al., 'Courage and nursing practice: a theoretical analysis', Nursing Ethics, 2010, Vol. 17, Issue 5, p. 551-565.

LINK, B.G., & PHELAN, J.C. (2001), 'Conceptualizing stigma', Annual Review of Sociology', Vol. 27,p. 363–385.

LONDON, JILIAN et al, 'Challenging mental health-related stigma through social contact',

European Journal of Public Health, Vol.20, No.2, 130-132, Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association.

PACI, et al., 'Timely HAART initiation may pave the way for a better viral control',

BMC Infectious diseases 2011, Vol.11 p. 56.

PARKER, R., & AGGLETON, P., (2003), 'HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action',

Social Science and Medicine, 57, p. 13-24.

RADCLIFE, JERILYNN, et al., 'Stigma and Sexual Health Risk in hiv- Positive African American Young Men Who Have Sex with Men',

AIDS PATIENT CARE and STD's, 2010, Vol. 24, No. 8, , p. 493-499.

REEDER, GLENN. D., PRYOR, JOHN B., 'Dual Psychological Processes Underlying Public Stigma and the Implications for Reducing Stigma.',

Poverty and Human Development, 2008, Vol. 6, issue 1, p.175-186.

RUSH, LADONNA, L., 'Affective reactions to Multiple Social Stigmas',

The Journal of Social Psychology, 1998, Vol.138, Issue 4, p. 421-430.

SALTER, MEGAN, L., et al., 'Influence of Perceived Secondary Stigma and Family on the Response to HIV Infection among Injection Drug Users in Vietnam',

AIDS Education and Prevention , 2010, Vol. 22, Issue 6, p. 558-570.

SCRAMBLER, GRAHAM, et al.,' Understanding and tackling health-related stigma',

Psychology, Health & Medicine, Aug. 2006,11(3),p.269-270.

SUNG-JAE LEE, LI LI, et al., 'Stigma, social support, and depression among people living with HIV in Thailand'

AIDS care, Vol.21,Issue 8, Aug. 2009, p.1007-1013.

TSHABALALA, JAN, et al., 'Developing a cognitive behavioral therapy model to assist women to deal with HIV and stigma'

South African Journal of Psychology, 2011, Vol. 41, Issue 1, p. 17-28.

WEISS, MITCHELL , G., et al., 'Health- related stigma: Rethinking concepts and Interventions'

Psychology, Health and Medicine, Aug., 2008, Vol. 11, Issue 3, p. 277-287.

ZOMER B.J., handboek ziektebeelden- infectieziekten, 2009, Bohn Stafleu van Loghum.

Andere:

MOERMAN, FILIP, interne cursus infectuologie, medische map, deel 1 hiv, 2010.

FRAEYMAN, N., interne dienst voor preventie en bescherming op het werk, universitair ziekenhuis Gent, procedure aangifte van prik-of spatongevallen.

VOGELAERS , D., centrum voor infectieziekten, informatie door mondelinge communicatie en samenwerking met dokter Moerman Filip van het universitair ziekenhuis Gent met toestemming voor publicatie.

Illustraties:

Figuur 1: Communications of the ACM, Mar2010, Vol. 53 Issue 3, p. 66-74, 2 Color Photographs, 1 Illustration, 3 Diagrams, 2 Charts Illustration, p.67.

Figuur 2: Communications of the ACM, Mar2010, Vol. 53 Issue 3, p66-74, 2 Color Photographs, 1 Illustration, 3 Diagrams, 2 Charts Illustration, p.72.

Geraadpleegde websites

www.cdc.gov/sharpssafety/pdf/sharpworkbook_2008

www.sensoa.be

www.unaids.org

www.iph.fgov.be/epidemi

<http://www.lumc.nl>