

Vergaderjaar 2009–2010

32 239

Seksuele gezondheid

Nr. 1

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 november 2009

1. INLEIDING

In de afgelopen jaren heeft u verschillende brieven van de bewindspersonen van VWS ontvangen over seksuele gezondheid. Deze gingen onder meer over de aanpak van soa en hiv, over campagnes, over seksualiteitspreekuren en over slachtoffers van seksueel geweld.

Vandaag ontvangt u van mij – op onderdelen mede namens de minister van VWS – een beleidsbrief waarin de verschillende aspecten van het onderwerp seksuele gezondheid in samenhang aan de orde komen. Hierbij kunt u denken aan het aangaan van relaties, seksuele vorming, anticonceptie, soa en hiv, onbedoelde zwangerschap en seksueel geweld. Het onderwerp seksuele gezondheid is zo breed dat zowel de minister van VWS als ikzelf hiervoor verantwoordelijkheden hebben. Die van de minister liggen op het terrein van infectieziekten (in het bijzonder soa en hiv) en curatieve zorg. Die van mij liggen onder andere op het terrein van seksuele voorlichting en vorming, het voorkomen van ongewenste zwangerschap, abortuswetgeving, voorkomen van seksuele dwang en bescherming (dossier loverboys en vrouwelijke genitale verminking bijvoorbeeld).

De verschillende deelaspecten van seksuele gezondheid behandel ik in deze brief geïntegreerd. Ik zet de gewenste koers voor de komende jaren uiteen. Hiermee schep ik duidelijkheid voor alle partijen die zich bezighouden met dit onderwerp. Dit sluit goed aan bij de wens van het veld van de seksuele gezondheid¹, dat heeft aangegeven behoefte te hebben aan een samenhangende visie op het gebied van seksuele gezondheid waar alle partijen in het veld zich aan kunnen binden. Internationaal ligt er bovendien een verplichting om op het gebied van hiv een integraal plan te hebben. Gelet op het feit dat soa/hiv in Nederland – en ook daarbuiten – steeds meer wordt behandeld als één van de deelgebieden van het bredere begrip seksuele gezondheid, kies ik ervoor met

¹ Denk hierbij aan deskundigen vertegenwoordigd uit de infectieziektebestrijding, soa aids beleid, seksuele gezondheidsbevordering, hiv behandeling, seksuologie, soa poliklinieken, soa verpleegkundigen, dermatovenerologie, huisartsgeneeskunde, de ondersteuning van mensen met hiv, en uit de preventie gericht op mannen die seks hebben met mannen, etnische minderheden en druggebruikers.

Onder het begrip seksuele gezondheid versta ik datgene wat de World Health Organization (WHO) als de definitie van seksuele gezondheid heeft geformuleerd:

Seksuele gezondheid is een staat van fysiek, emotioneel en mentaal welbevinden met betrekking tot seksualiteit. Het is meer dan de afwezigheid van ziekte, disfunctie of gebrek. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties. Bovendien vereist seksuele gezondheid de mogelijkheid om prettige en veilige seksuele ervaringen op te doen, vrij van dwang, discriminatie en geweld. Om tot seksuele gezondheid te komen en te handhaven moeten de seksuele rechten van alle mensen worden gerespecteerd en waargemaakt.

een breder integraal plan voor seksuele gezondheid te voldoen aan deze internationale verplichting.

Het kabinet beseft dat opvattingen over seksualiteit en relaties behoren tot het privédoel van de eigen verantwoordelijkheid van volwassenen en de opvoeding van hun kinderen. De overheid begeeft zich dus niet in de slaapkamer. Maar dat neemt de noodzaak om toch beleid te voeren rond seksuele gezondheid niet weg. Het dient een breed maatschappelijk en volksgezondheidsbelang.

De afgelopen jaren heb ik al veel geïnvesteerd in seksuele gezondheid. Om de huidige problemen tegen te gaan en de seksuele gezondheid van Nederlanders te bevorderen moeten we koesteren wat we hebben en beleid intensiveren waar dat nodig is.

Als we naar de feiten kijken, dan kunnen we constateren dat het met een groot deel van de Nederlanders goed gaat als het gaat om hun seksuele gezondheid en de zorg die we daarvoor in ons land hebben geregeld;

- Nederland kent een zeer laag abortuscijfer, de cijfers zijn al jaren hetzelfde en de aantallen onder tieners zijn afgenomen;
- meisjes en vrouwen die ongewenst zwanger zijn, kunnen rekenen op goede begeleiding bij hun keuze al dan niet abortus te laten plegen, en er zijn goede alternatieven voor abortus. Als ze tot een abortus besluiten, kunnen ze er op rekenen dat dat veilig gebeurt;
- Nederland kent een hoog anticonceptiegebruik. Geboorteregeling is in ons land goed geregeld. Als je geen kinderen (meer) wilt, dan zijn vrijwel alle goede en betrouwbare anticonceptiemethoden beschikbaar en goed toegankelijk;¹
- de zorg voor mensen met hiv is in ons land adequaat geregeld.

Maar we zijn er nog niet. Het aantal door de soa-centra opgespoorde en behandelde soa onder hoogrisicogroepen bijvoorbeeld, is in 2008 opnieuw toegenomen.² De cijfers rond seksuele dwang zijn zorgwekkend: achttien procent van de meisjes en vier procent van de jongens is wel eens gedwongen tot seks.³ Er zijn nog steeds veel jongeren bij wie het ontbreekt aan voldoende feitelijke kennis over seksualiteit, maar ook aan kennis over de meer relationele aspecten; liefde, intimiteit en relaties, en de plaats die seksualiteit daarin heeft. Nieuwe Nederlanders ondervinden meer problemen op het gebied van seksuele gezondheid dan autochtone Nederlanders. Denk ook aan de problemen rond loverboys, meisjesbesnijdenis, beperkingen in vrije partnerkeuze of bijvoorbeeld gevolgen van gearrangeerde huwelijken voor seksualiteit en geweld tegen homo's. Dit rechtvaardigt stevig beleid. De overheid beperkt zich hierbij tot het scheppen van randvoorwaarden – zoals het beschikbaar stellen van zorg en het ontwikkelen van wet- en regelgeving. En daar waar problemen zich voordoen onder groepen met een verhoogd risico, zal de overheid zich inzetten deze te voorkomen en terug te dringen.

Mijn doelstelling is de seksuele gezondheid van Nederlanders te bevorderen en te behouden. Door het mogelijk te maken dat alle Nederlanders in de jaren dat ze opgroeien de beschikking krijgen over voldoende feitelijke kennis over seksualiteit en seksuele en relationele vorming. Op die manier leren ze later in hun leven bewust om te gaan met seksualiteit, relaties en liefde en is er voldoende basis voor veilige en vrijwillige seksualiteit waar mensen van kunnen genieten. Problemen als soa's, ongewenste zwangerschap en seksuele dwang moeten worden voorkomen. Ook bevorder ik dat mensen bij hulpverleners terecht kunnen wanneer ze vragen hebben of problemen ervaren op het gebied van seksuele gezondheid. Tot slot zet de overheid zich ervoor in dat plegers van strafbare feiten op het gebied van seksualiteit – zoals seksueel geweld, meisjesbes-

¹ Rapport Seksuele gezondheid in Nederland 2009, Rutgers Nisso Groep, 2009.

² *Sexually transmitted infections including HIV, in the Netherlands in 2008*, RIVM, 2009.

³ Rapport Seks onder je 25e, Rutgers Nisso Groep en Soa Aids Nederland, 2005.

snijdenis of loverboys – worden bestraft en dat slachtoffers worden beschermd.

De overheid dient randvoorwaarden te creëren om dit te bewerkstelligen en moet extra inspanningen verrichten wanneer de problematiek daar om vraagt.

Leeswijzer

In deze brief geef ik eerst kort weer op welke wijze ons denken over seksualiteit zich in het verleden heeft ontwikkeld, hoe de overheidsbemoeienis is veranderd en welke nationale en internationale verworvenheden tot stand zijn gekomen (hoofdstuk 2). In hoofdstuk 3 ga ik eerst in op de centrale waarden als uitgangspunt voor overheidsbeleid.¹ Dan beschrijf ik de taken van de overheid op het gebied van seksuele gezondheid en de investeringen die we plegen. In hoofdstuk 4 ga ik in op – bestaande, verergerde danwel nieuwe – problemen die ik signaleer en die extra inspanningen noodzakelijk maken. Ook geef ik daarbij aan welk beleid ik wil handhaven, wat ik ga intensiveren en welke nieuwe maatregelen ik ga treffen.

In deze brief doe ik ook de toezegging gestand uw Kamer een aantal voorbeelden te sturen van lespakketten die ik voor docenten heb laten ontwikkelen.² Ook ga ik – zoals toegezegd in de brief «*Allochtonen en seksuele gezondheid*»³ – in op de wijze waarop ik de seksuele gezondheid van nieuwe Nederlanders in de toekomst wil verbeteren.

2. CENTRALE WAARDEN: VAN VERLEDEN NAAR HEDEN

In de afgelopen 100 jaar is ons denken over seksualiteit, relaties en liefde sterk veranderd, evenals het uitgangspunt van de overheid om zich met seksualiteit bezig te houden. Handelde de overheid vroeger vanuit de opvatting dat zij wist wat goed was voor haar burgers, nu geeft de overheid mensen ruimte om zélf, en met elkaar, beslissingen te nemen. Om seksuele gezondheid en de waarden die ten grondslag liggen aan beleid goed te kunnen duiden, is het belangrijk te weten hoe ons denken over seksualiteit zich in het verleden heeft ontwikkeld en welke nationale en internationale verworvenheden tot stand zijn gekomen.

Eind 19e tot tweede helft 20e eeuw

Als het gaat om seksualiteit voerden eind 19e eeuw veelal taboes, voorschriften en geboden de boventoon. Vrouwen waren op seksueel gebied ondergeschikt aan de man. Over homoseksualiteit werd niet gesproken. In 1911 werd zedeloosheid via de wet bestreden, een voorbeeld hiervan is de criminalisering van propaganda voor anticonceptie en het tegengaan van homoseksualiteit. Gedurende de jaren kwamen er echter meer mensen die dit wilden doorbreken.

In 1881 werd de Nieuw-Malthusiaanse Bond (NMB) opgericht. De bond zette zich in voor anticonceptie, door voorlichting en scholing, maar ook met praktische hulpverlening zoals het aanbieden van anticonceptie. In 1914 leidde de forse toename van syfilis- en gonorroebesmettingen ertoe dat op particulier initiatief de Nederlandsche Vereniging tot Bestrijding der Geslachtsziekten werd opgericht. De vereniging richtte zich op voorlichting en het oprichten van consultatiebureaus. In de jaren dertig richtte de NMB consultatie-bureaus voor «Huwelijks- en geslachtsleven» op, de latere Rutgershuizen. Deze huizen boden hulpverlening op het gebied van anticonceptie en geboorteregeling. De NMB ging in 1946 over in de Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming, de NVSH, die destijds door de overheid als omstreden werd beschouwd. In 1946 werd ook de

¹ 26 mei 2009 heb ik een gastcollege over seksuele gezondheid gegeven aan de universiteit Utrecht. Daarin ben ik ook ingegaan op de centrale waarden en de taken van de overheid op het gebied van seksuele gezondheid (lezing *Overheid houdt zich verre van slaapkamerspolitiek*, staatssecretaris van VWS, Utrecht 26 mei 2009).

² Toezegging tijdens AO seksualisering, 2e termijn, 17 juni 2009.

³ PG/ZP 2859849, 2008.

voorloper van het huidige COC opgericht waarmee een begin werd gemaakt met emancipatie van homoseksualiteit.

Vanaf de jaren zestig

De seksuele revolutie van de jaren zestig en zeventig zorgde voor een trendbreuk in het denken over seksualiteit en relaties. Seksuele normen werden veel ruimer. Alles leek te mogen. Ook homoseksualiteit werd benoemd en homo-emancipatie raakte in een stroomversnelling. Een belangrijke rol in de verruiming van seksuele normen speelde de komst van de anticonceptiepil in 1962.¹ Hiermee ontstond de vrijheid om seksualiteit en voortplanting los van elkaar te zien.

