

Opdrachtbeschrijving Toekomstverkenning ASG

30 januari 2023

Aanleiding

De Aanvullende regeling Seksuele Gezondheid (ASG-regeling) is bedoeld als vangnet voor soa-zorg bij risicogroepen en seksualiteitshulpverlening bij jongeren. De ASG-regeling wordt uitgevoerd door de Centra voor Seksuele Gezondheid (CSG's) van de GGD'en. De zorg uit de ASG-regeling is bedoeld als aanvulling op de curatieve zorg en collectieve preventietaken van gemeenten¹ op het gebied van seksuele gezondheid. Binnen dit vangnet krijgen risicogroepen op soa-transmissie laagdrempelig (gratis en eventueel anoniem) soa-zorg en is er de mogelijkheid voor jongeren onder de 25 jaar voor (kortdurende) seksualiteitshulpverlening (oftewel zogenoemde sense-consulten). Doorverwijzing naar de reguliere zorg bij langdurige behandeling moet daarbij geborgd zijn.

Sinds de inwerkingtreding van de ASG-regeling in 2012 zijn er verschillende ontwikkelingen die invloed hebben (gehad) op de ASG-regeling. Deze ontwikkelingen hebben geleid tot de vraag in hoeverre het oorspronkelijke doel van de ASG-regeling – het doorbreken van transmissie en soa bij risicogroepen en het detecteren en bespreken van seksualiteitshulpvragen bij jongeren – nog kan worden gehandhaafd. Door relevante betrokkenen worden de volgende ontwikkelingen benoemd die invloed hebben (gehad) op de ASG-regeling:

- Huisartsen lijken geneigd te zijn (vanwege een toegenomen werkdruk) om risicogroepen per definitie door te verwijzen naar de GGD'en in plaats van zelf deze seksualiteitsvraagstukken op te pakken.
- Er zijn signalen dat gemeenten niet bewust zijn van of zich verantwoordelijk voelen voor hun rol op het gebied van seksualiteitshulpverlening. Seksuele gezondheid wordt dan ook vaak niet vanuit de collectieve preventietaken van gemeenten opgepakt. De CSG's springen in op dit ontstane gat.
- Er zijn signalen dat zorgverleners buiten de CSG's niet altijd over voldoende kennis beschikken, wat impact kan hebben op de behandeling of bejegening van personen. Deze personen lijken eerder geneigd te zijn naar de CSG's te gaan voor soa-zorg of seksualiteitshulpverlening.
- De financiële drempels voor soa-zorg bij de eerstelijnszorg zijn gegroeid met het over de jaren heen toegenomen eigen risico voor verzekerde zorg voor personen. Daarmee zijn de verschillen van gratis zorg voor hoog risicogroepen via de CSG's en zorg via de eerstelijnszorg toegenomen. Personen ervaren hierdoor een drempel om bij de huisarts aan te kloppen voor soa-zorg of seksualiteitshulpverlening.
- Er zijn signalen dat de bekendheid binnen risicogroepen over de geleverde soa-zorg en seksualiteitshulpverlening – gecombineerd met de lage kosten, kwalitatief goede zorg en de anonimiteit van de geleverde zorg – leidt tot meer vraag naar de diensten van de CSG's.
- De CSG's kampen – net zoals andere onderdelen binnen de gezondheidszorg – met een personeelstekort.
- De huidige financiële verdeelsleutel samen met het financiële plafond van de regeling zijn sinds de invoering van de regeling niet significant gewijzigd. Dit maakt dat zorg bij de CSG's in verschillende mate onder druk komt te staan.
- Het online aanbod voor soa-testen neemt toe. Dit biedt personen de gewenste anonimiteit, maar brengt ook kosten met zich mee. Om hen enigszins te helpen een juiste keuze tussen betrouwbare aanbieders te kunnen maken, is er advies.chat² die ook als doorverwijsmogelijkheid door CSG's wordt gebruikt.

