

Vergaderjaar 2022–2023

32 239

Seksuele gezondheid

Nr. 10

BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 oktober 2022

Seksuele gezondheid is een belangrijk onderdeel van iemands mentale en fysieke welzijn en gezondheid. Voor u ligt onze beleidsvisie over seksuele gezondheid. Dit kabinet onderschrijft de werkdefinitie van seksuele gezondheid door de WHO, welke luidt: «*Seksuele gezondheid is een met seksualiteit verbonden toestand van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn. Seksuele gezondheid is dus meer dan alleen de afwezigheid van ziekte, disfunctie of zwakte. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties. Seksuele gezondheid vereist ook het mogen en kunnen aangaan van plezierige en veilige seksuele ervaringen; zonder dwang, discriminatie en geweld. Om seksuele gezondheid te bereiken en te behouden, moeten de seksuele rechten van alle personen worden gerespecteerd, beschermd en gerealiseerd.*»¹

Seksuele gezondheid is dus meer dan de afwezigheid van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) of hiv, het voorkomen van onbedoelde zwangerschappen of het voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag of seksueel geweld. Het is het vermogen om seksueel je eigen regie te voeren. Op individueel niveau vereist dit kennis, vaardigheden en vrijheid om naar eigen invulling plezierige, veilige en gelijkwaardige seksuele belevingen te kunnen aangaan. Van de samenleving vereist dit goede voorlichting en opvoeding, laagdrempelige ondersteuning en zorg. Het vergt een maatschappelijke context waarin wordt onderkend dat seksuele gezondheid ertoe doet voor iemands mentale en fysieke welzijn en gezondheid en waarin seksuele gezondheid, seksualiteit, seksueel plezier en wensen en grenzen bespreekbaar zijn.

Voor dit kabinet staat deze brede en positieve benadering van het toerusten én beschermen van de samenleving op het gebied van seksuele

¹ Te raadplegen via <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>.

gezondheid buiten kijf. Met de voorgenomen inzet willen we deze kabinetsperiode de seksuele gezondheid in Nederland verder verstevigen en in die breedte positioneren. De waarden voor seksuele gezondheid – persoonlijke autonomie, weerbaarheid, respect en besef van gedeelde wederkerigheid² – en seksuele vorming staan daarin centraal. Dit betekent dat het kabinet streeft naar het realiseren van de volgende twee strategische doelen:

1. Inwoners van Nederland zijn dusdanig goed geïnformeerd dat zij op basis hiervan in staat zijn om keuzes te maken over hun seksuele gezondheid en de keuzes van anderen te respecteren, met als doel prettige, vrijwillige en veilige seks, beschermd tegen soa's en hiv, seksueel geweld en onbedoelde zwangerschap.
2. Inwoners van Nederland hebben toegang tot passende, betaalbare, en kwalitatief goede (seksuele) gezondheidsvoorzieningen, zorg, advies, ondersteuning en bescherming bij hulpvragen en problemen rond hun seksuele gezondheid, inclusief soa en hiv.

In deze Kamerbrief zetten we hiertoe de beleidsvisie en speerpunten uiteen. De Staatssecretaris van VWS is verantwoordelijk voor de seksuele gezondheidsbevordering en aanvullende seksualiteitshulpverlening. De Minister van VWS draagt politieke verantwoordelijkheid voor de publieke seksuele gezondheidsbescherming, dus het voorkomen en bestrijden van soa's en hiv.

De focus in deze beleidsvisie is de publieke gezondheid: gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen van de overheid, gericht op de algehele bevolking en specifieke kwetsbare of risicogroepen³ daarbinnen. Binnen de publieke gezondheid draait het om maatschappelijke, gezondheid gerelateerde vraagstukken, terwijl in de curatieve zorg individuele zorgbehoeften centraal staan. Waar raakvlakken zijn zal deze brief ook ingaan op seksuele gezondheid in andere zorgdoelmeinen. Ook waar dit de verbinding betreft met preventie in de curatieve zorg. Op het gebied van seksuele gezondheid zetten we ons al in, zoals het nationaal actieplan seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel geweld dat momenteel in de maak is of de aanpak voorkomen van en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschap. Over deze inzet wordt u separaat geïnformeerd en wordt hier daarom alleen aangehaald wanneer van belang voor de hier gepresenteerde inzet.

Gelijktijdig en in samenhang met deze beleidsvisie wordt onder coördinatie van het RIVM door uitvoeringspartijen gewerkt aan een vervolg op het Nationaal Actieplan Soa, Hiv en Seksuele gezondheid, met prioritering van acties vanuit het veld om de seksuele gezondheid van Nederland te verbeteren. Hiermee wordt ingezet op verbetering van de publieke seksuele gezondheidszorg én de curatieve seksuele gezondheidszorg. De bovengenoemde strategische doelen en visie komen overeen met de strategische doelen en visie van dit nieuwe actieplan.

² Waarbij je openstaat voor elkaars verlangens en grenzen en gedeelde verantwoordelijkheid draagt voor de consequenties van jullie keuzes.

³ Binnen de seksuele gezondheid is er een verschil tussen personen in een risicovolle situatie en personen in een kwetsbare positie. Van risicovol wordt in deze context gesproken als er een verhoogd risico is op soa-transmissie. Iemand bevindt zich in een kwetsbare positie als bepaalde omstandigheden ertoe leiden dat iemand onvoldoende in de gelegenheid is om de voor diegene juiste keuzes te maken. Zo bevinden mannen die seks hebben met mannen zich eerder in een risicovolle situatie voor soa-transmissie. Zij hoeven zich niet in een kwetsbare positie te bevinden. Maar een man die seks heeft met een man en daarnaast ook een licht verstandelijke beperking heeft, bevindt zich dus eerder in een risicovolle én een kwetsbare positie.

Deze beleidsvisie en speerpunten zijn tot stand gekomen in afstemming met en met input van diverse partijen op het gebied van seksuele gezondheid, zoals het RIVM, GGD-GHOR Nederland en diverse coördinerende centra voor seksuele gezondheid (CSG) van de GGD'en, Rutgers en Aidsfonds – Soa Aids Nederland. In de onderstaande hoofdstukken wordt eerst geschetst hoe de seksuele gezondheidsbevordering en -bescherming is georganiseerd en welke taak de overheid daarin heeft. Per onderdeel geven we een analyse, gevolgd met speerpunten.

1. Taak overheid

Seksuele gezondheid en seksueel gedrag zijn in belangrijke mate een privéaangelegenheid. Wanneer er een maatschappelijk en volksgezondheidsbelang speelt heeft de overheid een taak in het bevorderen van de seksuele gezondheid en het welzijn van de bevolking en het bijdragen aan het voorkomen van maatschappelijke problemen, zoals soa's, onbedoelde zwangerschappen en seksueel grensoverschrijdend gedrag of seksueel geweld.

Dit doen we door te faciliteren en stimuleren dat mensen zelf goed geïnformeerde keuzes kunnen maken op gebied van seksuele gezondheid en seksualiteit. Wat die keuzes zijn, is voor eenieder om zelf te bepalen. Die vrijheid om te zijn wie je zelf wilt zijn, te doen waarvoor je zelf kiest en te houden van wie je zelf wilt, dient te worden ondersteund door het beleid dat de overheid voert. Te denken valt aan algemene publieksvoorlichting en seksuele vorming via het onderwijs. Ook draagt de overheid zorg voor kwalitatief goede en toegankelijke zorg- en ondersteuning, bijvoorbeeld via de aanvullende seksuele gezondheidszorg of abortuszorg. Hiermee helpen we problemen te voorkomen, maar bieden we ook hulp en begeleiding wanneer iemand zich toch in een onbedoelde situatie bevindt. Voorbeelden hiervan zijn via keuzehulpgesprekken bij een onbedoelde zwangerschap. Randvoorwaarden schetsen we via wetgeving, bijvoorbeeld via de Regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG) en de verplichte kerndoelen in het onderwijs.