In deze periode ontstond ook een nieuwe open cultuur van openbare voorlichting. Zo organiseerde de NVSH vanaf 1958 bijeenkomsten voor leraren over seksualiteit. Ook de opvattingen van de overheid veranderden. In de jaren zestig en zeventig volgde de overheid de beweging naar meer vrijheid en zelfbeschikking van het individu die zich in de samenleving voordeed. Zo hief de overheid in 1969 het verbod op openbare verstrekking van voorbehoedsmiddelen op en stelde ze dat jaar ook voor het eerst subsidie beschikbaar voor seksuele voorlichting. De discussie over legalisering van abortus kwam in deze jaren op gang, hetgeen in 1984 zou leiden tot de abortuswetgeving zoals die in hoofdlijnen nog bestaat.

Betekende de seksuele revolutie voor veel mensen een bevrijding uit traditionele sekserollen, voor anderen bracht het juist nieuwe vragen met zich mee; wat wil ik zelf precies en hoe verhouden seks, liefde en intimiteit zich tot elkaar? Weer anderen ging het allemaal veel te snel en zij hekelden de losbandigheid, het gebrek aan zelfbeheersing en het toenemend aantal echtscheidingen. De seksuele revolutie stond voor hen eerder gelijk aan een doorgeschoten vrijheid. De jaren '60 en '70 lieten ook weer nieuwe problemen zien. Denk aan een toenemend aantal geslachtsziekten en ook seksueel geweld en verkrachting binnen het huwelijk werden vaker aan de orde gesteld.²

De opkomst van aids en de ontdekking van het hiv-virus begin jaren tachtig had grote impact op seksualiteit. Enerzijds confronteerde het mensen met de negatieve kanten van (onbeschermd) seks: seks bleek niet meer iets wat je zonder risico en voorzorgsmaatregelen kon doen, je kon er zelfs dood aan gaan. Anderzijds leidde hiv/aids tot vernieuwing van bestrijdingsmethoden (medicatie) en tot hernieuwde aandacht voor voorlichting en ook het type voorlichting veranderde: veilig vrijen kreeg veel meer nadruk.

De 21e eeuw

Anno 2009 maken mensen in Nederland eigen keuzes ten aanzien van seksualiteit en relaties. Het kabinet beschouwt dit als een individueel recht van haar burgers.

De zorg met betrekking tot seksuele gezondheid is in Nederland goed geregeld, met wetgeving die zorgvuldigheidseisen omvat, zoals de Wet Afbreking Zwangerschap, de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen waarin de behandeling van hiv is ondergebracht en de Wet Publieke Gezondheid waarmee de taak voor gemeenten om zorg te dragen voor gezondheidsbevordering en de bestrijding van soa/hiv is geborgd. De rol van Nederland voor de internationale seksuele en reproductieve gezondheidsagenda is groot. Dit heeft bijgedragen aan de rechten op het gebied van seksualiteit die Nederlanders vandaag de dag hebben. Zo heeft een aantal belangrijke VN-conferenties waaraan Nederland heeft meegewerkt, geresulteerd in internationale afspraken over seksuele en reproductieve rechten.³ Hiermee is een kader vastgesteld om de seksuele en reproductieve gezondheid van iedereen te bevorderen. Niet alleen door

¹ Ook andere middelen raakten in zwang: het spiraaltje het pessarium, condooms.

² Toch werd dit laatste pas in 1991 strafbaar. Ook duurde het nog geruime tijd (tot 1984) voordat de overheid het verzet tegen seksueel geweld als politiek thema benoemde (Kabinetsnota van Hedy d'Ancona over seksueel geweld tegen vrouwen en meisjes).

³ Wenen 1993, Cairo 1994, Beijing 1995.

toegankelijke en goede voorzieningen te creëren op het terrein van geboortepanning, abortus en anticonceptie, maar ook door effectieve seksuele en relationele vorming waarin thema's als relaties, partnerkeuze, en soa een plek krijgen. Denk ook aan het Kinderrechtenverdrag¹ en het VN-vrouwenverdrag.² Op soa/hiv gebied kan hier niet onbenoemd blijven de *UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS* (2001)³, de *Dublin declaration* (2004)⁴ en de *Political declaration* (2006).⁵ In 2008 is in Nederland de Wet Publieke Gezondheid in werking getreden waarmee we de *International Health Regulations* (IHR) van de WHO – waarmee ons land zich committeerde aan belangrijke nieuwe internationale afspraken op het gebied van infectieziektebestrijding – heeft omgezet in nationale wetgeving.⁶

3. DE ROL VAN DE OVERHEID

3.1 Centrale waarden als uitgangspunt voor overheidsbeleid

De terugblik uit het vorige hoofdstuk maakt duidelijk dat ons denken over seksualiteit en relaties en de manier waarop we daarmee omgaan een enorme verandering heeft doorgemaakt. Hij maakt ook duidelijk dat de overheid zich altijd met seksualiteit heeft bemoeid. Het is dus niet zozeer de vraag óf de overheid zich met seksualiteit moet bemoeien, maar vooral hoe, wanneer en in welke vorm. Uit het historisch overzicht blijkt dat er een ontwikkeling heeft plaatsgevonden van een overheid die bepaalde hoe mensen zich moeten gedragen op seksueel gebied naar een overheid die voorwaarden creëert om eigen verantwoordelijkheid te nemen rondom seksualiteit en relaties.

Als het gaat om het beleid op het gebied van seksuele gezondheid hanteert de overheid de volgende waarden als uitgangspunt: autonomie, weerbaarheid, respect en besef van wederkerigheid en het recht op seksuele en relationele vorming en op goede hulpverlening.

a. Autonomie

In de huidige maatschappelijke en culturele context zijn seksualiteit en seksuele beleving in eerste instantie individueel bepaald. Er is in ons land geen algemeen maatschappelijk kader dat voorschrijft hoe mensen hun seksualiteit moeten vormgeven en beleven; je mag daarover zelf beslissen. Het is belangrijk dat bij seksuele vorming de eigen keuzes, verantwoordelijkheden en vrijwilligheid centraal staan en niet dat de overheid, een partner of welke andere partij dan ook daarover beslist. Autonomie betekent ook dat mensen zelf hun eigen partner kiezen, ongeacht diens sekse, opleidingsniveau, of culturele of etnische achtergrond. Sociale verbanden kunnen ondersteunend zijn bij het maken van eigen keuzes en het nemen van verantwoordelijkheid. Echter, ze zouden geen afbreuk mogen doen aan het recht op het maken van individuele keuzes. Denk aan problemen die binnen sommige culturen of gemeenschappen ontstaan doordat de autonomie van een individu in het gedrang komt als gevolg van sociale druk en controle vanuit de naaste omgeving (gedwongen partnerkeuze, eengerelateerd geweld).

b. Weerbaarheid

Weten wat je wel of niet wilt betekent nog niet dat het altijd en voor iedereen eenvoudig is dit daadwerkelijk kenbaar te maken en conform die keuzes te handelen. Om autonoom beslissingen te kunnen nemen, moet je assertief zijn. Je moet weerbaar zijn. Autonomie mag nooit verworden tot gevoelde dwang om handelingen te verrichten of te ondergaan, noch om niet uit te durven komen voor je seksuele voorkeur. Dat vraagt om weerbaarheid en dus ook om de kracht om «nee» te kunnen zeggen. De

¹ Convention on the Rights of the Child, 1989.

² Verdrag inzake de uitbanning van alle vormen van discriminatie van vrouwen, New York, 18 december 1979.

³ Declaration of commitment, 2001. Met deze UNGASS-verklaring heeft Nederland toegezegd te gaan werken met één integraal beleid op het terrein van hiv/aids. Integraal heeft betrekking op de verschillende beleidsterreinen die betrokken zijn (volksgezondheidsterrein, buitenlands beleid, justitie etcetera), de verschillende beleidsniveaus, de invulling van het GIPA-principe (Greater Involvement of People with HIV/aids) en de samenhang hiertussen.

⁴ Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia, 2004.

⁵ Political declaration, 2006. Hierin werd het begrip «universal access to comprehensive prevention, treatment, care and support» aanvaard door de lidstaten van de Verenigde Naties.

⁶ In de Wet Publieke Gezondheid zijn bovendien de oude Infectieziektewet, de WCPV en Quarantainewet samengevoegd.

leus uit de jaren zeventig «als een meisje nee zegt bedoelt ze ook nee» is in den brede nog steeds actueel.

c. Besef van wederkerigheid en respect

Autonomie en weerbaarheid alleen zijn niet voldoende voor een evenwichtige seksuele relatie. Over het algemeen gaat seksualiteit over iets wat je met een ander deelt, over respect en het nemen van verantwoordelijkheid, niet alleen voor jezelf maar ook voor de ander. Seksualiteit gaat gepaard met grote kwetsbaarheid. Respect en besef van wederkerigheid zijn daarvoor zeer belangrijk. De individuele vrijheid van de één houdt op waar die van een ander wordt beschadigd. Dit noemen we het schadebeginsel. Het zelfbeschikkingsrecht van het individu is van groot belang, maar is niet grenzeloos. Autonomie oefen je uit in een sociale en relationele context. Dit betekent ook dat je rekening houdt met de mogelijke gevolgen die een ander ondervindt van jouw handelen en je respectvol omgaat met de wensen en grenzen van de ander.

d. Recht op seksuele en relationele vorming en goede hulpverlening

Een laatste belangrijke waarde is het recht op seksuele en relationele vorming en goede hulpverlening. Seksuele voorlichting is wereldwijd als mensenrecht geïdentificeerd. Dat gebeurde onder andere met het eerdergenoemde Kinderrechtenverdrag¹ evenals met de *Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*.² Ook een aantal belangrijke VN-conferenties hebben geresulteerd in internationale afspraken over seksuele en reproductieve rechten: de Internationale Mensenrechtenconferentie, de Internationale Conferentie over Bevolking en Ontwikkeling en de Wereldvrouwenconferentie.³ Het VN-vrouwenverdrag, waarin het recht op informatie en advies over geboorteregeling is opgenomen, kan hier ook niet onbenoemd blijven.⁴

Informatie en begeleiding is bij seksuele ontwikkeling onontbeerlijk. Het is noodzakelijk dat jongeren informatie krijgen over veilig vrijen en anticonceptie, de verschillen tussen mannen en vrouwen of seksuele diversiteit, maar ook dat ze hun mening leren bepalen over verliefdheid, relaties en de waarde die seksualiteit voor hen heeft en dat daarbij aandacht wordt besteed aan de hierboven genoemde waarden autonomie, weerbaarheid en besef van wederkerigheid en respect. En niet alleen seksuele opvoeding is belangrijk, maar ook toegang tot goede hulpverlening. Zoals laagdrempelige beschikbaarheid van anticonceptie. Of de mogelijkheid je ergens te laten testen op soa, of hulp bij het maken van een afgewogen keuze in geval van ongewenste zwangerschap. Of toegang tot seksuologische hulpverlening als de seksuele ontwikkeling complicerend verloopt als gevolg van een chronische infectieziekte zoals hiv.

3.2 Taken overheid

Om in staat te zijn op een vrijwillige, veilige, prettige manier vorm te geven aan seksuele relaties zijn bovenstaande kernwaarden van belang. Om mensen daartoe in staat te stellen zie ik drie taken voor de overheid weggelegd. Dit zijn 1) informeren en bevorderen seksuele en relationele vorming, 2) stimuleren van goede hulpverlening, en 3) bestraffen en beschermen.

Zoals al eerder aangegeven, is seksuele voorlichting wereldwijd als mensenrecht geïdentificeerd. Om die reden vind ik het belangrijk dat ook de overheid zich hiervoor inspant. Daarbij zijn zowel biologische aspecten (zoals bevruchting) maar ook relationele aspecten van belang: zaken als verliefdheid, respect voor seksuele diversiteit, relaties, een gelijkwaardige verhouding tussen de seksen en het kunnen aangeven van wensen en grenzen. Vooral als het gaat om jongeren is seksuele vorming van belang:

¹ Convention on the Rights of the Child, 1989.