Deze ontwikkelingen leiden tot de volgende problemen bij de uitvoering van de ASG-regeling door de CSG's:

- Niet alle binnen de regeling genoemde risicogroepen kunnen altijd en tijdig gezien worden door de CSG's; met name personen in kwetsbare posities zijn ondervertegenwoordigd (zoals personen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) en personen uit soa en hiv endemische gebieden). Hoog risicogroepen die niet door de CSG's gezien kunnen worden,

¹ In het belang van de publieke gezondheid kent Nederland een jarenlange traditie in het actief informeren van mensen over positieve seksualiteit en het belang van veilig vrijen. Het bestrijden van seksueel overdraagbare aandoeningen, inclusief de bron- en contactopsporing van soa's, is onderdeel van de infectieziektebestrijding, zoals is vastgelegd in artikel 6, lid 1, sub b, van de Wet publieke gezondheid (hierna: Wpg). Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wpg. Daarmee dragen zij ook zorg voor de bestrijding en preventie van soa's.

² Advies.chat wordt door SOA Aids Nederland gehost en is in samenwerking met het veld ontwikkeld.

worden doorverwezen naar de reguliere (huisartsen)zorg. Wanneer zo'n doorverwijzing niet wordt opgevolgd, dreigt verdere transmissie van soa en hiv.

- De CSG's kunnen minder outreachend³ te werk gaan; waardoor juist meer kwetsbare personen minder kans op goede zorg en informatie hebben. Dit leidt tot meer gezondheidsverschillen. Outreach activiteiten vragen om meer tijd en inspanning en resulteren niet per se in meer consulten of een hoog vindpercentage.

Ondanks deze ontwikkelingen en problemen op het gebied van de uitvoering die de CSG's ervaren, hebben zij zich in de loop der jaren ontwikkeld tot expertisecentra. Hierbij staat samenwerking in de uitvoering binnen de GGD en met externe partners centraal. Zorgprofessionals binnen de CSG's worden specifiek opgeleid op het gebied van soa-bestrijding en seksualiteitshulpverlening, hebben de beschikking over het draaiboek 'het soa-consult', de LCI richtlijnen infectieziekten en het kwaliteitsprofiel behorende bij de ASG-regeling. De bestaande expertise heeft geleid tot betrokkenheid bij de uitvoering van keuzehulpgesprekken rond abortus in samenwerking met Fiom, samenwerking met gemeenten bij de projecten rond 'nu niet zwanger', de uitvoering van de PrEP-regeling en recentelijk betrokkenheid bij selectie van risicogroepen voor mpox en uitvoering van de mpox vaccinatiecampagne. Daarnaast is een hechte samenwerking met huisartsen cruciaal. Huisartsen stellen nog steeds ruim 70% van de soa-diagnoses.

Het Nederlandse zorgstelsel profiteert van de ASG, aangezien vroegtijdige opsporing van soa of seksuele problemen bijdraagt aan het voorkomen van zorgkosten. De hierboven beschreven ontwikkelingen en problemen vragen om een breder gesprek over de rol van de ASG binnen dit zorgstelsel, waaronder de betrokkenheid van zorgverzekeraars en andere zorgprofessionals.

Vragen aan onderzoekers

Het doel van deze toekomstverkenning is om de positionering van de ASG-regeling ten opzichte van de collectieve preventie, de algemene infectieziektebestrijding en de reguliere zorg te bezien en om eerdergenoemde ontwikkelingen en problemen te adresseren. Daarbij moet gekeken worden naar in hoeverre de ASG-regeling nog voldoende passend is bij de uitdagingen van deze tijd en de toekomst, met bijzondere aandacht voor het aanvullende karakter van de regeling op de collectieve preventie en curatieve zorg. Tevens moet in de verkenning worden gekeken welke aanpassingen van de ASG-regeling nodig zijn, indien blijkt dat de huidige ASG-regeling niet langer bij dit doel aansluit. Het uiteindelijke doel is een zo optimaal mogelijk functionerend zorgstelsel voor seksuele gezondheid. We willen dat het bureau onderzoek doet naar de positie van de ASG-regeling binnen het zorgstelsel en daarvoor relevante betrokkenen aanhaakt. De toekomstverkenning moet antwoord geven op de volgende vragen:

Vragen over de huidige situatie

1. Hoe ziet het huidige stelsel van seksuele gezondheidszorg eruit? Op welke manieren krijgen burgers toegang tot seksuele gezondheidszorg?
2. Welke taken en verantwoordelijkheden hebben de verschillende betrokkenen (GGD'en, huisartsen (eerstelijnszorg), medisch specialisten (tweedelijnszorg) en private partijen) ten aanzien van de soa-zorg en seksualiteitshulpverlening? Hoe ervaren deze betrokkenen deze taken en verantwoordelijkheden?
3. Hoe is de huidige positionering van de ASG-regeling binnen de overige taken van de GGD op het gebied van infectieziektebestrijding en collectieve preventie?
4. Welke juridische kaders en financiële stromen zijn er binnen de seksuele gezondheidszorg? En hoe verhoudt de ASG-regeling zich tot deze andere kaders en stromen?
5. Hoe ervaren burgers (en/of specifieke doelgroepen⁴) het zorgstelsel voor seksuele gezondheid en specifiek de ASG-regeling?
6. Wordt het doel van de ASG-regeling met de huidige inzet behaald? Waarom wel/niet?
7. Welke meerwaarde heeft de ASG-regeling ten opzichte van andere domeinen binnen het zorgstelsel voor seksuele gezondheid?

Vragen over de gewenste situatie

³ Dit zijn extra activiteiten die de CSG's doen om risicogroepen die de CSG's niet bereiken via reguliere consulten alsnog te bereiken.

⁴ Het gaat om mannen die seks hebben met mannen (MSM), personen die via bron- en contactopsporing gewaarschuwd zijn voor een soa, personen met klachten die wijzen op een soa, personen die slachtoffer zijn van seksueel geweld, personen jonger dan 25 jaar, personen uit een soa-endemisch gebied (Suriname, Nederlandse Antillen, Turkije, Marokko, Afrika, Zuid-Amerika, Azië en Oost-Europa), personen met een partner uit de doelgroep MSM of soa-endemisch gebied, en sekswerkers (in de laatste 6 maanden).

1. Welke knelpunten zijn er binnen het stelsel van seksuele gezondheidszorg, en specifiek voor de ASG-regeling? *NB: de verkenning moet onderbouwing opleveren voor eerdergenoemde knelpunten in aanleiding cq. beleidsvisie seksuele gezondheid (d.d. 5 oktober 2022).*
2. Hoe werken deze knelpunten door naar de ASG-regeling? *VB: wat voor invloed heeft de capaciteit en kennis bij huisartsen op de ASG-regeling? Wat voor invloed heeft de rol die de gemeenten spelen in het kader van de collectieve preventie/soa-zorg op de ASG-regeling? Wat voor invloed heeft het personeelstekort in de bredere gezondheidszorg (specifiek de hoge werkdruk bij huisarts) op de uitvoering van de ASG-regeling?*
3. Welke financiële knelpunten worden op dit moment ervaren door de CSG's, en specifiek ten aanzien van de huidige verdeelsleutel? Zijn de huidige beschikbare middelen toereikend voor de huidige taken van de CSG's? Waarom wel/niet?
4. Welke knelpunten ervaren betrokkenen en burgers? Hoe werken deze knelpunten door naar de ASG-regeling?
5. Welke concrete oplossingen zijn er om de geïdentificeerde knelpunten ten aanzien van de ASG-regeling te kunnen oplossen?
6. Wat betekenen deze mogelijke oplossingen op organisatorisch, financieel en juridisch gebied voor de ASG-regeling, en breder voor het stelsel van seksuele gezondheidszorg? *VB: hoe kan er worden gekomen tot een meer eerlijke en objectieve verdeling van de huidige middelen voor de CSG's? Zouden CSG's een eigen bijdrage kunnen vragen voor soa-zorg en seksualiteitshulpverlening aan burgers?*

Gewenste resultaat van opdracht

1. Een rapport met daarin (1) analyse van huidige situatie ten aanzien van de seksuele gezondheidszorg, (2) (een overzicht van de) huidige knelpunten binnen het gehele zorgstelsel voor seksuele gezondheid, binnen de ASG-regeling zelf, en hoe deze doorwerken naar de ASG-regeling, (3) oplossingen en concrete handvatten om die knelpunten te kunnen oplossen en (4) een samenhangend advies van hoe de knelpunten kunnen worden opgelost.