Uitvoering van de publieke seksuele gezondheidszorg

Seksuele gezondheidszorg is zowel onderdeel van de curatieve gezondheidszorg als de publieke gezondheidszorg. Deze zorgdomeinen fungeren idealiter als keten, waarbij zij elkaar aanvullen. Goede samenwerking draagt bij aan effectieve en efficiënte zorg en ondersteuning. De publieke gezondheidszorg is geborgd in de Wet publieke gezondheid (Wpg), gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering ervan. Hieronder wordt geschetst hoe de taak van de overheid gestalte krijgt in de publieke seksuele gezondheidszorg.

De publieke seksuele gezondheidszorg bestaat allereerst uit de collectieve preventie-inzet, waarmee de seksuele gezondheid van de algehele bevolking en specifieke groepen wordt verbeterd. Zo kan iedere jongere terecht bij www.sense.info voor betrouwbare informatie over seksualiteit en seksuele gezondheid. Als een jongere toch nog aanvullende of verdiepende vragen heeft, kan deze terecht via de telefonische Sense- infolijn of de chat functie.

Personen kunnen ook behoefte hebben aan individuele ondersteuning bij seksuele gezondheidsproblemen, waaronder vermoedens van ongewenste zwangerschap, ervaringen omtrent seksuele grensoverschrijding, seksualiteitsproblemen, vragen over anticonceptie en aan soa-zorg (diagnostiek, behandeling en counseling). Daarvoor kunnen zij allereerst terecht bij hun huisarts. Soms ligt de drempel hiertoe te hoog,

bijvoorbeeld door de financiële consequenties van het eigen risico, hun privacy of door schaamte en angst voor stigmatisering. In sommige gevallen weet iemand de weg naar hulp niet, bijvoorbeeld bij risico's op soa's, ervaringen met seksueel geweld of een onbedoelde zwangerschap. Hierdoor kunnen problemen onopgemerkt en onbehandeld blijven, dat leidt tot een grotere ziektelast of opeenstapeling van problemen voor het individu en soms tot het risico op verdere verspreiding van deze infectieziekten onder de bevolking.

Vanwege deze drempels kunnen jongeren tot 25 jaar terecht bij CSG's voor sense-consulten (seksualiteitshulpverlening) vanuit de ASG. Deze inzet is dus ter aanvulling op de preventietaken vanuit de Wet pg.

In aanvulling op de curatieve gezondheidszorg, biedt de eerdergenoemde ASG-regeling ook een vangnet voor personen met een hoger risico op een soa of hiv. Zij kunnen van de CSG's laagdrempelige, gratis en anonieme soa- en hiv-diagnostiek, eventuele behandeling, counseling en doorverwijzing krijgen. Dit betreft bijvoorbeeld jongeren, personen uit soa-endemische gebieden, mannen die seks hebben met mannen (MSM) en sekswerkers.

De CSG's voeren deze regeling uit, het RIVM voert de regie en de coördinatie uit over de ASG-regeling. Het RIVM voert daarnaast epidemiologische surveillance uit over de data vanuit de ASG-regeling waarmee zicht op het verloop van de soa en hiv-epidemie wordt geboden en (test) beleid kan worden geactualiseerd. Daarnaast worden diverse kennis- en expertisecentra gesubsidieerd, zoals Rutgers, Aidsfonds – Soa Aids Nederland, Stichting HIV Monitoring en Hiv Vereniging Nederland.

2. Speerpunten

Dit kabinet zet zich in op de volgende speerpunten: a) de seksuele gezondheid vollediger en structureler in beeld te brengen; b) het bevorderen van seksuele gezondheid; c) het verbeteren van de positionering van de (aanvullende) seksuele gezondheidszorg in zorgstelsel; d) het verbeteren van de preventie, opsporing en behandeling van soa's; e) het verbeteren van de preventie, opsporing en behandeling van hiv; en f) Seksuele gezondheid verbeteren en beter in beeld brengen op de BES-eilanden. De speerpunten en acties om deze te bereiken, staan in bijgevoegd overzicht schematisch weergegeven.

a. Seksuele gezondheid in beeld brengen: surveillance en monitoring

Goed beleid vraagt om kennis over en monitoring van de breedte van seksuele gezondheid in Nederland. Dit zou de basis moeten zijn voor gerichte beleidskeuzes door de CSG's, gemeenten en kennisinstituten als Aidsfonds – Soa Aids Nederland en Rutgers. Het helpt ook de effecten van ons beleid inzichtelijk te maken.

Er zijn nu echter blinde vlekken in ons beeld van de (breedte van) seksuele gezondheid in Nederland, waardoor deze monitoring onvoldoende tot stand komt. Om inzichtelijk te maken waar onze blinde vlekken zitten, zal de eerder aangehaalde werkdefinitie van de WHO⁴ worden vertaald naar een meetbare definitie en indicatoren. Voorts wordt bekeken welke databronnen kunnen worden benut voor deze indicatoren en welke gegevens ontbreken.

⁴ Zie pagina 1.

Bepaalde aspecten van seksuele gezondheid zijn wel goed in beeld. In Nederland is bijvoorbeeld een gedegen monitoring en surveillance van de risicogroepen op soa's en hiv, waardoor wij veel weten over risico-indicatoren voor soa-transmissie, bijvoorbeeld via het jaarlijkse soa-rapport van het RIVM en de surveillance rond de PrEP-pilot.

Bekend is echter ook al dat er over bepaalde onderdelen van seksuele gezondheid géén goed beeld bestaat. Er is bijvoorbeeld geen representatief beeld van het voorkomen van soa's in de algehele bevolking. De data rond soa's en hiv zijn daarnaast slechts één onderdeel van de seksuele gezondheid. Ook is er onvoldoende leefstijlmonitoring van de staat van seksualiteit en seksuele beleving. Denk aan de mate waarin personen over kennis en vaardigheden beschikken in onderwerpen als het geven en herkennen van toestemming, wensen en grenzen, het kiezen voor anticonceptie, seksuele weerbaarheid en gedeelde wederkerigheid, attitudes rond abortus en gender- en seksediversiteit en het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag. Idealiter zou daarbij ook aandacht moeten zijn voor kwetsbare posities, zoals het hebben van een beperking of het ervaren van een of meerdere stigma's. Ook zou zicht gehouden moeten worden op de impact van (chronische) aandoeningen op iemand zijn seksuele gezondheid. Deze aspecten komen deels terug in bestaande monitors⁵, maar uit de verkenning zal blijken welke aspecten nog onvoldoende structureel worden gemonitord.

Er zijn in Nederland diverse databronnen die potentieel benut kunnen worden om dit algemene beeld van de seksuele gezondheid in Nederland te verkrijgen. Onderdeel van de verkenning is daarom te bekijken in hoeverre deze meegenomen kunnen worden in het beeld van seksuele gezondheid, waarbij de privacy van betrokkenen en wettelijke grondslagen voor gegevensdeling worden geborgd. Denk aan de registraties van de seksualiteitssprekuren bij de CSG's die iets zeggen over seksueel welzijn. Ook de JGZ heeft een wettelijke taak op het gebied van seksuele gezondheid en kan potentieel een bron van informatie bieden.⁶ Net als gegevens uit het programma Nu Niet Zwanger, registraties van abortusklinieken en andere zorgsectoren waar patiënten komen in verband met seksuele problemen, gegevens van veiligheidspartners en gegevens van de centra voor seksueel geweld.

Tot slot is de financiering van de eerdergenoemde onderzoeken *Seksuele gezondheid in Nederland, Seks onder je 25^o* en PECAN niet structureel geborgd, waardoor de continuïteit en vergelijkbaarheid van deze gegevensverzamelingen niet gegarandeerd is. In de komende tijd verkennen we welke financiële ruimte en mogelijkheden er zijn om deze financiering in de toekomst structureel te borgen, met aandacht voor welke thema's structurele monitoring behoeven en voor welke thema's incidenteel onderzoek volstaat.