² New York, 1999.

³ Internationale Mensenrechtenconferentie Wenen 1993; Internationale Conferentie over Bevolking en Ontwikkeling Cairo 1994; Wereldvrouwenconferentie Beijing 1995.

⁴ Verdrag inzake de uitbanning van alle vormen van discriminatie van vrouwen, New York, 1979.

elk jaar worden ongeveer 200 000 jongeren voor het eerst seksueel actief. Het is belangrijk dat zij een seksuele opvoeding krijgen vóórdat ze aan seks beginnen, opdat ze een prettige, veilige en gewenste seksuele relatie kunnen aangaan.

De tweede taak van de overheid is het stimuleren van goede hulpverlening: laagdrempelige, betaalbare, voor iedereen beschikbare voorzieningen en zorg. Daarmee bevorderen we dat mensen hun recht op goede hulpverlening kunnen doen gelden.

Wanneer iemand in de uitoefening van zijn eigen autonomie op seksueel gebied de grenzen van een ander niet respecteert, dan berokkent hij die ander schade.

Wanneer maatschappelijke grenzen worden overschreden en het privé-domein publiek wordt, dan zal de overheid daders straffen. Op basis van wet- en regelgeving kunnen daders van misdrijven op het gebied van seksualiteit worden gestraft. Naast bestraffen heeft de overheid een beschermende taak. Het is bijvoorbeeld van groot belang dat er goede en voldoende opvang en hulpverlening is voor slachtoffers van seksueel geweld. Of dat prostitué(e)s beschermd worden tegen mensenhandel en andere vormen van (seksueel) misbruik.

Informereren en bevorderen seksuele en relationele vorming

De overheid draagt bij aan seksuele vorming van jongeren. Datgene wat de overheid doet op dit terrein is complementair aan wat andere partijen – die hier primair verantwoordelijk voor zijn – doen. De overheid kan daarbij een stimulerende rol vervullen.

Het ligt voor de hand dat ouders zorgen voor voldoende en tijdige seksuele vorming van hun kind, zij zijn immers de primaire opvoeders. Ouders moeten hun kinderen leren over verschillen tussen jongens en meisjes; hen laten ontdekken wat ze zelf willen en waar hun eigen grenzen liggen; leren de grenzen van anderen te accepteren; leren wat wel en niet is toegestaan in het Nederland van nu; leren over seksuele diversiteit. De manier waarop ouders zelf omgaan met intimiteit of sekseverhoudingen, of de wijze waarop zij reageren op homoseksualiteit, heeft invloed op hun kinderen. Ook de band die jongeren met hun ouders hebben, is van invloed op hun seksuele gedrag, zo blijkt uit diverse onderzoeken; een warm gezinsklimaat heeft een positieve invloed op het seksuele gedrag en de seksuele gezondheid van kinderen.¹

«Mensen die als kind zijn opgevoed door ouders met een open en positieve houding ten aanzien van seksualiteit, hebben in hun latere leven minder seksuele problemen en zijn tevredener over hun seksuele relaties dan mensen die als kind zijn opgevoed in een gezin waarin seksualiteit niet bespreekbaar was of als iets negatiefs werd gezien. Kinderen die in een positieve sfeer seksueel zijn voorgelicht zijn weerbaarder tegen seksueel misbruik.»²

Over de rol die ouders spelen bij opvoeding en het geven van informatie aan hun kinderen, verwijs ik u ook graag naar de nota «Onze Jeugd van tegenwoordig» die de minister voor Jeugd en Gezin op 15 juni 2009 naar de Kamer heeft gestuurd.

In de meeste gezinnen gaat dit gelukkig goed. Echter, niet alle ouders slagen in een succesvolle seksuele opvoeding van hun kind. Zo is het zonder schaamte spreken over seksualiteit voor veel laagopgeleide autochtone ouders moeilijk. Ook is openlijk spreken over seksualiteit in onder andere veel Marokkaanse, Somalische of Turkse gezinnen taboe. Dit

¹ o.a.: Rapport Seks onder je 25e, Rutgers Nisso Groep en Soa Aids Nederland, 2005/Rapport Laat je horen: een onderzoek naar grensoverschrijdende seksuele ervaringen en gedragingen onder jongeren, Universiteit Utrecht en Rutgers Nisso Groep, 2009.

² Uit: Kleine mensen, grote gevoelens. Kinderen en hun seksualiteit. Sanderijn van der Doef, 2007.

heeft gevolgen voor de seksuele opvoeding van hun kinderen. Zij zullen hun informatie ergens anders moeten halen. Bijvoorbeeld op school.

Ook school heeft een taak als het gaat om seksuele vorming. Wie van huis uit te weinig meekrijgt zou op school gedeeltelijk de schade kunnen inhalen.

Vrijwel iedereen zegt op school minstens enige informatie over seks te hebben gekregen.¹ Hoewel scholen binnen de kerndoelen van het onderwijs ruimte hebben om aandacht te besteden aan seksuele opvoeding, is seksuele en relationele vorming op school als zodanig niet verplicht. Hierdoor kan het gebeuren dat niet elk kind op school voldoende of adequate seksuele voorlichting en -vorming krijgt.

Niet alleen ouders en scholen hebben een rol maar ook de gemeenten. Zij zijn verantwoordelijk voor het bestrijden van soa's² en hebben een wettelijke gezondheidsbevorderende taak.³ Hieronder valt ook gezondheidsbevordering op het gebied van seksualiteit. Deze taak wordt binnen gemeenten voor een groot deel uitgevoerd door de GGD. De GGD zorgt bijvoorbeeld voor voorlichting (denk aan informatie over veilig vrijen of soa's) of ondersteunt scholen bij seksuele voorlichting. Ook de jeugdgezondheidszorg heeft een voorlichtingstaak. Zo geeft de jeugdgezondheidszorg bijvoorbeeld voorlichting aan ouders of pubers en wordt er tijdens contactmomenten⁴ aandacht besteed aan seksualiteit.

Er zijn nog steeds jongeren die onvoldoende of te laat seksuele vorming krijgen wat er mede toe kan leiden dat zij later – wanneer ze beginnen aan seksueel contact – te maken krijgen met problemen op het gebied van seksuele gezondheid, zoals soa's, ongewenste zwangerschap, seksuele dwang, stigmatisering of discriminatie. Om die reden vind ik dat ook de overheid een taak heeft op het gebied van informeren en bevorderen van seksuele en relationele vorming, namelijk door – waar nodig – partijen die een primaire taak op dit terrein hebben extra te stimuleren. Zo kan de overheid ervoor zorgen dat er voor docenten voldoende lespakketten over dit thema beschikbaar zijn, of kan de overheid ouders ondersteunen door voorlichtingscampagnes en folders voor jongeren te laten ontwikkelen. De overheid neemt de taak van seksuele voorlichting en -vorming daarmee niet van de daarvoor verantwoordelijke partijen over, maar geeft hen een impuls zodat ze hun taak beter kunnen uitoefenen. De afgelopen jaren hebben de minister van VWS en ik diverse initiatieven op dit gebied genomen.

Zo verleent het ministerie van VWS subsidie aan instellingen die zich inzetten voor het bevorderen van seksuele gezondheid en voor acceptatie van seksuele diversiteit en hiv-geïnfecteerden⁵ (in totaal circa € 7,5 miljoen per jaar). De organisaties zorgen met dit geld voor onder andere onderzoek, deskundigheidsbevordering en kennisoverdracht. Zij maken bijvoorbeeld folders voor jongeren over veilig vrijen, verliefdheid, zaadlozing, het maagdenvlies, menstruatie of de puberteit; en voor boeken voor ouders en docenten over het bespreekbaar maken van seksualiteit met jongeren; of geven voorlichting over (mensen die leven met) hiv opdat stigmatisering kan worden voorkomen. Allemaal om een bijdrage te leveren aan seksuele en relationele vorming.

Naar aanleiding van grootschalig onderzoek naar de seksuele gezondheid van jongeren heb ik in 2007 een besloten tot een vijfjarig programma bij ZonMw: «*Seksuele gezondheid van de jeugd*» (€ 5 miljoen).⁶ Doel van dit programma is de seksuele gezondheid van de jeugd van 10 tot 21 jaar te bevorderen, met extra aandacht voor jongeren met een verhoogde kans op seksuele problemen: alloctonen en lager opgeleiden. ZonMw laat met dit geld interventies ontwikkelen, verbeteren, uitrollen en op effectiviteit

¹ Rapport Seks onder je 25e, Rutgers Nisso Groep en Soa Aids Nederland, 2005.

² Inclusief bron- en contactopsporing.

³ Wet Publieke Gezondheid.

⁴ Op de leeftijd van 10 jaar of groep 7 van het basisonderwijs en de leeftijd van 13 jaar of klas 2 van het voortgezet onderwijs.

⁵ Schorer stichting, Hiv-vereniging Nederland, Rutgers Nisso Groep, Soa Aids Nederland, Stichting Mainline.

⁶ Rapport Seks onder je 25e, Rutgers Nisso Groep en Soa Aids Nederland, 2005. Uit dit onderzoek bleek onder andere dat veel jongeren nog een kennisachterstand hebben op het gebied van seksualiteit. Zo bleek 1 op de 3 jongeren niet te weten dat je ook zwanger kunt raken zonder dat de jongen klaarkomt. De helft van de jongens denkt dat een meisje onvruchtbaar kan worden van de pil. Eén op de drie jongens denkt dat je een soa kunt voorkomen door jezelf goed te wassen.

onderzoeken. Voorbeelden van zulke interventies zijn lespakketten die docenten kunnen gebruiken.¹

Tijdens het overleg met uw Kamer over seksualisering in juni heb ik u toegezegd u een aantal voorbeelden te sturen van lespakketten die ik heb laten ontwikkelen. Bij deze brief ontvangt u twee succesvolle voorbeelden van dergelijke interventies: *Lang Leve de Liefde* en *Relaties en Seksualiteit*.² U vroeg toen ook of er onderzoek wordt gedaan naar het gebruik van deze lespakketten op scholen. Op dit moment is er nog onvoldoende inzicht in het bereik van de pakketten. Aan de hand van de al beschikbare informatie hierover bij de ontwikkelaars van de lespakketten, zal ik als verantwoordelijk bewindspersoon het bereik hiervan nagaan. Daarbij zal geen beroep worden gedaan op scholen.

Het RIVM/Centrum Gezond Leven is bezig er voor te zorgen dat het bestaande aanbod van interventies beter beschikbaar wordt gemaakt voor scholen zodat zij er snel en gemakkelijk achter kunnen komen welk aanbod aansluit op de onderwijswensen van hun leerlingen. Zo wordt het makkelijker voor scholen om een keuze te maken uit het interventie-aanbod. Ook de Minister van OCW zal vanuit zijn verantwoordelijkheid voor emancipatie het grote aantal beschikbare lesmethoden onder de aandacht brengen en scholen wijzen op het belang van beschikbaarheid van goede informatie en trainingsmogelijkheden.

ZonMw laat in opdracht van VWS sinds een aantal jaar door Soa Aids Nederland een voorlichtingscampagne uitvoeren om veilig vrijen onder jongeren te bevorderen (€ 850 000 per jaar).

Jongeren halen veel informatie van internet, ook als het gaat om seks. Voor jongens bijvoorbeeld is internet de eerste bron van informatie, vóór ouders of de school. Op internet is veel over seks te vinden, maar ik vind het belangrijk dat er vooral goede informatie over seksualiteit te vinden is. Daarom heb ik door professionals een jongerenwebsite laten ontwikkelen die veel informatie bevat over verliefdheid, relaties, anticonceptie, veilig vrijen etcetera. Deze site, www.sense.info, heeft sinds de lancering eind maart al veel bezoekers getrokken.³ Ook voor specifieke doelgroepen zijn met subsidie van de minister voor Wonen, Wijken en Integratie (WWI) en mijzelf jongerenwebsites over seksualiteit ontwikkeld.⁴

¹ Daarnaast laat ZonMw onderzoek doen naar de seksuele gezondheid van de jeugd, zoals een vervolgonderzoek van Seks onder je 25e uit 2005, en een onderzoek naar de determinanten van dwang.