Vervolg na opdracht: de uitkomsten van het adviesrapport zullen gebruikt worden om de ASG-regeling te optimaliseren.

Aandachtspunten bij opdracht

Na een toename van het aantal soa-diagnoses en met een toenemende behoefte aan een meer uniforme organisatie en landelijk dekkend netwerk voor laagdrempelige, anonieme toegang tot testen voor personen met het hoogste risico op soa, is in 2006 de regeling Aanvullende Curatieve Soa-bestrijding (ACS) tot stand gebracht.⁵ Per 1 januari 2012 is deze regeling geïntegreerd met de regeling voor Aanvullende Seksualiteitshulpverlening (ASH) en is de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg ontstaan (hierna: ASG-regeling). Deze regelingen zijn in 2008, 2010 en 2013 geëvalueerd.⁶ In 2018 is de ASG-regeling opnieuw geëvalueerd.⁷ In 2020 is de subsidieregeling publieke gezondheid geëvalueerd, de bepalingen over seksuele gezondheid vielen echter buiten de scope van deze opdracht.⁸ Ook zijn er relevante ontwikkelingen in het kader van de versterking van de infectieziektebestrijding door de GGD'en die mogelijk relevant zijn voor de toekomst van de ASG-regeling.⁹

- ➔ Aandachtspunt 1: bouw voort op eerdere onderzoeken/evaluaties van de ASG-regeling en/of recente onderzoeken die uitgevoerd zijn in het kader van de publieke gezondheidszorg, infectieziektebestrijding of seksuele gezondheidszorg. Bekijk de opdracht dan ook in het kader van deze bredere ontwikkelingen die mogelijk invloed hebben op de soa-zorg door de GGD'en/CSG's.

⁵ RIVM (2008). Evaluatie regeling Aanvullende Curatieve Soa-bestrijding.

⁶ RIVM (2008). Evaluatie regeling Aanvullende Curatieve Soa-bestrijding. RIVM (2010). Interim evaluatie Regeling aanvullend Seksuele Hulpverlening. Andersson Elffers Felix (2013). Evaluatie Subsidieregeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg 2012 (ASG).

⁷ Significant (2018). Evaluatie ASG-regeling. Te raadplegen via <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-840839.pdf>.

⁸ Ecorys (2020). Evaluatie Subsidieregeling Publieke Gezondheid. Te raadplegen via: <https://open.overheid.nl/repository/ronl-6e988f97-d86f-4cc3-9c45-3fe5305420be/1/pdf/1000813-evaluatie-subsidieregeling-publieke-gezondheid.pdf>.

⁹ Bijvoorbeeld: Verwey-Jonker (2021). Versterking van de publieke gezondheid. Te raadplegen via: https://www.verwey-jonker.nl/wp-content/uploads/2021/06/321080_Versterking_van_de_publieke_gezondheid_WEB.pdf.

- ➔ Aandachtspunt 2: betrek relevante stakeholders en brancheorganisaties bij de verkenning om feitelijke onjuistheden te voorkomen en draagvlak te creëren. Dit kan bijvoorbeeld in een klankbordgroep. Relevante stakeholders voor de verkenning zijn ieder geval: de coördinerende en uitvoerende GGD'en, het RIVM, VWS, VNG, gemeenten, huisartsen, LHV/NHG, SeksHAG en private partijen. Voor het burgerperspectief kan overwogen worden om organisaties als Soa Aids Nederland en Rutgers mee te nemen.