⁵ Bijvoorbeeld de jaarlijkse leefstijlmonitor van het RIVM. Onderdeel van de leefstijlmonitoring is de vijfjaarlijkse verdiepende monitor *Seksuele gezondheid in Nederland* en de vier- à vijfjaarlijkse monitor *Seks onder je 25e*. Dit zijn samenwerkingen met respectievelijk Rutgers en het RIVM, en Rutgers, het RIVM en Aidsfonds – Soa Aids Nederland. Aan *Seks onder je 25^o* nemen ook scholen deel. Daarnaast hebben deelnemers aan de verdiepende monitor tussen 18 en 35 jaar kunnen deelnemen aan een peiling naar het voorkomen van chlamydia en gonorrhoe (PECAN).

⁶ Deze taak behelst individuele of groepsgerichte voorlichting, advies, instructie en begeleiding, gericht op het ondersteunen van ouders en jeugdigen over seksueel gedrag en seksuele weerbaarheid. Zie het Besluit Publieke Gezondheid, onder artikel 6.

b. Seksuele gezondheid bevorderen

Seksuele ontwikkeling start al op jonge leeftijd en gaat het hele leven door. Dit vraagt om aandacht voor het bevorderen van seksuele gezondheid gedurende het hele leven. Dit kan bijvoorbeeld door algemene voorlichting en relationele en seksuele vorming op scholen. Hierbij lijkt een combinatie van voorlichting via het onderwijs, via de ouders, online en outreach (extra inzet om bepaalde groepen te bereiken) dichtbij de burger het meest effectief. Het bevorderen van seksuele gezondheid vraagt ook om de inrichting van de samenleving die ruimte biedt aan seksuele gezondheid: met de erkenning dat seksuele gezondheid ertoe doet voor iemands welzijn, zonder belemmeringen om seksuele gezondheid, seksualiteit, seksueel plezier en wensen en grenzen bespreekbaar te maken. Het vraagt ook om een toegankelijk zorg- en ondersteuningssysteem, waaronder toegankelijke anticonceptie, waarop we later in deze brief ingaan.

Uit het meest recente onderzoek naar seksuele gezondheid in Nederland (2017) weten we dat over het algemeen Nederlanders tevreden zijn over hun seksleven, dat het gebruik van anticonceptiemiddelen over het algemeen hoog is en dat er acceptatie van seksuele diversiteit is.⁷

Maar we zijn er nog niet. Seksuele gezondheid hangt immers sterk samen met de ruimte voor seksuele of gender diversiteit, waarop de nodige uitdagingen zichtbaar zijn. Zonder deze ruimte zal iemand zich immers mogelijk minder vrij voelen de keuzes te maken die bij diegene passen, minder seksueel welzijn ervaren en een hogere drempel ervaren om zorg of ondersteuning te zoeken. Dit jaar toonde SCP-onderzoek zorgen over de acceptatie rond genderdiversiteit: een minder groot deel van de Nederlanders is uitgesproken positief over transgender personen dan over homo- en biseksuelen. Zo zou bijna een op de tien Nederlanders het een probleem vinden als hun kind op school les zou krijgen van een transgender docent.⁸ Ook bestaan er gezondheidsverschillen op basis van seksuele oriëntatie.⁹ Zo zijn de psychische gezondheid, de ervaringen met seksueel geweld en de veiligheidsgevoelens van bi+ personen veel ongunstiger (geworden) dan van heteroseksuele, homoseksuele en lesbische mensen in Nederland en is een op de drie biseksuele vrouwen de afgelopen vijf jaar slachtoffer geweest van fysiek seksueel geweld. In de emancipatienota die dit najaar verschijnt, zet het kabinet uiteen wat het voor emancipatie van lhbtqi+ zal doen deze kabinetsperiode.

Jongeren hebben daarnaast minder kennis over seks. Zij beoordelen hun seksuele voorlichting op school met een 5,8. Zij willen onderwijs dat verder gaat dan onderwerpen als veilige seks, het voorkomen van onbedoelde zwangerschap en andere biologische aspecten en ook gericht is op daten, online gedrag, diverse relatievormen, seksueel plezier, wensen, grenzen en consent. Ook willen jongeren aandacht voor en

⁷ Rutgers. (2017). Seksuele gezondheid in Nederland. Te raadplegen via <https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2021/03/Seksuele-Gezondheid-in-Nederland-2017.pdf>. Rutgers verwacht eind 2023 de nieuwe monitor op te leveren

⁸ SCP. (2022). Opvattingen over seksuele en genderdiversiteit in Nederland en Europa 2022. Te raadplegen via <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2022/05/17/opvattingen-over-seksuele-en-genderdiversiteit-in-nederland-en-europa-2022>.

⁹ Zo is bekend dat lesbische, homoseksuele en biseksuele scholieren vaker ongelukkig zijn en vaker last hebben van psychosomatische klachten. Ook seksueel geweld komt vaker voor bij mensen met een lesbische, homoseksuele en biseksuele geaardheid dan een heteroseksuele geaardheid. Zie SCP. (2021). *Wat maakt het verschil*. Te raadplegen via <https://www.scp.nl/binaries/scp/documenten/publicaties/2021/12/10/wat-maakt-het-verschil/Wat+maakt+het+verschil-2021.pdf>. En SCP. (2022). *LHB-Monitor*. Te raadplegen via <https://www.scp.nl/binaries/scp/documenten/publicaties/2022/07/05/lhbt-monitor-2022/SCP+LHBT+Monitor+2022.pdf>.

normalisatie van sekse- en genderdiversiteit. Jongeren ervaren meer seksuele problemen dan voorheen, geven aan onzeker te zijn over hun lichaam, het lastig te vinden over seksuele problemen te praten, zoals pijn bij vrijen, en zijn nog te vaak slachtoffer van shame-sexting¹⁰ en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Daarnaast zijn jongeren vergeleken met 2012 wat minder met hun ouders en vrienden gaan praten over verliefdheid, seks, anticonceptie en soa's. Ook ouders vinden het soms moeilijk om met hun kinderen over seks te praten.¹¹

Het belang van een positieve en brede benadering van seksuele gezondheid is groot. Brede relationele en seksuele vorming¹² hangt samen met het bewuster beginnen aan seks, meer consistent gebruik van voorbehoedsmiddelen en een lager cijfer onbedoelde zwangerschappen. Dergelijke voorlichting lijkt bij te dragen aan meer kennis, een positiever zelfbeeld, betere vaardigheden en meer zelfregie en vermindert daarmee het risico op seksuele grensoverschrijding (in zowel de rol als slachtoffer als die van pleger), soa en onbedoelde zwangerschap.¹³

Het ervaren van seksueel genot, plezier en een positief seksueel zelfbeeld maakt deel uit van seksuele gezondheid, en daarmee van de mentale gezondheid en fysieke gezondheid.¹⁴ Als het seksueel welzijn door die persoon als goed wordt ervaren, weet diegene ook beter grenzen en wensen aan te geven en is daarmee ook beter beschermd tegen ongewenste zwangerschap of soa.¹⁵

Dit kabinet staat voor een nieuwe generatie die zelfbewust opgroeit en voor wie praten over relaties en seksualiteit redelijk vanzelfsprekend is. Die respect toont voor elkaars wensen en grenzen en begrip heeft van – en respect voor – diversiteit. Daarom zetten we in op relationele en seksuele vorming in een doorlopende leerlijn. Daarnaast onderzoeken we naar (online) manieren om ouders en opvoeders zo goed mogelijk te ondersteunen. En zetten we in op meer integrale aandacht voor seksuele gezondheid en het wegnemen van seksuele gezondheidsachterstanden. Welke stappen hiervoor worden gezet, staan hieronder omschreven.

¹⁰ Het ongewenst online verspreiden van (gemanipuleerd) seksueel getint beeldmateriaal, met als doel de afgebeelde persoon aan de schandpaal te nagelen.

¹¹ Diverse onderzoeken: Cense, M., Grauw, de, S., and M. Vermeulen (2020). «Sex is not just about ovaries.» Youth participatory research on Sexuality Education in the Netherlands. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17(22), 8587. Rutgers & Aidsfonds – Soa Aids Nederland. (2017). *Seks onder je 25^{ste}*. Te raadplegen via <https://seksonderje25e.nl/files/uploads/Onderzoeksboek%20Seks%20onder%20je%2025e%202017.pdf>. Movisie & Universiteit Utrecht. (2022). *Seksualiteit en seksuele opvoeding*. Te raadplegen via <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2022-03/Onderzoeksrapport-seksualiteit-en-seksuele-opvoeding-8.3.22.pdf>.