² *Lang Leve de Liefde* is een lessencyclus gericht op het bevorderen van de seksuele interactiecompetentie van meisjes en jongens. Het lespakket is bedoeld voor leerlingen van klas 2 en 3 van het VMBO. *Lang Leve de Liefde* wordt momenteel via ZonMw herzien en geschikt gemaakt voor klas 1 en 2 van het VMBO. Ook wordt een versie voor HAVO en VWO ontwikkeld;

Relaties en seksualiteit bevat lesmateriaal voor het geven van relationele en seksuele vorming aan leerlingen van groep 1 tot en met 8. Behalve het algemeen schoolkatern is er een katern voor de onder-, midden- en bovenbouw, en een aanvullend katern voor gebruik in multiculturele klassen. Elk katern sluit aan bij de belevingswereld van kinderen van verschillende leeftijden. Zijn ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

³ Na zeven maanden telde deze site 435 000 bezoeken.

⁴ Voorbeelden zijn www.respect2love.nl (gericht op het bespreekbaar maken van homoseksualiteit in migrantenkringen) en www.kitatin.nl (sub-site seksuele gezondheid op een community website voor Antilliaanse jongeren).

Stimuleren van goede hulpverlening

De tweede taak van de overheid is het stimuleren van goede hulpverlening: laagdrempelige, betaalbare, voor iedereen beschikbare voorzieningen en zorg. Mensen met vragen of problemen op het gebied van seksuele gezondheid – ongeacht herkomst of culturele oriëntatie – moeten kunnen rekenen op goede, toegankelijke hulpverlening en zorg. Zo moet degene die besmet is met hiv kunnen rekenen op goede medicatie, en moet degene die op zoek is naar anticonceptie hiervoor terecht kunnen bij een zorgverlener.

De eerstverantwoordelijken voor goede hulpverlening en zorg zijn de eerste- en tweedelijnszorg. Bij de eerstelijnszorg vervullen bijvoorbeeld huisartsen een belangrijke taak. Voor vragen of problemen op het gebied van seksuele gezondheid kunnen mensen in eerste instantie bij de huisarts terecht. Denk aan een soa-test, informatie over veilig vrijen, een anticonceptiemiddel of advies over pijn bij het vrijen. Voor gecompliceerder problematiek verwijst de huisarts door naar de tweedelijnszorg. Afhankelijk van de indicatie gaat men naar een seksuoloog, gynaecoloog, dermatoloog of bijvoorbeeld een hiv-behandelcentrum. Daarnaast hebben gemeenten (in de praktijk GGD'en) een taak op het gebied van de bestrijding van soa en hiv. De verantwoordelijkheid voor de (kwaliteit van) zorg is daarmee een verantwoordelijkheid van de betreffende beroepsgruppen

en zorginstellingen. Deze is door de overheid deels wettelijk geregeld. Hiermee worden de randvoorwaarden voor toegang tot goede hulpverlening gecreëerd. Zo is de behandeling van hiv wettelijk vastgelegd, hebben we zorgvuldige abortuswetgeving en is via de Wet Publieke Gezondheid de soa/hiv bestrijding op lokaal niveau wettelijk geregeld. Wetenschappelijk onderzoek en monitoring dragen bij aan nieuwe inzichten en ontwikkeling van kwaliteit.

Daarnaast zie ik het als onze taak goede hulpverlening en zorg via andere (niet-juridische) wegen te stimuleren. Op deze wijze zorgt de overheid ervoor dat professionals hun werk goed kunnen doen waardoor burgers op hun beurt kunnen rekenen op goede hulpverlening wanneer zij die nodig hebben. De overheid komt dus niet zelf in de spreekkamer, maar laat de daadwerkelijke hulpverlening een kwestie tussen hulpverlener en cliënt. De afgelopen jaren hebben de minister van VWS en ik diverse succesvolle inspanningen verricht om goede hulpverlening te stimuleren.

De minister van VWS heeft een regeling gemaakt om soa/hiv onder hoogrisicogroepen snel en gericht te kunnen opsporen en behandelen en zo de kans op verdere verspreiding en de infectieziektedruk te verkleinen. De zorg die via deze Regeling Aanvullende Curatieve Soa-bestrijding wordt gegeven, is aanvullend aan de huisarts en wordt vanuit de VWS-begroting gefinancierd (ca. € 20 miljoen per jaar).¹ Betreffende personen kunnen zich bij de GGD gratis en anoniem laten testen op soa en hiv en – indien nodig – laten behandelen. Deze landelijke dekkende voorziening wordt uitgevoerd door acht coördinerende GGD'en² in samenwerking met de GGD'en binnen hun regio. Het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM (RIVM/Cib) heeft een regisserende taak.

In het verleden is gebleken dat er geen duidelijk eerste aanspreekpunt was voor jongeren met vragen over seksualiteit en dat jongeren met hun vragen niet altijd naar hun huisarts willen gaan.³ Daarom worden er op mijn initiatief sinds 2008 aanvullend aan de huisarts door het hele land eerstelijns seksualiteitsspreekuren – Sense spreekuren genoemd – gehouden. Jongeren tot 25 jaar kunnen hier gratis en anoniem naar toe. Onderwerpen die aan de orde kunnen komen zijn vragen over seksualiteit, relaties, vrijen en anticonceptie. Maar ook vragen en problemen rond seksueel overschrijdend gedrag, of cultuurspecifieke zaken zoals maagdelijkheid en voorhuwelijkse seksuele relaties. Net als bij de reguliere eerstelijnszorg worden jongeren met ingewikkelder problematiek doorverwezen. Ook hier hebben acht coördinerende GGD'en een belangrijke uitvoerende rol.⁴ De hulpverlening die via deze Regeling Aanvullende Seksualiteits-hulpverlening wordt gegeven, wordt gefinancierd vanuit de VWS-begroting (€ 3,5 miljoen per jaar). Aanvullend aan deze spreekuren is de eerder aangehaalde website www.sense.info ontwikkeld. Hier kunnen jongeren terecht voor een afspraak op een Sense locatie of kunnen ze hun vraag per mail, chat of email stellen.

We hebben nog een aantal andere dingen gedaan om te zorgen voor laagdrempelige, betaalbare, voor iedereen beschikbare voorzieningen. Zo hebben we anticonceptie opgenomen in het basispakket waarmee dit in principe voor iedereen vrij toegankelijk is; Meisjes en vrouwen die ongewenst zwanger zijn, kunnen rekenen op goede begeleiding bij hun zwangerschap. Ook is er hulp aanwezig voor meisjes die een keuze moeten maken om de zwangerschap al dan niet uit te dragen. Bovendien zijn er alternatieven voor abortus. Organisaties als de Stichting Ambulante Fiom en de Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind (VBOK), die hulp bieden bij het maken van keuzes in geval van onbedoelde zwangerschap, ontvangen van mij subsidie. Degene die tot een abortus besluit kan er op rekenen dat dit veilig

¹ Personen die voor deze regeling in aanmerking komen zijn 1) groepen in de samenleving met een verhoogd risico op een soa; 2) personen die in het kader van de bron- en contactopsporing gewaarschuwd zijn voor een soa; 3) personen met klachten die wijzen op een soa; 4) personen jonger dan 25 jaar; of 5) personen die bij een soa-onderzoek anoniem wensen te blijven.

² De GGD'en van: de gemeente Amsterdam; de Regio Nijmegen; de gemeenschappelijke regeling Hulpverlening en Openbare Gezondheidszorg Groningen; de afdeling GGD van de Dienst OCW van de gemeente Den Haag; de gemeente Rotterdam; het openbaar lichaam Hart voor Brabant; Zuid-Limburg, en de gemeente Utrecht.

³ Bijvoorbeeld omdat ze bij de huisarts hun ouders kunnen treffen en die er op deze manier achter kunnen komen dat ze seksueel actief zijn.

⁴ De GGD'en werken hierbij samen met lokale partners, zoals andere GGD'en, maar ook met de Fiom, GGZ-instellingen, abortusartsen etcetera. Sense werkt ook veel met outreach activiteiten, zoals spreekuur op locatie (bijvoorbeeld op een ROC of in een bus in de stad) en activiteiten op festivals.

gebeurt. Nederland kent een zeer laag abortuscijfer, de cijfers zijn al jaren hetzelfde en de cijfers onder tieners zijn afgenomen. Ik blijf er aan werken dat zo te houden. Momenteel wordt gewerkt aan een nieuwe richtlijn die de abortushulpverlening verder professionaliseert; Chlamydia is de meest voorkomende, door een bacterie veroorzaakte, soa in Nederland die vooral onder jongeren veel voorkomt. Om het probleem van het hoge aantal chlamydia-besmettingen onder jongeren aan te pakken, wordt in opdracht van de minister van VWS een proefimplementatie Chlamydia screening uitgevoerd. Bij deze screening worden 300 000 jongeren van 16 tot en met 29 jaar uitgenodigd voor een chlamydiatest die ze zelf thuis kunnen uitvoeren.¹ Na beëindiging van de proefimplementatie zal de minister overwegen of chlamydia screening onder jongeren op meerdere plekken in Nederland moet worden ingevoerd; Verder stimuleren we de ontwikkeling van richtlijnen en visitatie. Zo is afgelopen jaar een kwaliteitsprofiel en een visitatiereglement GGD soa-poliklinieken opgesteld.² Ook is zeer recent een handboek Seksuele gezondheidszorg samengesteld.³

Bestrafen en beschermen

Als overheid staan we het niet toe dat iemand in de uitoefening van zijn eigen autonomie de grenzen van een ander niet respecteert en daarmee die ander schade berokkent. De overheid zal daders van dergelijke misdrijven/misdaden op het gebied van seksualiteit straffen op basis van wet- en regelgeving. Zo is seks met een minderjarige, discriminatie wegens seksuele geaardheid, gedwongen prostitutie, kindporno en verkrachting (ook binnen het huwelijk) strafbaar. En ook seksueel geweld (binnen en buiten de familiekring), vrouwelijke genitale verminking en loverboypraktijken zijn ontoelaatbare, strafbare feiten waarvan de daders via de wet moeten worden gestraft. Politie en justitie spelen hierbij een belangrijke rol. De aanpak van huiselijk geweld (waaronder seksueel geweld) bijvoorbeeld is een kerntaak van de politie. In 2003⁴ en 2007 heeft de Raad van Hoofdd commissarissen de aanpak van huiselijk geweld door de politie vastgelegd in een programma. Het nieuwe programma⁵ loopt van 2008 tot 2012. Daarnaast wordt een aanpak van «veelplegers huiselijk geweld» en «recidivisten huiselijk geweld» gerealiseerd. Daarbij wordt een vangnet gecreëerd rond het gezin of samenlevingsverband van de dader om verder huiselijk geweld te voorkomen. Een groot deel van het beleid van het Openbaar Ministerie bij huiselijk geweld is neergelegd in een aanwijzing die regels stelt voor de opsporing en vervolging van huiselijk geweld. Daarbij worden randvoorwaarden geformuleerd voor onder andere de invulling van de lokale samenwerking tussen politie, Openbaar Ministerie en reclassering. Begin 2010 verschijnt een nieuwe, gecombineerde Aanwijzing voor huiselijk- en eengerelateerd geweld, waarbij ook aandacht zal zijn voor huwelijksdwang. Op het terrein van loverboys voeren politie en justitie een actief beleid om deze pooiers – die meisjes via verleidingstactieken inpalmen om hen op den duur in de prostitutie of in (andere) illegale activiteiten uit te buiten – op te pakken en te straffen. De in 2008 door de bewindspersonen van Justitie ingestelde Taskforce aanpak mensenhandel – die zich ook richt op loverboys – is hier een voorbeeld van.