¹² Door Unesco (2018) als volgt gedefinieerd: «Een op het curriculum gebaseerd proces van onderwijzen en leren over de cognitieve, emotionele, lichamelijke en sociale aspecten van seksualiteit. Het streeft ernaar kinderen en jongeren toe te rusten met kennis, vaardigheden, attitudes en waarden die hen in staat stellen hun gezondheid, welzijn en waardigheid te realiseren; respectvolle sociale en seksuele relaties te ontwikkelen; inzicht te krijgen in hoe hun keuzes van invloed zijn op hun eigen welzijn en dat van anderen; en hun rechten te begrijpen en te kunnen beschermen gedurende hun hele leven.»

¹³ O.a. Bonjour, M. & Vlugt, I. van der. (2018). *Comprehensive sexuality education. Knowledge file*. Te raadplegen via <https://rutgers.international/resources/knowledgefile-cse/>.

¹⁴ Laan, E.T.M., Klein, V., Werner, M.A., Lunsen, R.H.W. van., Janssen, E. (2021). In Pursuit of Pleasure: A Biopsychosocial Perspective on Sexual Pleasure and Gender. *International Journal Of Sexual Health*. 2021 (4), 516–536. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1965689>.

¹⁵ Onder andere Higgins, J. A., & Hirsch, J. S. (2007). The pleasure deficit: Revisiting the «Sexuality connection» in reproductive health. *International Family Planning Perspectives*. Int Fam Plan Perspect. <https://doi.org/10.1363/3313307>

b1. Collectieve preventie door gemeenten

Gemeenten versterken in integrale aandacht voor seksuele gezondheid

Gemeenten dragen een belangrijke verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Wet publieke gezondheid voor het bevorderen van een gezonde leefstijl. Dit doen gemeenten bijvoorbeeld omtrent gezonde voeding en beweging. Het bevorderen van seksuele gezondheid is ook onderdeel van het bevorderen van een gezonde leefstijl. Dit betreft inzet op collectieve preventie, gericht op de algehele bevolking of specifieke groepen die zich in een kwetsbare positie bevinden. Denk bijvoorbeeld aan het faciliteren van voorlichting, gerichte inzet in het bereiken van inwoners in een kwetsbare positie en het versterken van signalerende functies bij seksuele problemen. Door deze inzet kan het beroep op sociale voorzieningen, de zorg en politie verminderen, en de arbeids- en maatschappelijke participatie en veiligheid in de gemeente toenemen. De inzet is mede belangrijk, zodat de ASG-regeling daadwerkelijk aanvullend kan blijven.¹⁶

Gemeenten hebben veelal beleid rondom belangrijke deelonderwerpen als het voorkomen van en ondersteunen bij onbedoelde zwangerschap en het tegengaan van seksueel grensoverschrijdend gedrag of seksueel geweld. Daarnaast heeft de JGZ de eerdergenoemde wettelijke taak in voorlichting en begeleiding van kinderen en jongeren en hun ouders op het gebied van seksueel gedrag en seksuele weerbaarheid. Ook de lokale inzet vanuit het programma Nu Niet Zwanger raakt aan het bevorderen van seksuele gezondheid en regie op de kindermens. Verder verrichten diverse gemeenten – vaak via GGD'en – extra inspanning op het bevorderen van seksuele gezondheid van groepen in kwetsbare posities.

Het risico bestaat dat deze diverse aanpakken versplinteren en dat daardoor de effectiviteit afneemt. Zo kunnen groepen in kwetsbare posities vanuit verschillende invalshoeken rondom seksuele gezondheid worden benaderd, met het risico dat zij worden overvraagd. Daarom zal het beleid van VWS op het gebied van seksuele gezondheid meer integraal worden vormgegeven waar en nodig is, bijvoorbeeld in voorlichting en monitoring. Dit houdt in dat specifiek gerichte inzet kan blijven bestaan, en dat in samenwerking en visievorming de integraliteit is geborgd. We roepen gemeenten en GGD'en op dit ook te doen, bijvoorbeeld door eigen beleid te vormen vanuit een integrale visie, en in richtlijnen in te zetten op gerichte samenwerking of doorverwijzing.

De komende jaren zullen we met gemeenten ook in gesprek gaan over wat nodig is om seksuele gezondheid op lokaal niveau te bevorderen, wat gemeenten kunnen doen en hoe VWS hierin kan ondersteunen. Deze ondersteuning biedt het Ministerie van VWS sinds 2011, bijvoorbeeld via het themadeel seksuele gezondheid van de Handreiking Gezonde gemeente¹⁷. Hieraan raakt de huidige inzet om te komen tot een regionale aanpak seksueel geweld. In een pilot met vijf regio's worden bouwstenen ontwikkeld om gemeenten handvatten te bieden bij het inrichten van een integrale, effectieve aanpak seksueel geweld op regionaal niveau. Hierbij is preventie van seksueel geweld ook nadrukkelijk onderdeel.

¹⁶ De ASG is immers bedoeld als aanvullend op de collectieve preventie-inzet van de overheid en de curatieve seksuele gezondheidszorg, als vangnet voor risicogroepen die met de collectieve preventie-inzet en curatieve zorg niet goed bereikt worden of aanvullende behoeften hebben. Het is niet bedoeld als substitutie van deze inzet, waardoor zonder voldoende inzet vanuit de collectieve preventie en curatieve zorg, de seksuele gezondheid onvoldoende geborgd zou zijn.

¹⁷ Te raadplegen via <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/seksuele-gezondheid>

Lokale aandacht voor het verminderen van gezondheidsachterstanden

Ook op het terrein van seksuele gezondheid is aandacht voor gezondheidsachterstanden nodig. Door in te zetten op het verminderen van seksuele gezondheidsachterstanden worden individuen beter in staat gesteld om zelf de regie te nemen over hun seksuele gezondheid en weten zij het ondersteunings- en zorgaanbod via de ASG beter te vinden.

Bekend is dat specifieke groepen in kwetsbare posities¹⁸ momenteel met de inzet op seksuele gezondheidsbevordering niet goed bereikt worden. We zullen een verkenning laten uitvoeren naar welke groepen dit precies zijn. Voor een deel is dit al in kaart gebracht, maar onzeker is of dit beeld volledig is. De verwachting is dat deze groepen (deels) overlappen met groepen een hoger risico op soa-transmissie of een onbedoelde zwangerschap, deze verwachting zal worden getoetst.

Daarnaast zal in deze verkenning worden bekeken hoe deze groepen wel bereikt kunnen worden, waar hun behoefte wat betreft zorgverlening ligt en hoe deze groepen wel bereikt kunnen worden. Daarbij wordt de cultuursensitiviteit van het huidige ondersteunings- en zorgaanbod ook meegenomen. We willen in deze verkenning ook in beeld brengen in hoeverre dit groepen zijn die ook op andere vlakken gezondheidsachterstanden ervaren en daarmee in hoeverre aansluiting bij bestaande inzet op het verminderen van gezondheidsachterstand mogelijk is. Dit is van belang om voldoende aandacht te houden voor het doen-vermogen van deze groep. Qua interventies wordt gekeken wat geleerd kan worden van andere leefstijlinterventies en lokale initiatieven, waarbij kennis van expertisecentra op het gebied van gezondheidsachterstanden wordt benut, zoals van Pharos. Daarbij is het van belang dat de doelgroepen zelf worden betrokken bij deze inzet.

b2. Vergroten bewustwording, kennis en vaardigheden op het gebied van seksuele gezondheid

Gerichte publiekscommunicatie ter vergroting van bewustwording, kennis en handelingsperspectief rond het voorkomen van en ondersteunen bij onbedoelde zwangerschappen

Bewustzijn, kennis en vaardigheden stellen je in staat om bewuste keuzes ten aanzien van liefde, relaties en seksualiteit te maken. Dit draagt bij aan het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid in de samenleving en het voorkomen van onbedoelde zwangerschappen. Samen met de aanpak preventie, informatie en hulp bij onbedoelde zwangerschap werken we aan gerichte publiekscommunicatie om onbedoelde zwangerschappen te voorkomen en daarmee de seksuele gezondheid te bevorderen.