Daarnaast heeft de overheid een beschermende taak. Het is bijvoorbeeld van groot belang dat er goede en voldoende opvang en hulpverlening is voor slachtoffers van seksuele dwang. Denk aan opvangmogelijkheden voor degenen die slachtoffer zijn van een loverboy of van eengerelateerd geweld. Omdat gebleken is dat deze opvang – evenals de opvang van slachtoffers van mensenhandel in bredere zin – nu nog onvoldoende is, heb ik samen met de staatssecretaris van Justitie besloten een pilot categorale opvang voor slachtoffers van mensenhandel te starten.⁶ Voor deze pilot is € 4 miljoen beschikbaar gesteld. De twee pilots voor de opvang

¹ De screening wordt uitgevoerd door GGD Amsterdam, GGD Rotterdam-Rijnmond en GGD Zuid Limburg.

² In opdracht van het RIVM/Cib is door professionals een instrument ontwikkeld voor de kwaliteitsbeoordeling van de geboden aanvullende curatieve soa zorg in GGD-soa poliklinieken. Dit instrument bestaat uit een kwaliteitsprofiel en een visitatie-instrument.

³ Een eerste deel daarvan is afgelopen jaar gepubliceerd (Seksualiteit en reproductie). Een tweede deel (Soa) volgt in december.

⁴ «Huiselijk geweld en de politietaak».

⁵ «Een kwestie van lange adem».

⁶ De pilot heeft een looptijd van twee jaar.

van slachtoffers van eengerelateerd geweld in de leeftijdscategorie 14–23 jaar (onderdeel van het Programma Eengerelateerd Geweld) zijn tot eind 2010 verlengd. De pilots vormen onderdeel van het onderzoek naar het stelsel van de (vrouwen)opvang in het kader van *Beschermde en Weerbaar*, om na te gaan hoe de opvang voor specifieke groepen structureel kan worden geregeld.

Om vrouwelijke genitale verminking (VGV)¹ uit te bannen zet het kabinet in op breed beleid gericht op zowel preventieve als repressieve maatregelen. Bij vermoedens van (aanstaande) VGV worden meisjes beschermd en wordt zo snel mogelijk uitgezocht of de vermoedens ook bewijsbaar zijn. Op basis van deze informatie wordt bezien of vervolging mogelijk is. Ik heb in totaal circa € 4 miljoen geïnvesteerd in zes pilots gericht op het trainen van sleutelfiguren uit de doelgroep zelf, het organiseren van voorlichtingsactiviteiten voor risicogroepen en het trainen van professionals. Daarnaast is een handelingsprotocol VGV opgesteld wat inzichtelijk maakt hoe professionals kunnen handelen vanaf het moment van melding of adviesvraag bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). Dit jaar zijn in alle 15 AMK's deskundigen aangesteld en getraind. Verder richten we ons op nazorg. Zo wordt er een protocol ontwikkeld door gynaecologen op basis waarvan de nazorg aan cliënten kan worden verbeterd.

Voor prostitué(e)s is het van belang dat zij geen slachtoffer worden van mensenhandel en andere vormen van (seksueel) misbruik en geweld, en dat hun gezondheid en welzijn wordt beschermd (bijvoorbeeld afwezigheid van soa/hiv). Het overheidsbeleid in Nederland is erop gericht de autonomie en weerbaarheid van deze kwetsbare beroepsgroep te bevorderen, hun sociale positie te versterken en goede hulpverlening te stimuleren. In 2000 heeft het kabinet exploitatie van prostitutie officieel gelegaliseerd. Doel van de opheffing van het bordeelverbod was onder andere bescherming van de positie van prostitué(e)s, beheersing en regulering van exploitatie van prostitutie en verbetering van de bestrijding van onvrijwillige prostitutie. Uit een evaluatie is gebleken dat de positie van de prostitué(e) sindsdien echter nauwelijks is verbeterd. Mede om die reden ligt er momenteel een wetsvoorstel *Wet regulering prostitutie en bestrijding misstanden seksbranche*² en wordt er gewerkt aan een Algemene Maatregel van Bestuur. Doel hiervan is een bijdrage te leveren aan de aanpak van misstanden in de seksbranche zoals mensenhandel, prostitutie door minderjarigen en illegalen en voorts dat de positie van prostitué(e)s verbetert.

Ik vind het wenselijk dat wordt gemonitord of de positie van prostitué(e)s met de nieuwe wetgeving inderdaad verbetert, of zij bijvoorbeeld weerbaarder worden en goed bereikbaar zijn voor hulp- en zorgverleners. Ik zal hierover in overleg gaan met betrokken partijen. Soa Aids Nederland krijgt bovendien subsidie van VWS voor een programma prostitutie.³ Zij richten zich met hun programma niet alleen op preventie van soa en hiv, maar bijvoorbeeld ook op het bevorderen van autonomie en de weerbaarheid van prostitué(e)s waardoor zij in staat worden gesteld op te komen voor de verbetering van hun gezondheidssituatie, of op interventieontwikkeling. Daarnaast werk ik samen met de ministers van SZW en OCW aan voorlichting aan prostitué(e)s, onder meer om hun arbeidsrechtelijke positie te verbeteren.

¹ Vrouwelijke genitale verminking (VGV) is een zeer ernstige en ingrijpende vorm van kindermishandeling met vaak zeer schadelijke gevolgen voor de lichamelijke, psychische en seksuele gezondheid en het welzijn van jonge meisjes en vrouwen.

² Het kabinet beoogt met onderhavig wetsvoorstel de volgende doelen te bereiken: Het verkleinen van gemeentelijke en regionale verschillen in vergunningenbeleid om verplaatsingen te voorkomen; Het verkrijgen van meer zicht en grip op de seksbranche door een zo veel mogelijk sluitend systeem van vergunning- en registratieplicht te creëren; Het vergemakkelijken van toezicht en handhaving.

³ Dit programma is gericht op het ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal, informatievoorziening via de website www.prostitutie.nl en dienstverlening aan GGD-medewerkers en andere lokale professionals.

4. EXTRA MAATREGELEN NODIG

Ik begon deze brief met de boodschap dat het over het algemeen goed gesteld is met de seksuele gezondheid van Nederlanders. Echter, niet met iedereen gaat het goed. Er is een aantal – bestaande, verergerde danwel nieuwe – problemen die ik op dit moment signaleer en die extra inspanningen noodzakelijk maken. Deze problemen vragen om intensivering van het huidige beleid danwel om extra, nieuwe maatregelen.

4.1 Aanpak problemen

Meer aandacht nodig voor seksuele vorming jongens Meestal wordt bij autonomie en weerbaarheid in eerste instantie aan meisjes gedacht. Zij moeten nadenken over anticonceptie en zij moeten aangeven wanneer ze iets niet willen. Ook jongeren zelf leggen die verantwoordelijkheid bij meisjes, zo blijkt uit onderzoek naar seksualisering dat in het kader van emancipatie is gedaan: zowel jongens als meisjes vinden dat meisjes verantwoordelijk zijn voor het stellen van grenzen, voor zichzelf én voor jongens.¹ Het lijkt alsof van jongens niet wordt verwacht dat zij ook verantwoordelijkheid dragen voor seksuele relaties. De norm blijkt vaak nog een dubbele moraal in te houden. Zo blijkt uit bovengenoemd onderzoek dat een groot deel van de jongeren – zowel jongens als meisjes, autochtoon én allochtoon – van mening is dat jongens met veel wisselende seks stoer zijn maar dat datzelfde gedrag meisjes tot een hoer maakt. Waar meisjes geacht worden een autonome bewuste keuze te maken als ze seks hebben, wordt bij jongens al gauw verondersteld dat ze «nu eenmaal zo zijn».² De onderzoekers van ander onderzoek naar seksualisering hebben geconstateerd dat het aanbod van interventies beter moet worden toegerust op het verbeteren van de vaardigheden van jongens.³ Ik neem die aanbeveling over en ga extra investeren in de seksuele en relationele vorming van jongens. Jongens hebben immers evenzeer als meisjes verantwoordelijkheid in seksuele relaties. Er is veel geïnvesteerd om de seksuele weerbaarheid van meisjes te verbeteren zodat zij bijvoorbeeld minder kwetsbaar zijn voor seksuele dwang (zoals dwang door loverboys). Maar er moet nu ook extra worden geïnvesteerd in seksuele vorming van jongens. Hiervoor komen vanaf 2010 extra middelen vrij. Ik sla hiervoor de handen ineen met de minister van OCW. Minister Plasterk heeft dat al aangekondigd in zijn beleidsreactie naar aanleiding van het onderzoek naar seksualisering.⁴ De minister van OCW levert een eenmalige financiële bijdrage van € 1,4 miljoen aan het programma *Seksuele gezondheid van de jeugd* van ZonMw. Voor dit geld wordt binnen het programma extra geïnvesteerd in weerbaarheid van jongens. Verder wordt veel aandacht besteed aan mediawijsheid in relatie tot geseksualiseerde beelden evenals sekse verhoudingen, omdat uit voorgenoemde onderzoeken bleek dat ook dat nodig is.

Ook binnen de seksualiteitshulpverlening moet er meer aandacht zijn voor jongens. Ik vind het belangrijk dat met jongens zelf in gesprek wordt gegaan over wat ze nu echt willen. Gaat het hen echt alleen om «scoren»? Of willen ze eigenlijk iets anders en hoe kunnen we hen dan daarin begeleiden? Vooralsnog lijken vooral meisjes een beroep te doen op de Sense sprekers, jongens veel minder.⁵ Gezocht moet worden naar de beste aanpak om jongens beter te bereiken. De verschillen tussen (seksualiteit van) jongens en meisjes vereisen meer maatwerk binnen de hulpverlening. Ik zal dit bespreken met de uitvoerders van de seksualiteitsprekeren.

Ik laat de Veilig Vrijen campagne vanaf 2010 uitbreiden met een campagne Seksuele weerbaarheid. Hiervoor stel ik € 800 000 per jaar beschikbaar.⁶ Het doel van deze aanvullende campagne is jongeren weerbaar en

¹ Onderzoek naar seksualisering, Rutgers Nisso Groep in samenwerking met Movisie, het Nederlands Jeugdinstituut en E-quality, 2009.

² Idem.

³ Mapping van bestaande projecten en initiatieven op het gebied van seksuele weerbaarheid en analyse van 17 projecten op randvoorwaarden en succesfactoren, Internationaal Informatiecentrum en Archief voor de Vrouwenbeweging en Rutgers Nisso Groep, 2008.

⁴ Kamerstukken 2008–2009, kenmerk 30 420, nr. 135, 2 april 2009.

⁵ Bij de Sense-sprekers in Noord-Nederland bijvoorbeeld komen veel meer meisjes dan jongens. Wanneer men jongens zelf opzoekt, kwamen er zeer goede gesprekken op gang en bleken jongens allerlei vragen te hebben en behoefte te hebben over seksualiteit te praten. Betreffende hulpverleners vermoeden dat jongens liever in een andere setting over seksualiteit praten en meisjes bijvoorbeeld makkelijker een hulpverlener opzoeken om hun vragen en problemen te bespreken.

⁶ PG/ZP-2890176, november 2008.

competent te maken als het gaat om relaties en seksualiteit (het bevorderen van seksuele interactiecompetentie) en daarmee problemen als seksuele dwang en ongewenste zwangerschappen te voorkomen. Ik heb de ontwikkelaars van de campagne gevraagd extra aandacht te besteden aan de seksuele vorming van jongens. Daarnaast stelt de minister van OCW een eenmalige financiële impuls van € 350 000 beschikbaar om de campagne te versterken op de onderdelen mediawijsheid, culturele en gender aspecten, weerbaarheid jongens, projecten gericht op scholen en opvoedondersteuning.