Seksuele vorming van jongeren

Scholen zijn via de kerndoelen in het onderwijs verplicht om aandacht te besteden aan seksuele vorming. Er zijn signalen dat de kerndoelen op dit moment te open geformuleerd zijn, waardoor deze onvoldoende richting geven voor het onderwijs. De kerndoelen worden de komende jaren onder

¹⁸ Vanuit de monitor *Seks onder de 25*^o en *Seksuele gezondheid in Nederland* is bekend dat dit in ieder geval gaat om praktisch opgeleiden, laaggeletterden, nieuwkomers, mensen met een licht verstandelijke of lichamelijke beperking of psychische problematiek. Andere groepen in kwetsbare posities betreffen mensen uit kwetsbare opvoedsituaties, mensen die afhankelijk zijn van zorg en mensen die leven in armoede. Ook weten we dat juist rond seksuele gezondheid gender en seksualiteit extra kwetsbaarheden meenemen, zal ook hier aandacht voor zijn.

leiding van het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap geactualiseerd in het kader van de curriculumbijstelling. Hiermee wordt beoogd de doelen verder te concretiseren om meer richting te bieden.

Via de Stimuleringsregeling Gezonde Relaties & Seksualiteit, onderdeel van pijler 1 van de aanpak voorkomen van en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschap¹⁹, stimuleren en ondersteunen we scholen die aandacht willen besteden aan gezonde relaties en seksualiteit, met als primair doel onbedoelde zwangerschappen te voorkomen. Dit draagt uiteraard ook bij aan het bevorderen van de seksuele gezondheid. Dit doen we door interventies aan te bieden voor zowel leerlingen als docenten. Het is namelijk van belang dat docenten zich handelingsbe- kwaam voelen om aandacht te besteden aan seksuele vorming.

Ook ouders of opvoeders hebben een belangrijke rol in seksuele vorming. Zij worden momenteel nog onvoldoende bereikt. Dit is een gemiste kans, aangezien jongeren aangeven vooral hun ouders te vertrouwen als het gaat om het bespreken van seks. We zullen aan de slag gaan met het bereiken van ouders en opvoeders over seksuele vorming van hun kinderen, om via hen het bereik van jongeren te verhogen. Daarvoor benutten we de resultaten van onderzoek dat momenteel wordt uitge- voerd in het kader van het nationaal actieplan seksueel geweld en grensoverschrijdend gedrag. Dit betreft een trend- en cultuuronderzoek naar de opvattingen van jongeren en (hun) ouders of opvoeders over seksueel (grensoverschrijdend) gedrag en seksueel geweld, met aandacht voor welke (informatie)bronnen (het meest) samenhangen met normen en waarden over seksueel gedrag en de «vindplaatsen» waarop jongeren en ouders of opvoeders effectief bereikt kunnen worden. Met name de resultaten uit dit onderzoek voor wat betreft het bereiken van ouders opvoeders zullen we meenemen in de gesprekken met de gemeenten over het bevorderen van de seksuele gezondheid.

b3. Handelingsverlegenheid van zorg- en hulpverleners verminderen

Het bevorderen van seksuele gezondheid betekent ook aandacht hebben voor seksuele gezondheid in zorg- en welzijnsrelaties. Op veel plekken heerst nog een taboe op het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid, inclusief een mogelijke kindwens, of weten zorgverleners en hulpverleners niet altijd hoe ze het gesprek over dit onderwerp kunnen starten en voeren. Er kan ook bij zorgverleners sprake zijn van (onbewuste) vooroordelen of kennistekort. Ook voor patiënten is het vaak een gevoelig onderwerp. Zij vinden het overwegend moeilijk om met hun huisarts over seksuele gezondheid te praten.²⁰

Dat is een gemis, want seksuele gezondheid is een onderdeel van iemand zijn algehele gezondheid en welzijn. In de zorg kan bijvoorbeeld gesproken worden over seksuele problemen zoals pijn bij vrijen, soa's. Maar ook over seksuele weerbaarheid en het aangeven van wensen en grenzen. Het bespreekbaar maken door zorg- en hulpverleners kan bijdragen aan de normalisatie van seksuele gezondheid en seksualiteit, waardoor patiënten en cliënten met de professionals gemakkelijker behoeften of problemen durven te bespreken. Deze normalisatie draagt er mogelijk in andere situaties aan bij dat deze patiënten en cliënten gemakkelijker hun grenzen en wensen durven aan te geven. Uit onderzoek is namelijk bekend dat gebrekkige communicatieve vaardigheden in het aangeven van wensen en grenzen samenhangt met seksueel grensover-

¹⁹ Over deze aanpak ontvangt u op korte termijn een Kamerbrief.

²⁰ Rutgers. (2017). *Seksuele gezondheid in Nederland*. Te raadplegen via <https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2021/03/Seksuele-Gezondheid-in-Nederland-2017.pdf>.

schrijdend gedrag.²¹ Zorgprofessionals hebben ook een signalerende rol bij seksuele gezondheidsvragen of problemen die kunnen voortkomen uit bepaalde aandoeningen of uit nare ervaringen, en bij seksuele gezondheidsproblemen die bepaalde gezondheidsklachten veroorzaken.

Vanuit het Nationaal Actieplan Seksueel Geweld en Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag wordt dit najaar een verkenning uitgevoerd naar welke mogelijkheden er zijn om het goede gesprek over seksuele gezondheid en seksualiteit tussen zorg- en hulpverleners en patiënten/cliënten te stimuleren en faciliteren. We zullen bezien op welke manier de resultaten van dit onderzoek tot uitvoering kunnen worden gebracht.

b4. Gratis en toegankelijke anticonceptie voor personen in kwetsbare posities

In het coalitieakkoord (bijlage bij Kamerstuk 35 788, nr. 77) is aangekondigd dat anticonceptie gratis en toegankelijk beschikbaar gesteld wordt voor kwetsbare groepen om het aantal ongewenste en onbedoelde zwangerschappen en (herhaalde) abortussen te verminderen. De toegankelijkheid van anticonceptie blijkt veelal het grootste obstakel, voor sommigen spelen ook financiële barrières. Hierover volgt meer in de binnenkort te verwachten Kamerbrief over de aanpak onbedoelde zwangerschappen. Deze inzet zal ook bijdragen aan het verminderen van gezondheidsachterstanden op het gebied van seksuele gezondheid en aanregie op de kindervwens.

c. Verbetering positionering (aanvullende) seksuele gezondheidszorg in zorgstelsel

De ASG-regeling is bedoeld als vangnet voor soa-bestrijding en seksualiteitshulpverlening, aanvullend op de curatieve zorg en collectieve preventietaken van gemeenten. Binnen dit vangnet krijgen risicogroepen op soa-transmissie laagdrempelig (gratis en eventueel anoniem) soa-zorg en krijgen jongeren onder de 25 jaar laagdrempelige seksualiteitshulpverlening.

Sinds de ingang van de ASG²² is echter een hoop veranderd. Door de toegenomen vraag naar de diensten van de CSG's en de financiële en personele krapte die de CSG's ervaren, kan maar een deel van de risicogroepen gezien worden.²³ Door de huidige verdeelsleutel staan sommige regio's zwaarder onder druk dan andere. De financiële drempels voor soa-zorg bij de eerstelijnszorg zijn gegroeid met het over de jaren heen gegroeide eigen-risico.²⁴ Er zijn signalen dat zorgverleners niet altijd over voldoende kennis beschikken, wat impact kan hebben op de behandeling of bejegening van patiënten. Het is daarmee de vraag in

²¹ Stichting Rutgers, Soa Aids Nederland. (2022). Wat werkt dossier. Te raadplegen via https://www.loketgezondleven.nl/sites/default/files/2022-03/WatWerkt_Seksuele_gezondheid_onderwijs.pdf

²² De regeling Aanvullende Curatieve Soa-bestrijding (uit 2006) en de regeling Aanvullende Seksualiteitshulpverlening (uit 2008) zijn in 2012 samengevoegd in de huidige ASG-regeling.