Seksuele gezondheid Nieuwe Nederlanders

Uit onderzoeken¹ blijkt dat nieuwe Nederlanders op het gebied van seksualiteit meer problemen ondervinden dan autochtone Nederlanders. Surinaamse en Antilliaanse jongeren lopen bijvoorbeeld meer risico op soa. Bij mensen uit sub-sahara Afrika wordt vaker een hiv-infectie gediagnosticeerd en chlamydia komt veel voor onder mensen uit Suriname en de Antillen. Turkse en Marokkaanse jongens hebben meer ervaring met het uitoefenen van seksuele dwang en zijn relatief vaker slachtoffer van seksuele dwang dan andere jongeren. Ondanks extra inspanningen de afgelopen jaren worden de problemen op het gebied van seksuele gezondheid onder nieuwe Nederlanders nog niet minder. Uit gesprekken met professionals is gebleken dat er wel preventieprogramma's en –projecten beschikbaar zijn, maar dat het probleem vaak ligt bij de uitvoering: de doelgroep of de mensen die dicht bij de doelgroep staan en die de programma's en projecten moeten uitvoeren, worden niet goed bereikt.² Ik ga er de komende jaren aan werken deze doelgroep beter te bereiken. Hiervoor heb ik € 1 miljoen per jaar gereserveerd. Dit geld is beschikbaar voor GGD'en die in samenwerking met lokale zelforganisaties projecten gaan uitvoeren waarmee de seksuele gezondheid van nieuwe Nederlanders kan worden verbeterd. GGD'en moeten bij deze projecten actief samenwerken met verbanden waarin de doelgroep zelf is vertegenwoordigd.³ De acht coördinerende GGD'en die ook een belangrijke rol vervullen voor de aanvullende curatieve soa-zorg en de seksualiteits-sprekuren hebben ook hierin een coördinerende rol, het RIVM/Cib heeft een regierol. GGD'en en lokale zelforganisaties zijn inmiddels met projecten gestart. Hierbij moet gedacht worden aan een workshop voor allochtone VMBO- en MBO-leerlingen over verschillende aspecten van seksuele gezondheid door allochtone MBO-studenten, of community based projecten uitgevoerd door verschillende migranten zelforganisaties met de focus op reductie van stigma en taboe rond hiv. Ik laat deze projecten evalueren op onder andere het bereik van de doelgroepen en de effectiviteit van de aanpak.

De minister voor WWI ondersteunt gedurende deze kabinetsperiode een meerjarig project van samenwerkingsverbanden van migranten en vluchtelingen (verenigd in het Landelijk Overleg Minderheden – LOM) en het COC om homoseksualiteit bespreekbaar te maken. De LOM-partners zullen zich richten op mentaliteits-verandering onder nieuwe Nederlanders. Het COC zal zich inzetten op het vergroten van de weerbaarheid van homo- of biseksuelen met een migranten-achtergrond. Het bereiken van migrantenjongeren is hierbij een belangrijk aandachtspunt.

Nederlanders met een lage sociaaleconomische status

Uit onderzoek en gesprekken met het veld komt het beeld naar voren dat mensen met problemen op het gebied van seksuele gezondheid vaak laagopgeleid zijn of een lage sociaaleconomische status hebben. Twee voorbeelden: laagopgeleide jongeren hebben meer ervaring met seksueel geweld en seksueel misbruik dan hoogopgeleide jongeren. Laagopgeleide jongeren hebben ook meer ervaring met ongeplande zwangerschap dan hoogopgeleiden.⁴

Binnen het programma *Seksuele gezondheid van de jeugd* van ZonMw

¹ Waaronder Rapport Seks onder je 25e, Rutgers Nisso Groep en Soa Aids Nederland, 2005; Rapport Seksuele gezondheid in Nederland 2006, Rutgers Nisso Groep, 2006; Rapport Doel(groep) bereikt. Bevordering van de seksuele gezondheid tegen een culturele achtergrond, Research voor Beleid, 2009; en Sexually transmitted infections including HIV, in the Netherlands in 2008, RIVM, 2009.

² PG/ZP 2859849, Allochtonen en seksuele gezondheid, 4 juli 2008.

³ Denk aan allochtone ontmoetingsplaatsen, religieuze leiders, scholen met een groot aantal leerlingen van allochtone afkomst, allochtone media etcetera.

⁴ Rapport Seks onder je 25e, Rutgers Nisso Groep en Soa Aids Nederland, 2005.

wordt extra aandacht gegeven aan jongeren van allochtone afkomst en jongeren met een lage sociaaleconomische status. Ook binnen bovengenoemde projecten voor nieuwe Nederlanders door GGD'en en lokale zelforganisaties is extra aandacht voor mensen met een lage sociaaleconomische status. Ook op andere wijze wil ik deze groep beter bereiken. Binnen de Regeling Aanvullende Seksualiteits-hulpverlening zal ik bezien op welke wijze we jongeren met een lage sociaaleconomische status beter kunnen bereiken, bijvoorbeeld via meer outreach activiteiten op scholen waar deze doelgroep zich bevindt. Ook de jeugdgezondheidszorg biedt mogelijkheden deze groep beter te bereiken. Bijvoorbeeld via een contactmoment rond 15/16 jaar waarover het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid heeft geadviseerd. Gemeenten kunnen tot een dergelijk extra contactmoment besluiten en deze bijvoorbeeld laten plaatsvinden in settings (zoals school) waar zich specifieke doelgroepen bevinden. Met een dergelijk extra contactmoment kunnen gemeenten dus ook jongeren met een lage sociaaleconomische status beter bereiken.¹

Loverboys krijgen nog steeds kans

Jaarlijks worden te veel meisjes slachtoffer van een loverboy. Precieze aantallen zijn niet bekend, het gaat in elk geval om meer dan 200 meiden.² Zoals in het vorige hoofdstuk benoemd gaat het hier eigenlijk om pooiers (daarom wordt ook wel gesproken van pooierboys). Loverboys kunnen hun gang gaan zolang meisjes geen weerstand kunnen bieden aan de druk die loverboys – vaak eerst met lieve woorden, cadeautjes en aandacht, later met psychische danwel fysieke dwang – uitoefenen. Veel meiden zijn nog niet weerbaar genoeg om met deze druk om te kunnen gaan. Ook blijkt hieruit de respectloze manier waarop deze jongens meiden behandelen.

Ik blijf investeren in de seksuele en relationele vorming van meisjes. Weerbaarheid is één van de belangrijke thema's die aan de orde komen in de lespakketten, folders en andere interventies die ik financier. Met subsidie van VWS is bovendien een apart lespakket over loverboys ontwikkeld.³ Hiermee kan de kans dat meisjes slachtoffer worden van een loverboy worden gereduceerd.

Wanneer ondanks deze inspanningen op het terrein van preventie meisjes toch slachtoffer worden van een loverboy, voeren politie en justitie actief beleid om loverboys te vervolgen. Eerder noemde ik al de Taskforce Aanpak Mensenhandel. Om het probleem van het tekort aan opvang van slachtoffers van loverboys op te lossen is besloten tot de eerdergenoemde pilot categorale opvang voor slachtoffers van mensenhandel.

Aandacht voor seksuele gezondheid op school

In de kerndoelen van het onderwijs is vastgelegd dat scholen aandacht moeten besteden aan bijvoorbeeld lichaam en gezondheid.⁴ De manier waarop scholen hier invulling aan geven, bepalen zij zelf. Seksuele en relationele vorming als zodanig is dus niet verplicht. Het gesprek in de klas over dit onderwerp blijkt niet altijd vanzelfsprekend. Sommige scholen zijn actief, anderen weten niet goed hoe ze het aan moeten pakken of vinden het niet passen in hun levensbeschouwelijke of religieuze opvatting. Sommige scholen richten voorlichting te veel op de biologische en minder op de relationele aspecten. Binnen multireligieuze en multiculturele groepen kan voorlichting op school extra gecompliceerd zijn, omdat leerlingen niet altijd vertrouwd zijn met de thema's of schuld en schaamte-gevoelens ervaren bij het praten over seksualiteit.⁵ De mate van aandacht op scholen is vaak docentafhankelijk. Uit onderzoek van de Inspectie voor het Onderwijs naar incidenten rond seksuele diversiteit en -weerbaarheid en het onderwijsaanbod van scholen, blijkt dat de meeste scholen geen gestructureerd (les)aanbod gericht op seksuele diversiteit en seksuele weerbaarheid hebben.⁶

¹ Ontwikkelingen in de jeugdgezondheidszorg, PG/JFB 2913705, 10 juli 2009.

² Uit cijfers van het ministerie van Justitie waren er in 2007 202 slachtoffers; dit aantal is gebaseerd op het aantal aangiften. Er wordt niet altijd aangifte gedaan.

³ Lespakket Loverboys, special bij het lespakket Lang leve de liefde. Dit pakket wordt door bijna alle GGD'en aan scholen aangeboden.

⁴ Kerndoel 34: Lichaam en gezondheid: De leerling leert hoofdzaken te begrijpen van bouw en functie van het menselijk lichaam, verbanden te leggen met het bevorderen van lichamelijke en psychische gezondheid, en daarin een eigen verantwoordelijkheid te nemen.

⁵ Zwijgen is zonde, Rutgers Nisso Groep, 2007.

⁶ Weerbaar en Divers, Inspectie voor het Onderwijs, TK II 2008–2009, 27 017, nr. 50.

Onderzoeken tonen aan dat er meer aandacht voor seksuele weerbaarheid en -diversiteit nodig is.¹ Ook professionals zoals de Rutgers Nisso Groep of GGD'en pleiten voor meer aandacht voor seksuele gezondheid op scholen. Ook ik vind dat scholen meer aandacht moeten besteden aan seksuele gezondheid. De Tweede Kamer heeft het kabinet tijdens het overleg over seksualisering gevraagd de kerndoelen op dit punt aan te scherpen.² Het ministerie van OCW heeft het (onderwijs)veld door een veldraadpleging hierover geconsulteerd.³ De Primair Onderwijsraad (PO-raad), Voortgezet Onderwijsraad (VO-raad) en een deel van de besturenorganisaties (de Besturenraad, voor christelijk onderwijs en de Bond Katholiek Beroeps- en Voortgezet onderwijs) gaven expliciet aan tegen het aanpassen van de kerndoelen te zijn. Anderen (de Vereniging voor Gereformeerd Schoolonderwijs, de Islamitische Scholen Besturen Organisatie en de Vereniging van openbare en algemeen toegankelijke scholen) zijn niet expliciet tegen maar zien het als een aanvulling op de door iedereen gedeelde opvatting dat een «bottom-up» aanpak noodzakelijk is. Veel belangenorganisaties en deskundigen (waaronder de Rutgers Nisso Groep) kunnen zich wel vinden in explicitering van de kerndoelen op dit onderwerp. Maar een aanwijzing in de kerndoelen alleen heeft volgens hen ook geen nut en leidt tot symboolwetgeving. Alle partijen zijn het hier over eens. Het ministerie van OCW acht een aanpassing van de kerndoelen daarom niet noodzakelijk, bovendien vindt OCW aanpassing van de kerndoelen ook niet het geëigende instrument. Het ministerie van OCW zal er in samenwerking met de sectororganisaties, de PO-raad en VO-raad, voor zorgen dat besturen van scholen zich committeren aan de urgentie van deze problematiek. Dit zal gebeuren door:

- 1) bewustwording en cultuurverandering bij de schoolleiding; zij heeft een belangrijke functie bij het creëren van een veilig schoolklimaat en een open cultuur. Door de VO-raad zullen stimuleringsbijeenkomsten voor schoolbesturen georganiseerd worden waarmee zij handvatten aangereikt krijgen om te werken aan een meer open cultuur rond dit onderwerp;
- 2) deskundigheidsbevordering van docenten. Uit het onderzoek van de Inspectie voor het Onderwijs bleek dat docenten vaak handelingsverlegen zijn. Docenten hebben handreikingen nodig om dit onderwerp meer bespreekbaar te maken. Er zal meer ingezet worden op trainingsmogelijkheden (zoals workshops etc).