²³ Er is in 2014 een financieel plafond met relatieve verdeelsleutel over de CSG-regio's geplaatst. Dit was naar aanleiding van de almaar groeiende uitgaven. In 2018 door Significant gekeken naar de doelmatigheid en onder meer de financiële verdeelsleutel van de ASG regeling. Daarbij is geconcludeerd dat er geen andere relatieve verdeelsleutel gebaseerd op objectieve criteria haalbaar mogelijk is en dat er voor één specifieke regio (Utrecht) knelpunten met het huidige budget bestaan die maken dat het budget in deze regio een nadere beoordeling behoeft.

²⁴ Deze drempel kan er natuurlijk ook bij andere huisartsenzorg zijn. Toch heeft de soa-bestrijding vanuit het risico voor de volksgezondheid een extra belang bij betaalbare en daarmee toegankelijke zorg. Daarom is het vangnet van de ASG, met gratis soa-zorg voor groepen met een hoger risico op soa-transmissie, van groot belang.

hoeverre de ASG-regeling nog functioneert als aanvullend vangnet. Deze omstandigheden resulteren ook in vragen over de gelijke toegang tot zorg, óók binnen en tussen de risicogroepen.

Bovendien zijn bepaalde groepen in kwetsbare posities binnen de risicogroepen ondervertegenwoordigd in de dienstverlening door de CSG's, zoals personen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) en personen uit soa en hiv endemische gebieden.²⁵ Iemand kan binnen een risicogroep immers in een extra kwetsbare positie verkeren, zoals MSM met een bepaalde religieuze achtergrond. Voor deze groepen is het nodig meer en soms andere inspanningen te verrichten om deze groepen te bereiken. Outreach-activiteiten om deze groepen te bereiken staan echter op verschillende plaatsen onder druk, omdat deze meer tijd en inspanning vergen en niet perse resulteren in meer consulten of een hoog vindpercentage.²⁶ Het is echter de vraag of deze uitkomstmaten leidend zouden moeten zijn. Een gebrek aan aandacht voor personen in kwetsbare posities – binnen de risicogroepen – kan gezondheidsverschillen vergroten. Tegelijkertijd is het vindpercentage wel van belang vanuit het oogpunt van infectieziektebestrijding om transmissieketens te doorbreken, en zorgt een shift in aandacht voor deze groepen tot een trendbreuk in de jaarlijkse surveillance gegevens.

Op individueel niveau brengt de financiële en personele krapte bij de CSG's het risico op grotere ziektelast mee. Op collectief niveau leidt dit dus tot groeiende gezondheidsverschillen en een groter risico op soa-transmissie (geen vroegtijdige doorbreking transmissieketen). Ook kan de kwaliteit van zorg onder druk komen te staan, is er een risico op minder landelijk dekkend bereik van de ASG en wordt het moeilijker om de medische eindverantwoordelijkheid te borgen door gebrek aan juist geschoolde artsen.

Er wordt – mede vanwege de ervaren capaciteitsproblemen – meer gewezen op samenwerking met de reguliere zorg. Echter, ook de eerstelijns zorg ervaart een (te) hoge werkdruk. Het verplaatsen van delen van de soa-zorg naar de huisarts is daarom een verplaatsing van het probleem. Ook verplaatsing naar de tweedelijnszorg zal de financiële houdbaarheid niet ten goede komen. Bovendien wordt seksuologische zorg in de tweedelijnszorg momenteel alléén vergoed, indien een seksueel probleem gepaard gaat met een DSM-5 diagnose.

Het Nederlandse zorgstelsel profiteert van de ASG, aangezien vroegtijdige opsporing van ziekten of seksuele problemen bijdraagt aan het voorkomen van oplopende zorgkosten. Dit vraagt om een breder gesprek over de rol van de ASG binnen dit zorgstelsel, waaronder de betrokkenheid van zorgverzekeraars en andere zorgprofessionals. De publieke seksuele gezondheidszorg is iets om trots op te zijn, en verdient nu extra aandacht via de volgende acties.

c1. Verbetering regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg

Toekomstverkenning positionering ASG-regeling binnen zorgstelsel

We starten met een toekomstverkenning naar de positionering van de ASG-regeling binnen het zorgstelsel waarmee bovenstaande vraagstukken geadresseerd worden. Daarbij zal gekeken worden in hoeverre de ASG-regeling nog voldoende passend is bij de uitdagingen van deze tijd

²⁵ Suriname, Nederlandse Antillen, Turkije, Marokko, Afrika, Zuid-Amerika, Azië, Oost Europa

²⁶ Binnen sommige CSG's wordt gestuurd op het aantal consulten of het vindpercentage, terwijl dit in de regeling niet nodig is.

en de toekomst, met bijzondere aandacht voor het aanvullende karakter op de collectieve preventie en curatieve zorg.²⁷ Tevens wordt gekeken welke aanpassingen van de ASG-regeling nodig zijn, indien blijkt dat de huidige ASG-regeling niet langer hierbij aansluit. Over de precieze vraagstellingen zal afstemming plaatsvinden met het RIVM en de CSG's. We zullen het eind van dit jaar de opdracht tot deze toekomstverkenning met uw Kamer delen. Ook zal de verkenning met uw Kamer worden gedeeld, deze wordt begin 2024 verwacht.

Verankering in Wet Publieke Gezondheid (Wpg)

We hebben een wetwijziging in voorbereiding waarmee onder meer de taken van de aanvullende seksuele gezondheidzorg binnen de Wpg geborgd worden en het RIVM een wettelijke taak krijgt om de landelijke regie te voeren over de uitvoering van de ASG. Zoals gezegd financiert de ASG zowel de soa-zorg als de seksualiteitshulpverlening via de GGD'en. De ASG wordt nu gefinancierd via de Subsidieregeling publieke gezondheid. Het doel is om de uitvoering van deze zorg te continueren. Aanvullende seksuele gezondheidszorg kan in feite worden beschouwd als deel van de publieke gezondheidszorg. Dit hoort in wezen dan ook thuis in de Wpg. De wetwijziging bevat verder geen beleidsinhoudelijke wijzigingen. De wetwijziging ligt momenteel voor bij de Afdeling advisering van de Raad van State. Het is de verwachting dat het wetsvoorstel voor het einde van het jaar aan uw Kamer wordt aangeboden.

Voldoende juist geschoold personeel

Het blijkt lastig voor de CSG's om voldoende juist geschoold personeel te werven en duurzaam aan de CSG's te verbinden. Personeelstekort in de zorg is geen probleem dat alleen bij de CSG's speelt. Het is belangrijk dat de CSG's gezamenlijk inzetten op het bieden van een aantrekkelijke werkomgeving. Het Ministerie van VWS zal daarin faciliteren door met de CSG's en het RIVM een schatting te maken van hoeveel en welk personeel nodig is om de benodigde kwaliteit van zorg te kunnen realiseren en waar nu tekorten zijn. Hiermee kunnen de CSG's toewerken naar een lange termijnstrategie waarmee zij de instroom en duurzame verbinding verbeteren.

Prioriteren binnen en tussen de ASG-risicogroepen

Zoals aangegeven zijn veel CSG's door beperkingen in financiën en capaciteit, genoodzaakt binnen en tussen de risicogroepen van de ASG te prioriteren. Dit kan voor de CSG's een ingewikkelde afweging zijn, en leiden tot verschillen tussen CSG's over de toegankelijkheid van de regeling. In iedere regio is de demografische samenstelling anders, wat vraagt om maatwerk waartoe de ASG ruimte biedt. Aangezien de voorgenoemde acties om de aanvullende seksuele gezondheidszorg te verbeteren pas op de langere termijn effect hebben, willen we op korte termijn de CSG's helpen in deze ingewikkelde afwegingen, met behoud van de mogelijkheid maatwerk te leveren. Enige uniformiteit is voor de monitoring en surveillance wel van belang. Het RIVM zal – in afstemming met VWS – uitwerken wat hiervoor nodig is. Dit zal in de loop van komend jaar klaar zijn.