Het ministerie van OCW zal de Inspectie van het Onderwijs vragen vinger aan de pols te blijven houden om te kijken of deze initiatieven effect sorteren. Naast de hierboven beschreven acties zal de Minister van OCW vanuit zijn verantwoordelijkheid voor emancipatie het grote aantal beschikbare lesmethoden onder de aandacht brengen en scholen wijzen op het belang van beschikbaarheid van goede informatie en trainingsmogelijkheden. Over deze specifieke maatregelen bent u begin november middels een brief geïnformeerd door de staatssecretarissen van OCW.⁴ Los van de kerndoelendiscussie vind ik het belangrijk dat scholen aandacht besteden aan het onderwerp seksuele gezondheid. De lespakketten die ik laat ontwikkelen en het beter vindbaar maken van dit materiaal voor scholen via het RIVM/Centrum Gezond Leven zijn een eerste stap om scholen hiertoe te stimuleren. Met GGD'en en gezondheidsbevorderende instellingen ben ik daarnaast in gesprek hoe we hen kunnen ondersteunen scholen te stimuleren voldoende aandacht te besteden aan seksuele vorming. Het ministerie van OCW tot slot, is in gesprek met het COC om te bezien hoe de voorlichting over het thema seksuele diversiteit in samenhang met seksuele weerbaarheid op scholen kan worden versterkt.

¹ Onderwijs Inspectie, Rutgers Nisso Groep.

² 17 juni en 1 juli jl.

³ Aan deze veldraadpleging hebben de volgende organisaties deelgenomen: Primair Onderwijs-raad, Voortgezet Onderwijsraad, Leerling Ouder Kamer, Stichting Leerplan Ontwikkeling, APS, Rutgers Nisso Groep, GGD Nederland, Empowerment Lifestyle Services, COC, Vereniging van gereformeerd onderwijs, Islamitische Scholen Besturen Organisatie, Movisie.

⁴ Kamerstukken 2009–2010, kenmerk 30 420, nr. 144, 11 november 2009.

Soa en hiv

In 2004 is het *Preventieplan soa en hiv in Nederland* opgesteld.¹ Vanuit dit plan is het beleid gericht op actief testen van doelgroepen ontstaan. Ook is een integraal programma voor soa- en hiv-preventie ontwikkeld waarbij verschillende gezondheidsbevorderende instellingen² zijn aangewezen om zich voor de verschillende risicogroepen³ in te zetten. Ondanks deze inspanningen de afgelopen jaren, is de soa/hiv problematiek nog steeds groot. Een aantal voorbeelden:

- Het percentage soa-poli bezoekers met één of meer soa was in 2008 13%;⁴ Dit percentage lag hoger in specifieke risicogroepen zoals allochtonen en hiv-positieve mannen die seks hebben met mannen; Bij 35 procent van de bekend hiv-positieve bezoekers werd één of meer soa gevonden; Er lijkt een toename te zijn van chlamydia, onder jongeren is chlamydia de meest voorkomende soa;⁵
- Uit onderzoek is gebleken dat jonge mannen die seks hebben met mannen onveilig zijn gaan vrijen;⁶
- Hiv is minder zichtbaar door goede medicatie, wat kan leiden tot een te lage inschatting van de kans om geïnfecteerd te raken en een onderschatting van de medische en sociale impact van het moeten leven met een levenslange chronische infectie; Daarnaast waarschuwen professionals voor de toename van soa en hiv als gevolg van andere leefstijlproblematiek, bijvoorbeeld door falend condoom gebruik na gebruik van alcohol en drugs.

Het soa- en hiv-beleid is aan vernieuwing toe. Met veldpartijen en het RIVM/Cib⁷ gaat de minister van VWS komend jaar in overleg om het preventieplan te actualiseren en om te vormen tot een toekomstbestendig integraal soa/hiv-plan.

Naast aandacht voor preventie van hiv, dient de gezondheidszorg in te spelen op de consequenties die vergrijzing zal opleveren voor de zorg van hiv-geïnfecteerden. Door de ontwikkeling en de toepassing van de combinatie therapie voor hiv-geïnfecteerden (HAART) is de levensverwachting van deze mensen enorm toegenomen. Omdat verouderingsprocessen en hiv-infectie elkaar beïnvloeden (beide hebben effecten op het immuunsysteem waardoor een hiv-infectie tot snellere veroudering of veroudering tot snellere progressie van hiv naar aids kan leiden) stelt dit andere eisen aan de hulpverlening en zorg in de toekomst.⁸

Uit onderzoeken⁹ blijkt dat de regeling Aanvullende Curatieve Soa-zorg zijn vruchten afwerpt.¹⁰ De minister van VWS houdt deze regeling dan ook in stand.¹¹ Op basis van een evaluatie van de regeling heeft het RIVM/Cib een aantal voorstellen voor verbetering van deze regeling voorgesteld die de minister van VWS heeft overgenomen. Er wordt een aantal pilots uitgevoerd om de kwaliteit van de soa-bestrijding te verbeteren (€ 140 000). Daarnaast maakt de minister van VWS het mogelijk dat vanaf 2010 in heel Nederland uniform hiv testbeleid bij de GGD'en wordt ingevoerd volgens het opting out principe.¹² De minister heeft hiervoor ruim € 300 000 per jaar gereserveerd.

Daarnaast willen de minister van VWS en ik er voor zorgen dat de Regeling Curatieve soa-zorg en de Regeling Aanvullende Seksualiteitshulpverlening beter op elkaar aan gaan sluiten. De aanvullende soa-bestrijding is primair gericht op curatie maar binnen deze soa-consulten wordt ook aan preventie gedaan. De seksualiteitsprekuren richten zich vooral op preventie maar ook op hulpverlening. Wij streven ernaar beide regelingen te integreren om zo de kwaliteit van zorg verder te verbeteren. Naast verbeteringen van de aanvullende voorzieningen, vinden we het ook belangrijk te investeren in de kwaliteit van de – reguliere – zorg. Zo is het bijvoorbeeld belangrijk dat de kwaliteit van de eerstelijns seksualiteits-hulpverlening op peil blijft en dat de aanvullende seksualiteitshulpverlening niet de plaats inneemt van de reguliere eerstelijnszorg. Het moet een

¹ PG/ZP-2537024, Preventieplan soa en hiv in Nederland, 2004.

² Soa Aids Nederland, Hiv-vereniging Nederland, Schorer stichting, Mainline.

³ 1) jongeren, 2) mannen die seks hebben met mannen (MSM), 3) allochtonen, 4) prostitué(e)s en prostituanten, 5) druggebruikers en 6) personen met hiv.

⁴ 22% van de mannen die seks hebben met mannen en 12% van de heteroseksuele populatie.

⁵ Sexually transmitted infections including HIV, in the Netherlands in 2008, RIVM, 2009.

⁶ Schorer monitor 2008, Schorer in samenwerking met Universiteit Maastricht, 2008.

⁷ en mensen uit de doelgroep zoals hiv-geïnfecteerden.

⁸ Staat van de infectieziekten, RIVM/Centrum Infectieziektebestrijding, 2009.

⁹ Rapport Seksuele gezondheid in Nederland 2009, Rutgers Nisso Groep, 2009 en Evaluatie Regeling Aanvullende Curatieve Soa-bestrijding, RIVM/Centrum Infectieziektebestrijding, 2008.

¹⁰ Het aantal soa-consulten per jaar is sinds 1995 gestegen van 20 000 tot 78 000 in 2007 (Jaarbeeld 2008, RIVM/Centrum Infectieziektebestrijding 2009 en Evaluatie Regeling Aanvullende Curatieve Soa-bestrijding, RIVM/Centrum Infectieziektebestrijding, 2008).

¹¹ De regeling aanvullende seksualiteitshulpverlening wordt momenteel geëvalueerd. Op basis van de resultaten worden in 2010 verbeteringen doorgevoerd.

¹² Elke cliënt zal dan ook standaard een hiv-test aangeboden krijgen waarvan de cliënt mag afzien.

aanvullende voorziening blijven. Hetzelfde geldt voor de *aanvullende* soa-bestrijding. Deze is bedoeld om GGD'en actief hoogrisicogroepen te laten bereiken. De reguliere soa-bestrijding wordt echter uitgevoerd door huisartsen, en dat dient zo te blijven. Ook moeten hulpverlening van eerste- en tweedelijns enerzijds en de aanvullende voorzieningen anderzijds goed op elkaar aansluiten. Tot slot zullen we kwaliteit van de hulpverlening blijven stimuleren, denk bijvoorbeeld aan het belang van competenties van hulpverleners om adequaat om te kunnen gaan met hulpvragen van cliënten met een niet-Westerse culturele achtergrond. Hieronder versta ik ook het herkennen van mogelijke dwang- en geweldsvormen, en melding daarvan bij bevoegde instanties. Samen met het RIVM/Cib en zorgverleners zullen wij ons hoe beraden hoe we deze doelstellingen het beste kunnen bereiken.

Het respect voor mensen die met hiv zijn geïnficeerd¹, laat in ons land nogal eens te wensen over. Mensen met hiv krijgen regelmatig te maken met stigmatisering en onterechte uitsluiting. Dit kan effect hebben op iemands loopbaan, persoonlijke of sociale leven. Uit een recent onderzoek naar stigmatisering van hiv-geïnficeerden² blijkt dat er nog steeds onnodige angst en onwetendheid is over hiv. Zo zijn er nog veel mensen die een verkeerd beeld hebben van hoe je een hiv infectie op kan lopen. Dit kan leiden tot stigmatisering.³ Veel geïnficeerden blijken te maken te hebben met stigmatisering door de media, in de werksfeer, bij contacten met financiële dienstverleners, door familie of hun partner. Wij vinden het belangrijk dat blijvend wordt gewerkt aan het doorbreken van het taboe rond hiv en dat stigmatisering wordt tegengegaan. Respect hebben voor elkaar is daarbij een eerste stap. Ook goede voorlichting over hiv is hierbij van belang: informatie over hoe je al dan niet hiv kan oplopen bijvoorbeeld. Met subsidie van de minister van VWS zet Hiv-vereniging Nederland zich in op het terrein van voorlichting over (leven met) hiv, ondersteuning van mensen met hiv en het beïnvloeden van sociale omgevingen van hiv-geïnficeerden. Soa Aids Nederland en de Schorer stichting doen ook een aantal activiteiten op dit thema. De minister van VWS gaat binnenkort in overleg met deze partijen om te bezien hoe zij (eventueel met extra financiële steun van onze kant) extra inspanningen kunnen plegen om stigmatisering tegen te gaan. Daarnaast hoopt de minister met de invoering van het hiervoor genoemde uniform hiv-testbeleid per 1 januari aanstaande, dat testen op hiv gewoner wordt en daardoor het stigma op hiv wordt voorkomen.

¹ Het aantal volwassenen met hiv in Nederland is per januari 2008 geschat op ongeveer 21 500.

² Bijna 1 op de 6 Nederlanders denkt dat contactsporten waarbij veel gezwet wordt, risico op hiv-infectie met zich meebrengt. Twee op de vijf Nederlanders denkt dat tongzoenen met iemand die hiv heeft, gevaarlijk is.

³ Stigma onderzoek Universiteit Maastricht en TNO-NIPO, 2009.

⁴ Rapport *Laat je horen: een onderzoek naar grensoverschrijdende seksuele ervaringen en gedragingen onder jongeren*, Universiteit Utrecht en Rutgers Nisso Groep, 2009: Aandringen tot seks: ervaring van 53% van de ondervraagde meisjes, 33.8% van de jongens; – Gebruik maken van dronkenschap om seks te krijgen: ervaring van 22.2% van de ondervraagde meisjes, 19% van de jongens; – Gebruik maken van geweld om seks te krijgen: ervaring van 9.6% van de ondervraagde meisjes, 2% van de jongens; – Seksuele opmerkingen: ervaring van 56.5% van de ondervraagde meisjes, 32.9% van de jongens; – Seksuele telefoontjes: ervaring van 19.8% van de ondervraagde meisjes, 12% van de jongens.

⁵ Rapport *Seksuele gezondheid in Nederland 2009*, Rutgers Nisso Groep, 2009.