²⁷ Dit vraagt dus om inzet op seksuele gezondheid binnen de collectieve preventie en curatieve zorg.

c2. Zorgverlening ontregelt en ontschot

Drempels verminderen

We signaleren dat de soa- en hiv-zorgverlening door drempels niet altijd efficiënt kan plaatsvinden. Zo worden problemen ervaren in het doorverwijzen vanuit de CSG's. In sommige gevallen dient een patiënt vanuit de CSG's te worden doorverwezen naar tweedelijnszorg, bijvoorbeeld naar hiv-behandelaren bij een hiv-infectie; naar dermatologen bij ingewikkelde soa's of een probleem dat geen soa, maar dermatologisch blijkt; naar een gynaecoloog of een seksuoloog. Het blijkt dat de tweedelijnszorg niet altijd verwijzingen vanuit artsen verbonden aan de CSG's accepteert, waardoor een verwijzing nodig is van de huisarts. Dit is niet efficiënt en zorgt voor extra zorgbelasting. Ook ervaart de tweedelijnszorg knelpunten in benodigde soa-screening, omdat dit asymptomatische soa-screening betreft en bijvoorbeeld geen onderdeel uitmaakt van bestaande Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). We zullen met de artsen van de CGS's, huisartsen, zorgverzekeraars en tweedelijnszorg in gesprek gaan om te verkennen hoe we deze drempels kunnen verminderen, in ieder geval ten aanzien van de knelpunten bij doorverwijzing en bij asymptomatische soa-screening.

Nieuwe samenwerkingen voor ontschotte zorgverlening

Als patiënten niet naar een huisarts willen of kunnen en ook niet bij een CSG terecht kunnen (omdat zij niet vallen onder de risicogroepen of er geen plaats is), zijn er alternatieve manieren van zorg zoals (online) soa-testen via private soa-zorgaanbieders. Deze private partijen vallen buiten het zorgverzekeringsstelsel. Patiënten betalen deze zorg dus zelf. De kosten kunnen een drempel zijn voor patiënten om de juiste zorg te ontvangen. Tegelijkertijd kunnen zorgverzekeraars wel voordeel behalen uit tijdige soa-diagnostiek. We moedigen samenwerkingsinitiatieven met zorgverzekeraars daarom aan. Daarbij zullen we bekijken op welke manier succesvolle initiatieven kunnen worden ondersteund in de inbedding in onze seksuele gezondheidszorg.

Interessant voorbeeld: Project Zinnige infectiezorg

Dit project van het LUMC en CZ, met financiering door ZonMw, beoogt de zorgkosten voor de patiënt te verlagen, de tijd tot behandeling aanzienlijk te verkorten en de toegang tot zorg te vergroten. Het zorgtraject omvat een online eHealth consult, met een advies op welke SOA's getest moet worden. De patiënt selecteert zelf de testen. Een standaard soa-pakket met behandeling kost €25,-, dit bedrag stijgt als de patiënt meer testen selecteert of nodig heeft. De zorgverzekeraar draagt een integrale zorgprestatie bij van €25,00 bij, zonder aanspraak te maken op het eigen risico van de patiënt. De patiënt hoeft na de online vragenlijst één bezoek te brengen, waarbinnen de diagnostiek, counseling, eventuele behandeling of doorverwijzing plaatsvindt. Het project ontlast de huisartsenzorg en biedt het CSG de optie om patiënten die buiten de ASG-risicogroepen vallen of waarvoor op dat moment geen plek is, te verwijzen naar betaalbare, kwalitatieve en verzekerde zorg.

d. Preventie, opsporing en behandeling van soa's

Goede soa-bestrijding heeft tot doel de samenleving te beschermen tegen deze infectieziekten en ziektelast te verlagen. Doordat met opsporing en behandeling transmissieketens worden doorbroken, is soa-bestrijding ook preventie.

d1. Goede voorbereiding en samenwerking bij infectieziektebestrijding

Een soa is een infectieziekte. Ook infectieziekten die niet primair seksueel overdraag zijn kunnen hun weerslag hebben op de soa-bestrijding. In het kader van de pandemische paraatheid werkt VWS aan het versterken van GGD'en in hun taak in de bestrijding van infectieziekten. Soa-bestrijding wordt hierin meegenomen. Zo wordt momenteel onderzocht in hoeverre de basis van GGD'en in de infectieziektebestrijding op orde is, wat er nog nodig is en wat we kunnen leren van de covid-19 pandemie. Het vraagt ook wat van de GGD'en zelf. De CSG's en de afdelingen infectieziektebestrijding zullen moeten samenwerken en afspraken moeten maken over de financiering van de inzet op infectieziekten. Ook als dit plaatsvindt tijdens ASG-werkzaamheden binnen de CSG's.

De noodzaak hiertoe zien we momenteel bij de bestrijding van monkeypox. Deze infectieziekte is ook seksueel overdraagbaar en kan in symptomen lijken op andere soa's of huidaandoeningen. Zo vindt bij verdenkingen op andere soa daarom ook geregeld diagnostiek en consultatie van monkeypox plaats. Dit legt druk op de capaciteit in tijd (consulten worden langer), het beschikbaar hebben van een geïsoleerde fysieke ruimte en scholing van het personeel. Aangezien het geen soa als bedoeld in de ASG betreft, vindt vanuit deze regeling geen financiering plaats. Dit toont het belang van goede voorbereiding op toekomstige infectieziekte-uitbraken die – hoewel ze geen soa zijn – impact hebben op de soa-zorg door de CSG's.

d2. Effectief en efficiënt test- en behandelbeleid

Om de soa-bestrijding betaalbaar te houden, is het noodzakelijk bewuste keuzes te maken in een het test- en behandelbeleid gebaseerd op de nieuwste wetenschappelijke inzichten. Ter discussie staat bijvoorbeeld of veel testen leidt tot minder infecties bij chlamydia. Behandeling is ook niet altijd nodig bij bepaalde infecties die het lichaam vanzelf oplost. Bovendien kan overbehandeling de ontwikkeling van antibioticaresistentie versnellen. We roepen de betrokken partijen (RIVM, CSG's, zorgverzekeraars, huisartsen en private partijen) op om hier in gezamenlijkheid afspraken over te maken. Testen en behandeling is uiteraard wel altijd gewenst bij klachten en bij bepaalde soa's zoals syfilis, hiv en hepatitis.

e. Preventie, opsporing en behandeling van hiv

Het aantal nieuwe hiv-diagnoses daalt. De Nederlandse streefdoelen²⁸ (95% van de mensen met hiv hun status kent, 95% van hen met behandeling is gestart en 95% van die groep een onderdrukt virus heeft) zijn met de huidige voorzieningen nagenoeg bereikt. Bij MSM – de grootste groep waarbinnen nieuwe hiv-diagnoses plaatsvinden – is dit doel met 96%-96%-96% al gerealiseerd.²⁹ Nederland is een van de weinige landen waarbinnen het mogelijk is om toe te werken naar nagenoeg nul nieuwe hiv-besmettingen per jaar. Het kabinet zal zijn bijdrage daaraan blijven leveren. Dit doen we via de ASG-regeling en door subsidie te verstrekken aan Aidsfonds – Soa-Aids Nederland, Stichting HIV monitoring, de Hiv Vereniging Nederland en Rutgers. Tevens loopt de PrEP-pilot waarbij hiv-remmers, Pre Expositie Profylaxe (PrEP) aan de hoog-risicogroep van MSM, wordt verstrekt.

²⁸ Overgenomen van UNAIDS, te raadplegen via https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf

²⁹ Stichting hiv-monitoring. (2021). *Hiv monitoring report 2021*. Te raadplegen via https://www.hiv-monitoring.nl/application/files/9716/3765/2300/HIV_Monitoring_Report_2021.pdf.

Het terugdringen van de nu ongeveer 400 (aantal is dalend) nieuwe jaarlijkse besmettingen vraagt om gerichte inzet, omdat juist deze groep het lastigst te bereiken is. Dit vraagt om inzet op preventie, vroeg en laagdrempelig testen en gerichte inzet om groepen in kwetsbare posities, zoals nieuwkomers te bereiken.

De kennis over en behandel mogelijkheden rondom hiv zijn de afgelopen jaren sterk verbeterd. Ook met hiv kan je net zo oud worden als zonder hiv. Wanneer het hiv-virus goed is onderdrukt, is deze niet langer overdraagbaar. Dit gegeven is niet overal bekend. Er zijn signalen dat dit ook onder zorgverleners die met (potentiële) hiv-patiënten in aanraking komen, niet bekend is. Dit kan impact hebben op de behandeling en bejegening van patiënten. Dit komt mede doordat hiv tegenwoordig – gelukkig – minder vaak voorkomt, waardoor zorgverleners en de bredere samenleving minder kennis over deze infectie hebben.

e1. Hiv-preventie door Pre Expositie Profylaxe (PrEP)

Het vorige kabinet besloot tot een vijfjarige pilot (medio 2019 – medio 2024) waarin het preventief gebruik van PrEP wordt vergoed voor de hoogrisicogroep, met inmiddels een maximum aantal deelnemers van 8.500. Dit naar aanleiding van het advies van de Gezondheidsraad in 2018.³⁰ De pilot is momenteel nagenoeg vol. In de meest recente cijfers van eind augustus namen zo'n 8.438 deelnemers deel aan de pilot en stonden er zo'n 2.665 wachtenden op de wachtlijst, deze aantallen stijgen.

Op 06 september jl. liet ik, de Minister van VWS, u al weten dat er geen financiële middelen beschikbaar zijn om het aantal deelnemers te verhogen.³¹ Ik wil daarbij ook benadrukken dat het ophogen van het aantal deelnemers op capaciteitsproblemen bij de GGD'en zal stuiten, wat ten koste kan gaan van de ASG-zorg door de CSG's.

Wel heb ik verkend of samenwerking met huisartsen kan bijdragen aan het includeren van deelnemers, maar dit lijkt binnen de termijn van de pilot weinig bij te dragen. Het standpunt van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) is dat PrEP-zorg geen basis huisartsenzorg betreft, aangezien het slechts incidenteel zal voorkomen in een groot aantal praktijken en het verlenen van Prep zorg specifieke kennis en een logistieke organisatie van zorg vergt die niet gebruikelijk is in de huisartsenpraktijk³². Deskundige huisartsen die kennis hebben genomen van de betreffende richtlijnen én hun organisatie hier op goed hebben uitgerust, kunnen wel PrEP-zorg bieden. Huisartsen die dit willen, kunnen de richtlijnen tot zich nemen en eventueel gebruik maken van beschikbare nascholing³³, er is volgens de LHV en NHG geen behoefte aan nadere nascholingsmateriaal. Als een huisarts kiest om PrEP-zorg te bieden, is het aan te raden dit in samenspraak met de lokale GGD te doen voor een goede aansluiting. Er zijn in het land diverse huisartsen die PrEP-zorg bieden, waarbij de samenwerking met lokale GGD'en goed verloopt. Deze zorg is voor deze patiënten niet kosteloos: de kosten voor diagnostiek

³⁰ Gezondheidsraad. (2018). *Preventief gebruik van hiv-remmers*. Te raadplegen via <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2018/03/27/preventief-gebruik-van-hiv-remmers>.

³¹ Kamerstuk 29 477, nr. 785

³² PrEP-zorg vereist actieve en regelmatige monitoring van de patiënt op het gebied van onder andere therapietrouw en medische controles. Dit vraagt om een proactief volgsysteem bij een patiënt zonder (semi)spoed. Daarmee heeft het impact op de logistieke organisatie van de huisartsenpraktijk.

³³ Zoals de *Toolkit Opstarten en begeleiden Pre-Expositie Profylaxe (PrEP) bij de huisarts van de Seks HAG*: <https://sekshag.org/toolkit-opstarten-en-begeleiden-pre-expositie-profylaxe-prep-bij-de-huisarts/>.

worden betaald vanuit het eigen risico indien deze niet is opgebruikt, de kosten voor de medicatie betaalt de patiënt tot op heden zelf.

De tussenevaluatie die loopt tot eind oktober zal ik zoals toegezegd met uw Kamer delen, ook stuur ik u mijn reactie. Indien nodig zal eind 2023 een korte eindevaluatie plaatsvinden. Wat we willen voorkomen is dat er – bij een positief advies voor continuering van de PrEP-voorzieningen uit de tussenevaluatie – na afloop van de pilot een gat in de PrEP-zorg zal ontstaan. Daarom zullen we al op basis van de tussenevaluatie van de PrEP-pilot uitwerken hoe PrEP-zorg straks al dan niet bestendig kan worden en wie daarin welke rol heeft. Daarbij zullen we in ieder geval aandacht hebben voor de toegankelijkheid van de PrEP-zorg en zoeken naar een oplossing die aansluit bij de (financiële) draagkracht van potentiële PrEP-gebruikers.

e2. Laagdrempelige hiv-testen

Het is belangrijk de drempel om je op hiv te laten testen zo laag mogelijk te houden. Het aanbod bij de CSG's draagt hier aan bij, waar hiv-diagnostiek gratis en anoniem kan plaatsvinden voor de doelgroepen. Ook betrouwbare sneltesten of zelftesten kunnen de drempel verlagen. Waar nodig kunnen het RIVM of expertisecentra zoals Aidsfonds – Soa Aids Nederland ondersteunen met kennis wat het beste drempelverlagend werkt voor specifieke moeilijk te bereiken groepen.

e3. Specifieke aandacht voor moeilijk bereikbare groepen

Bepaalde individuen kunnen in extra kwetsbare posities verkeren voor hiv, moeilijker hun weg naar zorg vinden of moeilijker te bereiken zijn, zoals asielzoekers uit endemische landen, personen die niet onder een van de risicogroepen uit de ASG-regeling vallen maar wel risicovol gedrag vertonen of mensen in extra kwetsbare posities door factoren als armoede. Het bereiken van deze personen vraagt om specifieke inzet en alertheid van zorg- en hulpverleners. De door VWS gesubsidieerde instellingen spannen zich hiervoor in.

f. Seksuele gezondheid op Bonaire, Saba en Sint Eustatius (BES-eilanden)

In Caribisch Nederland is het nodig om de aanpak ter bevordering en bescherming van seksuele gezondheid verder te ontwikkelen. Er is beperkt zicht op de problematiek vanwege soms ontbrekende cijfers. Ook is er nog beperkt aandacht voor personen in kwetsbare posities en zijn er signalen dat onbedoelde zwangerschappen nog vaak voorkomen. De Nederlandse voorzieningen zoals de ASG-regeling zijn niet beschikbaar op de BES en er zijn beperkt vergelijkbare voorzieningen. Daarom zet VWS samen met de bijzondere gemeenten in op verbetering van de seksuele gezondheid op de BES. Met financiële steun van VWS zal Aidsfonds – Soa Aids Nederland in samenwerking met de lokale overheden een Caribische variant ontwikkelen van de voorlichtingswebsite www.sense.info. Dit traject start op Saba. Verder werken de bijzondere gemeenten samen met lokale partners om de toeleiding naar soa-diagnostiek te verbeteren en de afname te vergroten. Met het RIVM, Aidsfonds – Soa Aids Nederland en Rutgers verkennen we daarnaast de mogelijkheden om seksuele gezondheid beter in kaart te brengen.

Tot slot

Met de hier gepresenteerde inzet committeert dit kabinet zich aan een meer positieve benadering van seksuele gezondheid: seksuele gezondheid is een belangrijk onderdeel van iemands fysieke en mentale gezondheid

en welzijn. Seksuele gezondheid verdient actieve bevordering en bescherming door een betrokken overheid en maatschappelijke partners. We sluiten daarom af door onze waardering uit te spreken voor onze maatschappelijke partners die zich hardmaken voor een positieve benadering van seksuele gezondheid.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. van Ooijen