Verontrustende cijfers seksueel geweld

Uit recente onderzoeken blijkt de hardnekkigheid van het probleem van seksueel geweld. Uit onderzoek van de universiteit Utrecht en de Rutgers Nisso Groep onder jongeren tussen 16 en 24 jaar oud blijkt dat circa 84 procent van de meisjes en ruim 66% van de jongens sinds hun 14e verjaardag seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben meegemaakt. Dit varieert van aandringen tot seks, gebruik maken van dronkenschap om seks te krijgen, gebruik maken van geweld om seks te krijgen, seksuele opmerkingen, seksuele telefoontjes etcetera.⁴ Uit onderzoek van de Rutgers Nisso Groep naar seksueel geweld onder Nederlanders tussen de 15 en 70 jaar, blijkt dat eenderde van de vrouwen in deze leeftijdscategorie (en één op de twintig mannen) aangeeft ooit in haar leven seksueel geweld te hebben meegemaakt. Twaalf procent van de vrouwen is ooit verkracht. Volgens hetzelfde onderzoek blijkt dat slechts de helft van de slachtoffers van seksueel geweld met hulpbehoefte die hulp ook krijgt.⁵

Deze cijfers zijn zeer ernstig. Seksueel geweld kan ernstige psychische en lichamelijke gevolgen hebben en moet daarom zoveel mogelijk worden voorkomen. Met de inspanningen die ik pleeg op het gebied van informeren en het bevorderen van seksuele en relationele vorming, hoop ik dat

mensen voldoende bagage krijgen om gezonde seksuele relaties aan te gaan en seksuele dwang en seksueel geweld kan worden voorkomen. Ook bij hulpverleners – zoals bij de zedenpolitie, de GGZ, ziekenhuispersoneel en bijvoorbeeld Sense-sprekuren – is aandacht voor (preventie van) seksueel geweld. Net als binnen de sport en het vrijwilligerswerk. Samen met de minister van Justitie en de minister voor Jeugd en Gezin heb ik bijvoorbeeld een samenhangende aanpak opgesteld, dat zoveel mogelijk moet voorkomen dat jongeren vrijwilligersorganisaties het slachtoffer worden van seksueel misbruik of van ongewenst gedrag. Over de grote lijnen van deze aanpak bent u in 2007 geïnformeerd.¹ Specifiek voor de sport subsidieer ik het project «Bestrijding Seksuele intimidatie 2009–2010» van het NOC*NSF. Dit project beoogt een sluitend systeem van het voorkomen en bestrijden van seksuele intimidatie in de sport.²

Wanneer maatschappelijke grenzen worden overschreden en mensen zich toch schuldig maken aan seksueel geweld, moet de overheid hard optreden door hen te vervolgen. Dit soort gedrag kunnen we niet toeleren.

Verwaarlozing of een niet-adequate benadering van klachten van seksueel geweld kan de problemen verergeren en herhaald slachtoffer – danwel daderschap tot gevolg hebben. Naast het persoonlijk leed dat wordt geleden, heeft dit ook (financiële) gevolgen voor de maatschappij, omdat slachtoffers niet (optimaal) kunnen meedraaien in het arbeidsproces, in de psychiatrie belanden of anderszins langdurige zorg behoeven. Dit maakt de conclusie uit bovengenoemd onderzoek dat slechts de helft van de slachtoffers met hulpbehoefte die hulp ook krijgt, des te urgenter. Het onderzoek pleit er voor om preventie van seksueel geweld de hoogste prioriteit te geven en de hulpverlening na seksueel geweld te verbeteren. De aanbevelingen sluiten aan bij door mij in gang gezet beleid.

Op dit moment steun ik het landelijk «Partnership Aanpak Seksueel Geweld» vanuit de VWS-begroting (€ 100 000). Dit Partnership is januari 2009 gestart door Movisie, de Rutgers Nisso Groep en de landelijke ambulante Fiom met als inzet om als veldpartijen en kenniscentra gezamenlijk een impuls aan te geven aan verbetering van preventie en aanpak van seksueel geweld. Het Partnership heeft een looptijd van één jaar. Inmiddels zijn al tien partijen bij het Partnership aangesloten.³ Dit najaar heb ik, samen met de minister van OCW, een extra financiële impuls gegeven voor nieuwe activiteiten van het Partnership. Het geld is bedoeld voor het ontwikkelen van trainingen bij algemeen maatschappelijk werk en GGD-instellingen, het opstellen van een sociale kaart en het ontwikkelen van instrumenten voor het stimuleren van weerbaarheid van kinderen. Hiervoor hebben wij € 90 000 beschikbaar gesteld. Ook heb ik in het najaar overleg gevoerd met het Partnership over de stand van zaken en de toekomst. Ik ben voornemens de subsidie de komende twee jaar voort te zetten. Het Partnership komt hiervoor met een voorstel.

Wat betreft slachtoffers van seksueel geweld vind ik dat alle betrokken professionals voortijdig de risico's op geweld in afhankelijkheidsrelaties moeten kunnen signaleren en moeten weten hoe ze geweld kunnen voorkomen. Daarom ga ik samen met de ministers van Justitie en voor Jeugd en Gezin de verplichting tot het hebben en toepassen van een meldcode «huiselijk geweld en kindermishandeling» wettelijk vastleggen.⁴ Verder moet er voor alle slachtoffers van geweld in afhankelijkheidsrelaties, dus ook voor slachtoffers van seksueel geweld, onmiddellijke en veilige opvang zijn. Voorts dient er vroegtijdige, snelle en goede hulp te zijn zodat slachtoffers en daders – ongeacht de geweldsvorm – een leven zonder geweld kunnen leiden. Om dat te bereiken richt ik me samen met een aantal partijen⁵ op het tot stand brengen van een toekomstbestendig stelsel van hulp en opvang. Daarvoor stel ik sinds 2008 een extra bedrag –

¹ Kamerstuk 31 200 VI, nr. 43, 13 november 2007. De aanpak omvat onder andere omgangsregels die gelden voor iedereen binnen de vereniging, een gedragscode voor vrijwillige en betaalde medewerkers en een protocol (stappenplan) voor hoe te handelen wanneer zich een incident voordoet.

² Een bredere aanpak, bestaande uit met elkaar samenhangende activiteiten, is noodzakelijk om het probleem van seksuele intimidatie in de sport uit bannen/tot een minimum te beperken. De activiteiten die het NOC*NSF hiervoor gaat uitvoeren zijn a) het ontwikkelen van een registratiesysteem plegers, b) het ontwikkelen van een opleidingsmodule sportkader en c) het (laten) doen van onderzoek naar ernst en omvang van incidentie van seksuele intimidatie in de sport.

³ GGD Nederland, GGZ Nederland, MOgroep, Federatie Opvang, Zedenpolitie justitie, Pharos, MEE Nederland, Rutgers Nisso Groep, landelijke ambulante Fiom, Movisie. De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland is geen partner maar werkt wel samen met het Partnership.

⁴ 20 november 2008, Kamerstukken II, vergaderjaar 2008–2009, 28 345, nr. 72.

⁵ Onder andere de Vereniging Nederlandse Gemeenten/centrumgemeenten vrouwenopvang, de Federatie Opvang, GGD Nederland en de MOgroep Maatschappelijke Dienstverlening & Welzijn.

dat oploopt tot € 32 miljoen in 2012 – beschikbaar voor mijn beleid «*Beschermd en Weerbaar*». Deze extra middelen worden ingezet voor bijvoorbeeld de uitbreiding van de capaciteit voor de (vrouwen)opvang en de versterking van Steunpunten huiselijk geweld.^{1, 2}

Met betrekking tot vrouwelijke genitale verminking ontwikkel ik momenteel een landelijke uitrol van de pilots VGV vanaf 2010. Ook span ik me in om de in de pilots opgebouwde kennis te verspreiden naar alle GGD'en. Daarnaast ontwikkel ik een medisch certificaat waarmee ouders kunnen verklaren dat zij hun dochter niet zullen besnijden tijdens verblijf in het buitenland.

Maatschappelijke acceptatie seksuele diversiteit loopt terug

Discriminatie wegens seksuele geaardheid is verboden. Toch krijgen veel mensen met een homoseksuele, lesbische of biseksuele voorkeur en transgenders te maken met stigmatisering en discriminatie. Er lijkt een tendens gaande waarin een (gevoel van) afnemende tolerantie van seksuele diversiteit of een andere dan de gangbare genderidentiteit waarneembaar is. Uit onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau («*Gewoon doen*»)³ blijkt dat 22 procent van de bevolking erop tegen is dat het burgerlijk huwelijk is opengesteld voor homoseksuelen (onder nieuwe Nederlanders ligt dit percentage zelfs veel hoger). Bovendien vindt men dat homoseksuelen weliswaar voor hun seksuele voorkeur uit mogen komen, maar zich in de openbare ruimte «zo gewoon mogelijk» dienen te gedragen. Ook jongeren blijken zich nogal negatief te uiten als het gaat om homoseksualiteit. Meer dan de helft van de jongens vindt het vies als twee jongens met elkaar vrijen. Twaalf procent van de jongens en vier procent van de meisjes zou meteen een punt zetten achter de vriendschap als een vriend/vriendin niet heteroseksueel blijkt te zijn.⁴

Ook mensen met een homoseksuele, lesbische of biseksuele voorkeur of een andere gender identiteit⁵ moeten deze ongehinderd kunnen uiten. Met het investeren in seksuele vorming hoop ik ook de maatschappelijke acceptatie van seksuele diversiteit te bevorderen. Voorlichting over seksuele diversiteit vormt onderdeel van bredere seksuele opvoeding. Daarnaast wordt specifiek beleid gevoerd op lesbisch- en homo-emancipatiebeleid. Het kabinetsbeleid tot 2011 is verwoord in de nota «*Gewoon homo zijn*» van de minister van OCW (2007). Hoofddoel van het kabinetsbeleid is het bevorderen van de sociale acceptatie van homoseksualiteit.

Wanneer mensen er toch toe overgaan anderen wegens hun andere geaardheid of identiteit te discrimineren of bijvoorbeeld te mishandelen, moeten zij snel en adequaat te worden vervolgd door politie en justitie.

Mensen met een ziekte of beperking

Mensen met een ziekte of verstandelijke of fysieke beperking ervaren regelmatig problemen op het gebied van seksualiteit. Zij kunnen problemen ervaren met het uiten van seksualiteit. Zo krijgen in Nederland jaarlijks ongeveer 74 500 mensen kanker. Daarvan ervaart naar schatting van professionals 25 tot 50 procent gedurende ruime tijd of blijvend negatieve gevolgen op het gebied van seksualiteit en relaties. Mensen met een verstandelijke beperking kunnen dergelijke problemen ook ervaren, daarnaast gaat het bij hen ook om het aangeven van grenzen die ze door hun verstandelijke handicap soms moeilijker kunnen stellen waardoor ze meer kans lopen slachtoffer te worden van seksuele dwang. Komend jaar wil ik inventariseren welke problemen deze groep, hun omgeving of zorgverleners precies ervaren en welke interventies reeds voorhanden zijn. Op basis daarvan besluit ik welke extra investeringen ik moet doen om de seksuele gezondheid van deze groep te verbeteren.

¹ *Beschermd en weerbaar*. Intensivering van de opvang en hulp bij geweld in afhankelijkheidsrelaties, DMO/SSO-2818707, 10 december 2007.

² De aanpak van seksueel geweld is ook onderdeel het programma «huiselijk en seksueel geweld» van Movisie. Deze organisatie wordt door mij gesubsidieerd.

³ 2006.

⁴ Rapport Seks onder je 25e, Rutgers Nisso Groep en Soa Aids Nederland, 2005.

⁵ LGBT-mensen: lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender mensen.

TOT SLOT

De Wereld Gezondheid Organisatie (WHO) heeft de definitie van seksuele gezondheid als volgt geformuleerd:

«Seksuele gezondheid is een staat van fysiek, emotioneel en mentaal welbevinden met betrekking tot seksualiteit. Het is meer dan de afwezigheid van ziekte, disfunctie of gebrek. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties. Bovendien vereist seksuele gezondheid de mogelijkheid om prettige en veilige seksuele ervaringen op te doen, vrij van dwang, discriminatie en geweld. Om tot seksuele gezondheid te komen en te handhaven moeten de seksuele rechten van alle mensen worden gerespecteerd en waargemaakt.»

Met het beleid op het gebied van seksuele gezondheid zoals ik dat in deze brief heb beschreven, denk ik een bijdrage te kunnen leveren aan de in bovenstaande definitie bedoelde aspecten van seksuele gezondheid van alle mensen in Nederland, nu en in de toekomst.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker