

significant.

Evaluatie ASG-regeling

Een onderzoek naar de relatieve verdeling van de middelen en de inbedding van de ASG-taken in de organisatie.



Significant

Thorbeckelaan 91
3771 ED Barneveld
+31 342 40 52 40

KvK 3908 1506
info@significant.nl
www.significant.nl

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Barneveld, 27 februari 2018

Referentie: LK/tg/000407

Versie: definitief

Auteur(s): Loes Koster, Irene Lapajian, Marcus Vander Velpen, Gerlise Vos

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3	4. Aanbevelingen	25
1.1 Achtergrond: aanvullende seksuele gezondheidszorg	3	4.1 Houd postcodebeleid tegen het licht	25
1.2 Aanleiding van het onderzoek	4	4.2 Op zoek naar gezamenlijk belang, gestimuleerd door kennis en informatie te delen	25
1.3 Doel van het onderzoek	6	4.3 Uitwisseling van goede voorbeelden en indien mogelijk nastreven van harmonisatie	26
1.4 Kaders van de evaluatie	6		
1.5 Aanpak van het onderzoek	6	Bijlagen	
1.6 Leeswijzer	7	A. Subonderzoeksvragen	27
2. Relatieve verdeling	8	B. Aanpak van het onderzoek	29
2.1 Beschrijving van de huidige situatie	8	C. Beschouwing van knelpunten, specifiek in de regio Utrecht	32
2.2 Er is onvoldoende grondslag om de huidige relatieve verdelingssystematiek aan te passen	12	D. Overzicht genoemde voorbeelden van werkwijzen	35
2.3 Beschouwing van knelpunten, specifiek in de regio Utrecht	12	E. Topiclijst interviews coördinerende CSG's	37
3. Inbedding van de ASG-regeling	13	F. Topiclijst interviews uitvoerende CSG's	39
3.1 Huidige situatie: samenwerking wordt actief vormgegeven	14	G. Enquête	41
3.2 Inbedding verbeteren door samenwerking op basis van een gemeenschappelijke visie op publieke gezondheidszorg	19		
3.3 Duidelijke onderlinge communicatie en afstemming	21		
3.4 Uitbreiding van landelijke samenwerking tussen CSG's	23		

1. Inleiding

1.1 Achtergrond: aanvullende seksuele gezondheidszorg

⁰¹ In het belang van de publieke gezondheid kent Nederland een jarenlange traditie in het actief informeren van mensen over seksualiteit, inclusief 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 van soa's.

⁰² Na een toename van het aantal soa-consulten en soa-diagnoses en met een toenemende behoefte aan een meer uniforme organisatie en landelijk dekkend netwerk voor aanvullende curatieve soa-bestrijding, met een passende financieringssystematiek, is in 2006 de regeling Aanvullende Curatieve Soa-bestrijding (ACS) tot stand gebracht¹. Per 1 januari 2012 is deze regeling geïntegreerd met de regeling voor Aanvullende Seksuele Hulpverlening (ASH) en is de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (hierna: ASG-

¹ RIVM (2008). *Evaluatie regeling Aanvullende Curatieve Soa-bestrijding*.

regeling) ingevoerd. Deze regelingen zijn in 2008², 2010³ en 2013⁴ geëvalueerd.

1.1.1 ASG-regeling nader uitgelegd

⁰³ De ASG-regeling bedient nadrukkelijk het algemene publieke belang ter bestrijding van soa's en bevordering van seksuele gezondheid. De ASG-regeling is een aanvulling op de curatieve gezondheidszorg en de collectieve preventie⁵. Daarmee vult het dus de reguliere gezondheidszorg (zoals: eerstelijnszorg, via de huisarts en het basispakket Zvw) en de algemene preventietaken van de GGD aan.

⁰⁴ Op grond van de ASG-regeling zetten GGD'en activiteiten in op preventie van soa's, bijvoorbeeld door het geven van voorlichting. Ook kunnen kwetsbare groepen en hoog risicogroepen terecht bij de GGD voor seksuele gezondheidszorg. Onder seksuele gezondheidszorg wordt onder andere verstaan: laagdrempelige soa-testen en -behandeling en seksualiteitshulpverlening (zogeheten Sense), met in het bijzonder aandacht voor het opbouwen van

² RIVM (2008). *Evaluatie regeling Aanvullende Curatieve Soa-bestrijding*.

³ RIVM (2010). *Interim evaluatie Regeling aanvullend Seksuele Hulpverlening*

⁴ Andersson Elffers Felix (2013). *Evaluatie Subsidieregeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg 2012 (ASG)*

⁵ Regeling van Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 4 juli 2014, *Staatscourant* 2014, nr. 19500, p. 4.

seksuele weerbaarheid om daarmee bijvoorbeeld onbedoelde zwangerschappen en seksueel geweld en dwang te voorkomen. Cliënten betalen geen eigen bijdrage voor soa-onderzoek, -behandeling en seksualiteitshulpverlening⁶.

⁰⁵ De doelgroepen binnen de regeling zijn:

- a. Personen die behoren tot groepen in de samenleving met een verhoogd risico op een soa;
- b. Personen die in het kader van de bron- en contactopsporing gewaarschuwd zijn voor een soa;
- c. Personen met klachten die wijzen op een soa;
- d. Personen jonger dan 25 jaar;
- e. Personen die slachtoffer zijn geworden van verkrachting of seksueel geweld.

De seksualiteitshulpverlening is gericht op personen jonger dan 25 jaar. Welke groepen 'personen met verhoogd risico' (onder a.) betreffen, wordt vastgesteld op basis van epidemiologische gegevens van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (hierna: RIVM). Op dit moment zijn dit onder andere: mannen die seks hebben met mannen, sekswerkers en personen afkomstig uit soa-endemisch gebied.

⁶ Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 12 september 2005, nr. PG-2.611.880, houdende de regels inzake de verstrekking van subsidies op het terrein van de publieke gezondheid (Subsidieregeling publieke gezondheid).

⁰⁶ Op grond van de ASG-regeling verstrekt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) subsidies via acht coördinerende GGD'en aan 24 Centra voor Seksuele Gezondheid (hierna: CSG's) voor de soa-bestrijding en seksualiteitshulpverlening aan de voorgenoemde risicogroepen. In totaal gaat dit om 34,3 miljoen euro. De daadwerkelijke uitvoering vindt plaats in de CSG's, die gelieerd zijn aan de GGD'en⁷. Elke coördinerende GGD is onderdeel van de landelijke stuurgroep. Het RIVM/Centrum Infectieziektenbestrijding (CIb) voert de coördinatie van de subsidieverlening uit door namens het ministerie van VWS: de subsidieaanvragen te beoordelen, subsidies toe te kennen en verantwoording uit te voeren. Daarnaast verstrekken alle CGS's gegevens aan het RIVM over de bestrijding van soa's, waaronder het aantal uitgevoerde soa-onderzoeken en gevonden soa's.

1.2 Aanleiding van het onderzoek

⁰⁷ In 2013 zijn de doelmatigheid en financiële houdbaarheid van de ASG-regeling geëvalueerd⁸. Een van de conclusies uit deze evaluatie was, dat de ASG-regeling als succesvol kan worden gezien in het opsporen van soa's, en dat de uitvoering bij GGD'en op de juiste plek

⁷ GGD Gooi en Vechtstreek heeft geen eigen CSG, maar werkt samen met de CSG Flevoland.

⁸ AEF (2013). *De lasten van de lusten. Evaluatie Subsidieregeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg 2012 (ASG)*. AEF: Utrecht.

belegd is, onder andere omdat via GGD'en epidemiologische informatie tijdig kan worden gesignaleerd en het preventieve aspect aansluit op de publieke gezondheidstaak van de GGD'en. Maar de evaluatie bevatte ook aanbevelingen die hebben geleid tot aanpassingen aan de regeling. Een van de aanpassingen is dat het ministerie van VWS de tot dan toe gehanteerde open einde regeling met financiering op basis van een complex P*Q-vergoedingsmodel heeft vervangen voor een lumpsumfinanciering met budgetplafond. De reden hiervoor was dat de regeling in de jaren voor 2013 was gegroeid en VWS met het budgetplafond de alsmaar stijgende kosten wilde tegengaan en een efficiëntere werkwijze wilde stimuleren. Bovendien werd de financieringsstructuur op basis van P*Q door CSG's als ondoorzichtig ervaren. De coördinerende GGD'en ontvangen sinds 2015 een vast bedrag voor alle activiteiten die binnen de ASG vallen, gebaseerd op het niveau van de subsidie in 2013. Naast de subsidie voor soa-testen en -behandeling is hierin ook het budget voor seksualiteitshulpverlening (Sense) meegenomen. De subsidie is als een totaal lumpsumbedrag neergezet, om de CSG's de ruimte te bieden zelf te beslissen waar zij het geld aan besteden. Jaarlijks vindt op de lumpsum een indexering plaats ter correctie van het prijspeil. Deze indexering is procentueel en voor alle regio's gelijk.

08 Bij invoering van de wijzigingen is toegezegd de regeling na drie jaar te evalueren. In deze evaluatie staat gezien de uitkomsten uit de vorige evaluatie de meerwaarde van de ASG-regeling niet ter

discussie. Ook het financiële plafond is uitgangspunt in de evaluatie (zie ook paragraaf 1.4). Dit betekent dat de huidige evaluatie gezien kan worden als een 'lichte' evaluatie, waarin wordt ingegaan op enkele specifieke thema's.

09 Eén van de vragen die hierbij speelt is of de huidige relatieve verdeling van de financiële middelen nog passend is, gegeven ontwikkelingen die in de afgelopen drie jaar hebben plaatsgevonden. Denk bijvoorbeeld aan de toegenomen aandacht voor hepatitis C en de introductie van pre-exposure profylax (PrEP), voor het voorkomen van HIV. Daarnaast pakken CSG's onder andere in opdracht van gemeenten aanverwante taken op, waaronder de afstemming met centra voor seksueel geweld en het uitvoeren van keuzehulpgesprekken rondom ongewenste zwangerschap en abortus. Tevens nemen CSG's initiatieven om de efficiëntie van de uitvoering van de ASG te verbeteren, zoals: het maken van nieuwe prijsafspraken in aanbestedingen met laboratoria, scherpere triage en prioritering, thuistesten en andere keuzes in doorverwijzing naar de reguliere zorg.

10 Daarnaast wordt in deze evaluatie gekeken naar de inbedding van de ASG-regeling in andere onderdelen van de publieke gezondheidszorg. De hulpverlening binnen de ASG-regeling is niet op zichzelf staand; het heeft raakvlakken met andere vormen van de publieke gezondheidszorg. Een betere inbedding van de ASG-regeling in andere onderdelen van de publieke gezondheidszorg kan

de efficiëntie en effectiviteit van de regeling vergroten. Ook dit is relevant om te onderzoeken in de evaluatie.

1.3 Doel van het onderzoek

¹¹ Zoals in de vorige paragraaf is benoemd, staat in deze evaluatie de meerwaarde van de ASG-regeling en de hoogte van het budgetplafond *niet* ter discussie. Het voorliggende onderzoek gaat in op twee specifieke onderwerpen. Enerzijds heeft het onderzoek als doel: het evalueren van de huidige relatieve verdeling van de financiële middelen. Anderzijds is het onderzoek gericht op: interne en externe samenwerking met het oog op een verdere inbedding van de ASG-taken (onderlinge afstemming, samenhang en het delen van goede voorbeelden), aansluitend op en gebruikmakend van andere publieke en/of gezondheidsdiensten en -taken van de GGD. De centrale hoofdvragen zijn:

1. Wat is (de grondslag voor) een optimale relatieve verdeling van de ASG-middelen over de regio's?
2. Hoe kunnen de ASG-taken beter ingebed worden, aansluitend op en gebruikmakend van andere publieke en/of gezondheidsdiensten en -taken?

In bijlage A hebben wij de subvragen van het onderzoek opgenomen.

1.4 Kaders van de evaluatie

¹² De volgende vier uitgangspunten vormen de kaders voor de evaluatie:

- a. De inhoud en toegevoegde waarde van de ASG-regeling staan niet ter discussie;
- b. Het voortbestaan en de hoogte van het budgetplafond staan in de evaluatie niet ter discussie;
- c. De huidige werkwijze waarin subsidies worden verstrekt via de acht coördinerende GGD'en, en de hoogte van de subsidie die per regio wordt vastgesteld, blijft ongewijzigd;
- d. Het onderzoek naar de relatieve verdeling van de financiële middelen heeft enkel betrekking op de verdeling tussen coördinerende GGD'en (regio's) en niet op de verdeling tussen CSG's *binnen* een regio.

1.5 Aanpak van het onderzoek

¹³ Om de eerder genoemde onderzoeksvragen te beantwoorden, hebben wij de volgende onderzoeksactiviteiten uitgevoerd:

- a. Gesprekken met:
 - i. VWS, RIVM;
 - ii. Acht coördinatoren van de GGD-regio's;
 - iii. Vijf uitvoerende CSG's; te weten in: Twente, Flevoland, Zeeland, Dordrecht en Hollands-Midden;

- iv. Vijf Stakeholders: een huisarts, GGD GHOR Nederland, Centrum Seksuele Gezondheid Noord-Nederland, Soa Aids Nederland en Rutgers;
- v. Portefeuillehouder seksuele gezondheid GGD GHOR Nederland (tevens technisch voorzitter van ASG-stuurgroep);
- b. Een kwantitatieve en financiële analyse van de relatieve subsidieverdeling;
- c. Enquête onder alle uitvoerende CSG's, gericht op interne en externe samenwerking (100% respons⁹);
- d. Interview en scenario-uitwerking voor de hernieuwde overweging van de ASG-middelen in de regio Utrecht;
- e. Twee expertbijeenkomsten waarin de (voorlopige) onderzoeksresultaten zijn getoetst en verdiept.

In bijlage B hebben wij een overzicht opgenomen van alle betrokken personen.

1.6 Leeswijzer

¹⁴ Hoofdstuk 2 gaat in op de eerste onderzoeksvraag over de relatieve verdeling van financiële middelen. In hoofdstuk 3 verdiepen

⁹ In de regio Utrecht hebben de drie partijen die de ASG-regeling uitvoeren (de GGD regio Utrecht, Volksgezondheid Utrecht en UMC Utrecht) alle drie de enquête ingevuld. GGD Gooi en Vechtstreek heeft geen eigen CSG, zij hebben de enquête niet ingevuld.

wij de tweede onderzoeksvraag en geven wij een beschrijving van de mogelijkheden voor verdere inbedding van de ASG-taken. In hoofdstuk 4 formuleren wij aanbevelingen op basis van de evaluatie. Bijlage A bevat een overzicht van de sub-onderzoeksvragen van het onderzoek. In bijlage B geven wij nadere toelichting op de aanpak van het onderzoek en de betrokken personen. In bijlage C gaan we in op specifieke problematiek in de regio Utrecht. In bijlage D hebben wij een overzicht opgenomen van ontwikkelingen die van invloed zijn op de uitvoering van de ASG en van voorbeelden van initiatieven die door CSG's zijn genoemd ter verbetering van de dienstverlening. Tot slot bevatten bijlagen E tot en met G de topiclijsten van interviews en de enquête.

2. Relatieve verdeling

¹⁵ In dit hoofdstuk gaan wij in op de eerste centrale vraag van ons onderzoek: *Wat is (de grondslag voor) een optimale relatieve verdeling van de ASG-middelen over de regio's?*

¹⁶ Op basis van interviews, enquête en expertbijeenkomsten, kan het antwoord op deze vraag als volgt worden samengevat:

Het budgetplafond heeft geleid tot een **stimulans tot prioritering, efficiëntie en innovatie**. Regio's kiezen hierbij hun eigen taakaccenten. In de uitvoering van de regeling staat professionele vrijheid van de CSG's voorop en worden daarnaast landelijke afspraken gemaakt.

Uit de evaluatie blijkt dat er geen goede wenselijke en/of haalbare alternatieven lijken te zijn voor de huidige relatieve verdelingssystematiek en dat regio's over het algemeen kunnen werken met deze verdeling. Er is daarom **onvoldoende grondslag de huidige relatieve verdelingssystematiek op basis van historie aan te passen**.

In één van de regio's, Utrecht, bestaan echter **knelpunten met het huidige budget**. Deze knelpunten maken dat het budget in deze regio een nadere beoordeling behoeft.

¹⁷ In dit hoofdstuk geven wij eerst een beschrijving van de huidige situatie, waarna wij in gaan op een verkenning van aanpassing van de budgetverdeling en tot slot geven wij een nadere toelichting op de situatie van de regio Utrecht.

2.1 Beschrijving van de huidige situatie

2.1.1 Budgetplafond leidt tot keuzes gericht op prioritering, efficiëntie en innovatie

¹⁸ De huidige relatieve verdeling van de ASG-middelen is gebaseerd op het niveau van de subsidie in 2013 (zie paragraaf 1.2, alinea 7). In figuur 1 is te zien dat regio Noord-Holland/Flevoland het grootste aandeel van de ASG-middelen ontvangt (36%). Regio Utrecht (4%) ontvangt na regio Noord-Nederland en Limburg (beide 6%) het kleinste aandeel.



Figuur 1. Relatieve verdeling subsidiebudget

19 Wij constateren dat CSG's - mede door het budgetplafond - op zoek zijn naar meer efficiëntie. In dit kader houden CSG's triage, prioritering en huidige (werk)processen tegen het licht en investeren zij in innovatie. Hierbij hebben CSG's professionele vrijheid in keuzes die ze maken in de uitvoering van de regeling, waarbij daarnaast soms landelijke afspraken worden gemaakt, die in de stuurgroep afgestemd worden.

20 Eén van de belangrijkste ontwikkelingen als gevolg van het budgetplafond in combinatie met een toenemende vraag naar seksuele gezondheidszorg is dat CSG's strenger triëren en prioriteren. CSG's proberen personen met een hoog risico op soa nog steeds zo snel mogelijk te zien, gericht op het doel van de ASG-regeling om verspreiding van soa's te voorkomen. Personen met een laagrisicoprofiel en laagrisico gedrag (bijvoorbeeld: jongeren onder 25 jaar zonder klachten) krijgen hierdoor te maken met een langere wachttijden en CSG's verwijzen deze doelgroep vaker door naar de huisarts of naar een private soa-poli. Ook bieden sommige CSG's aan laagrisicogroepen thuishtesten aan. Uit gesprekken met CSG's constateren wij echter dat de vervolgstappen die CSG's nemen in de hulpverlening naar aanleiding van de triage sterk verschillen tussen regio's. CSG's hebben verschillende visies op wat acceptabele wachttijden zijn, welke doelgroepen wanneer kunnen worden doorverwezen naar huisartsen en private soa-poli's en in welke mate bij thuishtesten de kwaliteit van de hulpverlening voldoende kan worden geborgd. Er bestaan bijvoorbeeld bij sommige CSG's twijfels over de kwaliteit van de hulpverlening door private soa-poli's, en sommige CSG's plaatsen de kanttekening dat bij thuishtesten minder ruimte bestaat voor het gesprek rondom seksuele hulpverlening (sense), dat vaak wel nodig is. In paragraaf 4.3 bevelen wij aan deze verschillen te overbruggen door goede voorbeelden met elkaar te delen en waar mogelijk harmonisatie na te streven.

²¹ CSG's geven daarnaast op verschillende manieren invulling aan efficiëntere (werk)processen. Zo werken enkele regio's met een gezamenlijk afsprakenbureau, waardoor patiënten bij een hoge toestroom verspreid worden over de regio. Ook maakt een aantal CSG's gebruik van een online triage. Patiënten voeren dan voorafgaand aan een consult online een vragenlijst in, waardoor vervolgens het fysieke consult gericht kan verlopen.

²² Sommige CSG's kennen een postcodebeleid. Sommige CSG's hebben beleid om alleen cliënten uit de eigen regio te behandelen, andere regio's zijn minder stringent, maar vragen wel een postcode, om een cliënt uit een andere regio door te kunnen verwijzen naar de CSG in de eigen regio. Uit onderzoek van de stuurgroep ASG blijkt dat de overloop tussen de regio's nagenoeg evenredig was. Dat betekent, dat elke regio ongeveer evenveel cliënten uit andere regio's ziet als dat er cliënten uit de eigen regio in andere regio's naar een CSG gaan. Wij constateren dat een dergelijk postcodebeleid gevoelig ligt en CSG's hierover van mening verschillen. Enerzijds is er een inhoudelijk bezwaar, omdat de ASG-regeling een landelijke regeling is waarin het publieke belang - voorkomen van verdere verspreiding van soa's - voorop staat en die tevens centraal wordt gefinancierd. Hierin zou een gemeente- of regiogrens niet belemmerend mogen zijn. Anderzijds heeft bezwaar betrekking op de relatieve werklast die een postcodebeleid oplegt bij omringende CSG's. De overloop van het aantal patiënten kan voor een grote CSG als relatief klein worden ervaren, maar een toename

van extra patiënten kan in kleinere omringende CSG's zwaarder drukken op wachttijden en budget. Deze regio's moeten immers meer patiënten testen en behandelen voor hetzelfde budget. In paragraaf 4.1 bevelen wij aan de omvang van het effect nader te onderzoeken en op basis daarvan met coördinerende GGD'en in gesprek te gaan over de (on)wenselijkheid van postcodebeleid in het licht van de landelijke regeling.

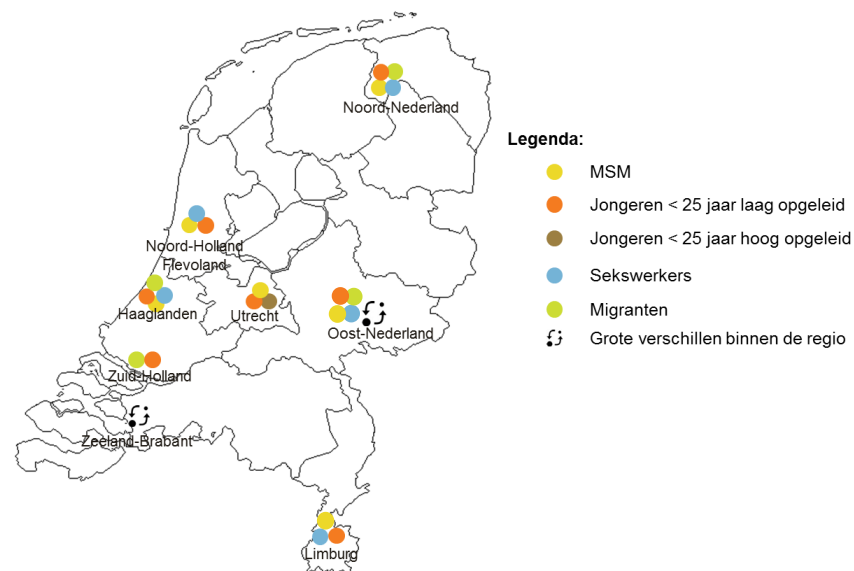
²³ Eén van de recente ontwikkelingen binnen de seksuele gezondheidszorg is e-health. Denk hierbij aan online chats, het bieden van apps en online gaming. In bijlage D hebben wij voorbeelden van e-health opgenomen die CSG's hebben ontwikkeld. Deze ontwikkeling zorgt voor nieuwe manieren om risicogroepen te bereiken. De CSG's besteden gezamenlijk 15% van de Sense-middelen voor de (door)ontwikkeling van een landelijk e-health netwerk, aansluitend op de huidige seksuele hulpverlening. Dit landelijke netwerk ontwikkelen CSG's in samenwerking met Soa-Aids Nederland, Rutgers en RIVM/Cib. Hiervoor voeren CSG's chatsprekuren uit en werken zij aan de ontwikkeling van een webcamconsult. Daarnaast ontwikkelt een aantal CSG's eigen applicaties en websites. Veel CSG's denken dat e-health potentieel cliëntgerichtheid, efficiëntie en benaderbaarheid kan verbeteren, maar niet volledig als vervanging van de *face-to-face* seksuele hulpverlening kan dienen.

2.1.2 CSG's kennen verschillende beleidskeuzes

²⁴ Regio's (en soms ook CSG's binnen een regio) maken verschillende keuzes in de uitvoering van de ASG-regeling en kiezen daarbij eigen taakaccenten. De professionele vrijheid die de CSG's hebben in de uitvoering van de ASG-taken wordt ervaren als belangrijke pijler van de regeling. Deze beleidsruimte biedt de mogelijkheid maatwerk te bieden in de soa-zorg, welke passend is bij de kenmerken van de verschillende regio's. Er zijn bijvoorbeeld verschillen in de mate waarin de CSG's inzetten op soa-curatie versus preventie en op welke risicogroepen de CSG's zich richten. Deels kunnen deze verschillende keuzes verklaard worden door verschillen in de samenstelling van inwoners in een regio: in de mate waarin risicogroepen vertegenwoordigd zijn en zich melden bij CSG's. Zo wonen in de regio Utrecht relatief gezien het grootste aantal jongeren onder de 25 jaar, veelal studenten. Deze vragen een andere aanpak dan voor de CSG Amsterdam, waar de groep 'mannen die seks hebben met mannen' (hierna: MSM) juist relatief groot is. Verschillen in beleidskeuzes ontstaan ook door verschil in problematiek tussen stedelijk en niet-stedelijk gebied.

²⁵ In figuur 2 zijn de verschillen in nadruk van beleidskeuzes tussen de regio's weergegeven, wat betreft (sub)risicogroepen waar zij zich op richten. Wanneer er binnen een regio grote verschillen bestaan tussen CSG's, geven wij dit in de figuur weer. In deze figuur is een verschil gemaakt tussen jongeren onder de 25 jaar met een hoge en

lage opleiding. De reden hiervoor is dat CSG's opmerken dat het vindpercentage vaak lager is onder studenten met een hoog opleidingsniveau, ten opzichte van jongeren onder de 25 jaar met een laag opleidingsniveau.



Figuur 2. Nadruk in beleidskeuzes op de (sub)risicogroepen van de ASG-regeling per regio (niet uitputtend)

2.2 Er is onvoldoende grondslag om de huidige relatieve verdelingssystematiek aan te passen

²⁶ Idealiter zou een verdelingssystematiek gebaseerd zijn op objectieve criteria die recht doen aan verschillende taakaccenten van regio's en tegelijkertijd innovatie en efficiëntie blijven stimuleren. Echter, er is slechts beperkt informatie beschikbaar over relevante objectieve risicofactoren. Het is bijvoorbeeld niet geregistreerd hoe groot de groep MSM of sekswerkers in elke regio is. En ook andere factoren die een rol spelen, zoals het politieke landschap (zie paragraaf 3.1.2.) en de wijze waarop seksuele gezondheid in de regio is georganiseerd, zijn moeilijk te objectiveren.

²⁷ Indicatoren waar wel informatie over beschikbaar is, zoals (de ontwikkeling van) het aantal inwoners in een regio of het aantal inwoners jonger dan 25 jaar doen onvoldoende recht aan specifieke problematiek die in een regio speelt. Ter illustratie: als op basis van deze indicatoren een herijking van de verdeling plaats zou vinden, zou bijvoorbeeld de regio Limburg een lager budget krijgen, omdat het aantal inwoners in deze regio is afgenomen tussen 2013 en 2016. Dan zou echter voorbij worden gegaan aan dat er in deze regio bijvoorbeeld een relatief grote risicogroep met hoog-risicogedrag onder laag opgeleide jongeren bestaat.

²⁸ Dit maakt het onmogelijk om de relatieve verdelingssystematiek van financiële middelen te baseren op objectieve criteria.

Coördinerende GGD'en bevestigen dat er geen goede wenselijke en/of haalbare alternatieven lijken te zijn. Bovendien geven de meeste regio's aan over het algemeen te kunnen werken met de huidige verdeling.

2.3 Knelpunt in de regio Utrecht

²⁹ Ondanks dat een algemene aanpassing van de relatieve verdeling niet haalbaar en noodzakelijk is, blijkt uit gesprekken met CSG's dat er knelpunten bestaan met betrekking tot het budget van de regio Utrecht. Omdat de evaluatie zich beperkt tot een beoordeling van de relatieve verdeling *tussen* de coördinerende GGD'en (regio's) en niet op de verdeling *binnen* een regio, is in het onderzoek niet onderzocht in hoeverre signalen van knelpunten van individuele CSG's gegrond zijn. Het is aan de regio's hier nader onderzoek naar te doen en mogelijk onderlinge afspraken op basis van de ontwikkelingen binnen de regio te herijken. De problematiek in de regio Utrecht lijkt van andere aard. Mede vanwege het historisch lage budget in deze regio. Andere CSG's erkennen deze problematiek en geven aan dat deze een oplossing verdient. In bijlage C geven wij een nadere toelichting hierop en mogelijke suggesties voor oplossingsrichtingen.

3. Inbedding van de ASG-regeling

³⁰ De tweede hoofdvraag uit dit onderzoek luidt: Hoe kunnen de ASG-taken beter ingebed worden; aansluitend op, en gebruikmakend van, andere publieke en/of gezondheidsdiensten en -taken?

³¹ Op basis van interviews, enquête en expertbijeenkomsten, kan het antwoord op deze vraag als volgt worden samengevat:

CSG's geven op verschillende wijzen actief vorm aan de samenwerking met andere afdelingen binnen de GGD, andere CSG's, gemeenten en externe partijen. Deze samenwerking wordt steeds meer gezocht. De ASG-taken kunnen echter nog beter ingebed worden door:

- a. **Samenwerking op basis van een gemeenschappelijke visie** op publieke gezondheidszorg, door: gezamenlijke visievorming met andere afdelingen binnen de GGD, gezamenlijke uitvoering van gemeenschappelijk beleid, integraal beleid richting externe partijen, gezamenlijk beleid met externe partijen en het instellen van een eventuele veldnorm;
- b. **Duidelijke onderlinge communicatie en afstemming**, vormgegeven door integraal relatiebeheer en accountmanagement en door gegevens uit te wisselen en gezamenlijk onderzoek uit te voeren;
- c. **Uitbreiding van de landelijke samenwerking tussen CSG's**, middels landelijke aanpak op specifieke thema's, aansluiting op (inter)nationale ontwikkelingen en delen van goede voorbeelden en successen.

³² In paragraaf 3.1 beschrijven wij eerst op welke wijze in de huidige situatie de samenwerking en inbedding wordt ingevuld. Vervolgens gaan wij in de paragrafen 3.2 tot en met 3.5 in op aanknopingspunten voor verdere verbetering van de inbedding. Wij merken op dat de voorbeelden die wij in het onderzoek hebben opgehaald en die wij in dit hoofdstuk noemen niet uitputtend zijn.

3.1 Huidige situatie: samenwerking wordt actief vormgegeven

³³ De aanvullende seksuele gezondheidszorg is onderdeel van de algemene publieke gezondheidszorg. Zoals ook uit de vorige evaluatie uit 2013 bleek, is de ASG binnen de GGD goed belegd, vanwege: de landelijke dekking, de toegankelijkheid van de GGD en omdat het brede netwerk rondom de GGD gebruikt kan worden. In de praktijk werken de CSG's op het gebied van seksuele gezondheid samen met een breed palet aan (keten)partners, zoals:

- a. Andere afdelingen binnen de GGD, zoals: gezondheidsbevordering, infectieziektebestrijding, jeugd-gezondheidszorg, OGGZ en epidemiologie;
- b. Ziekenhuizen (dermatologen);
- c. Huisartsen;
- d. Buurtcentrum/wijkteams;
- e. Centrum Seksueel Geweld;
- f. Veilig Thuis;
- g. FIOM voor de uitvoering van keuzehulpgesprekken;
- h. Toezicht op: seksinrichtingen, prostitutie en mensenhandel;
- i. Academische werkplaatsen;
- j. Onderwijsinstellingen, zoals: Middelbaar Onderwijs en ROC's;
- k. Kennisinstituten, zoals: Rutgers en Soa Aids Nederland.

³⁴ In algemene zin geven de CSG's al actief vorm aan de interne en externe samenwerking van de CSG's en de inbedding van de ASG-

taken. Landelijke samenwerking en afstemming tussen de CSG's wordt gerealiseerd vanuit de landelijke ASG-stuurgroep, bestaande uit de acht regio-coördinatoren. Verder vindt landelijke afstemming met beroepsverenigingen plaats, zoals de vakgroep Seksuele gezondheid van de Vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland en de Werkgroep Artsen Seksuele gezondheid en Soa-bestrijding (WASS) van de Vereniging voor Infectieziekten. Ook werkt een aantal regio's samen op het gebied van onderzoek en dragen alle CSG's bij in de ontwikkeling van e-health, waarvoor een deel van het landelijk Sense-budget wordt gereserveerd. De CSG's benadrukken tegelijkertijd het belang van vrije beleidsruimte binnen de ASG-regeling, zodat binnen de regio ASG-middelen op basis van maatwerk ingezet kan worden, gegeven specifieke kenmerken van de regio.

³⁵ In het vervolg van deze paragraaf gaan wij nader in op de samenwerking tussen de CSG en andere afdelingen binnen de GGD en de samenwerking met externe organisaties in de regio.

3.1.1 Samenwerking met andere afdelingen binnen de GGD

³⁶ Wij hebben in kaart gebracht in hoeverre sprake is van samenwerking op seksuele gezondheidszorg tussen CSG's en andere GGD-afdelingen. Dit hebben wij gedaan voor de afdelingen:

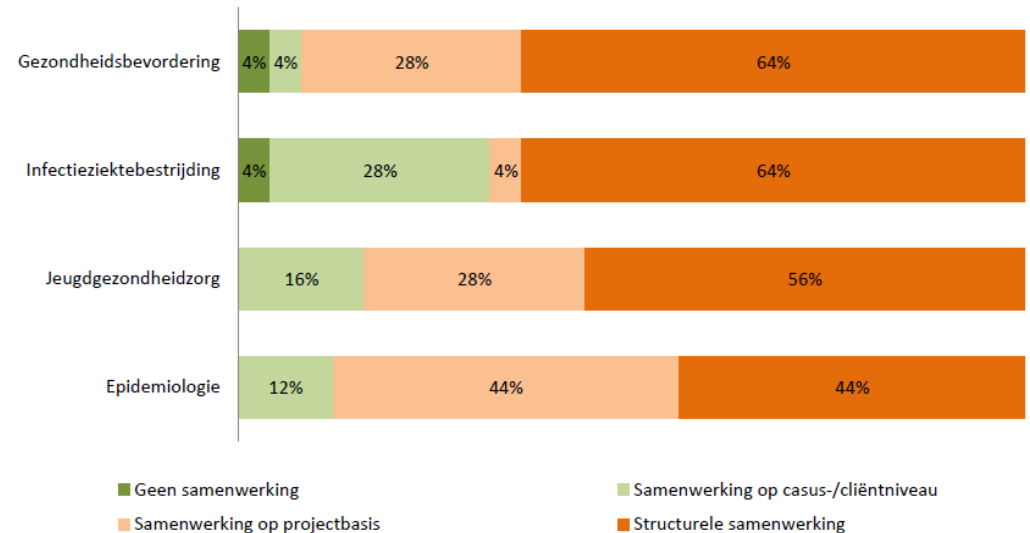
- a. Gezondheidsbevordering (hierna: GB);
- b. Infectieziektebestrijding (hierna: IZB);

significant.

- c. Jeugdgezondheidszorg (hierna: JGZ)¹⁰;
- d. Epidemiologie/onderzoek.

³⁷ Naast bovenstaande afdelingen vindt bij een aantal GGD'en (intensieve) samenwerking plaats met de afdeling Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (hierna: OGGz) en met Veilig Thuis. Deze samenwerkingen zijn in het onderzoek niet nader uitgediept.

³⁸ Zoals te zien is in figuur 3 werken CSG's ($n = 25$)¹¹ veel samen met de voorgenoemde afdelingen, veelal structureel of op projectbasis. Structurele interne samenwerking vindt het vaakst plaats met de afdelingen GB en IZB: bij ruim 60% van de CSG's. Voor JGZ is dit percentage wat lager, maar nog bijna 30% van de CSG's heeft een samenwerking op projectbasis met deze afdeling.



Figuur 3. Interne samenwerkingsvormen binnen een GGD ($n = 25$)¹²

³⁹ Met de afdeling epidemiologie is de samenwerking in gelijke mate ofwel structureel (44%) van aard of op projectbasis (44%). Eén CSG geeft aan dat er geen samenwerking bestaat met GB en IZB, dit betreft het UMC Utrecht, waar in de regio de samenwerking met deze afdelingen via GGD regio Utrecht loopt. Samenwerking op casus-/cliëntniveau is met name aanwezig met de afdeling IZB.

⁴⁰ De inhoudelijke wijze waarop wordt samengewerkt verschilt per CSG en per afdeling. Dit geven wij weer in figuur 4. De figuur geeft

¹⁰ In sommige gemeenten is JGZ niet bij de GGD belegd, maar bijvoorbeeld bij de gemeente.

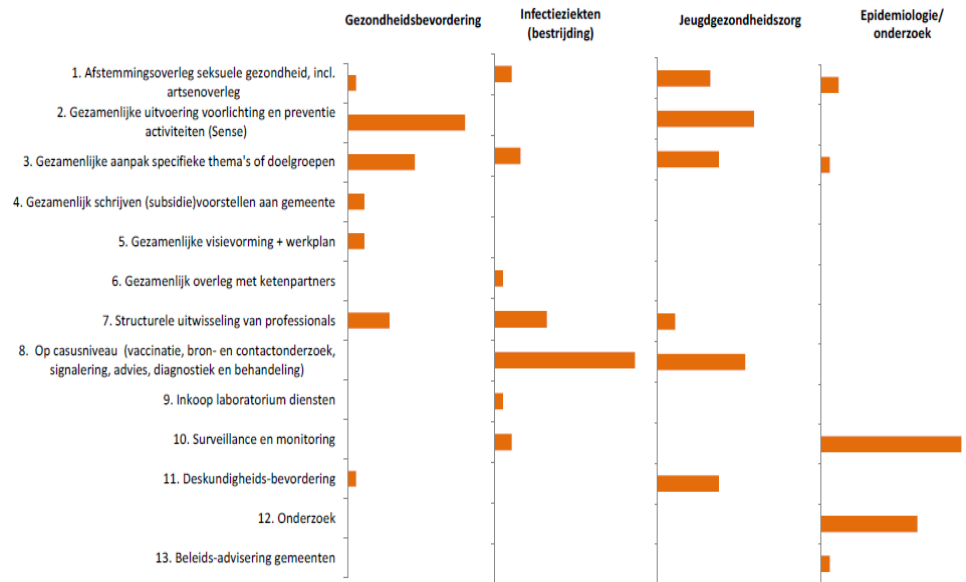
¹¹ De enquête is ingevuld door 24 CSG's en één additionele partij in regio Utrecht, namelijk: Volksgezondheid Utrecht (zie bijlage B voor een nadere toelichting). Het UMCU kon deze vraag niet beantwoorden.

¹² Zie voetnoot 11

een beeld van de meest voorkomende manieren waarop samenwerking vorm krijgt. Het overzicht is niet uitputtend (een leeg veld betekent niet per definitie dat er nooit op die wijze samenwerking plaatsvindt met de betreffende afdeling). De samenwerking met GB en JGZ bestaat bij de meeste CSG's hoofdzakelijk uit samenwerking in de voorbereiding en uitvoering van voorlichting en preventieactiviteiten, bijvoorbeeld: op scholen, en de gezamenlijke aanpak van specifieke thema's of doelgroepen. Denk hierbij aan Gezonde School activiteiten, weerbaarheidstrajecten en chatsessies met jongeren.

41 In sommige CSG's in de samenwerking met GB, IZB en JGZ ingevuld door de structurele uitwisseling en inzet van elkaars professionals (arts, verpleegkundige, gezondheidsbevorderaar). Hierdoor bestaan er korte lijntjes tussen de afdelingen en maken zij gebruik van elkaars kennis en expertise.

42 Veel CSG's vullen de samenwerking met de afdelingen IZB en JGZ in door afstemming op casusniveau. Bij JGZ gaat dit met name om consultatie en advies naar aanleiding van structurele contactmomenten met jongeren. Bij IZB omvat dit met name afstemming rondom advies, diagnostiek en behandeling bij cliënten met specifieke infectieziekten (hepatitis B en C).

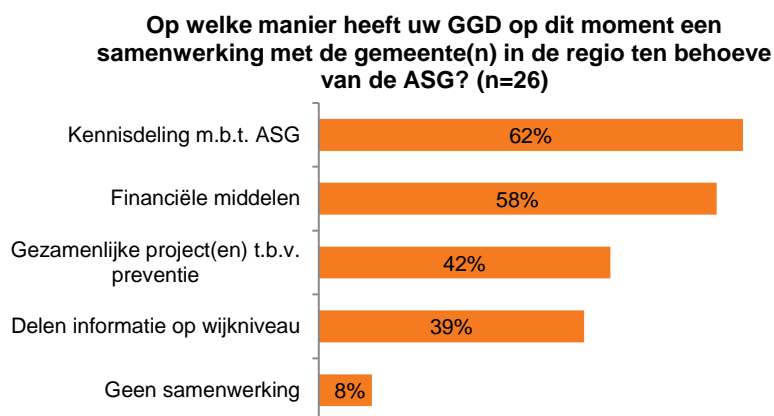


Figuur 4. Wijze waarop CSG's met andere afdelingen samenwerken.

43 Een aantal CSG's heeft een afstemmingsoverleg seksuele gezondheid met de afdelingen GB, IZB en JGZ en in overleg ook met epidemiologie/onderzoek. Met laatstgenoemde afdeling bestaat de samenwerking hoofdzakelijk uit de aanlevering van beleidsinformatie en de bespreking daarvan. Aan de hand van deze monitorinformatie kan vervolgens beleid worden afgestemd.

3.1.2 Samenwerking met gemeenten

⁴⁴ Voor CSG's zijn gemeenten belangrijke samenwerkingspartners, als (mede-)financier van publieke gezondheidstaken, waar seksuele gezondheidszorg onderdeel van is, om kennis en informatie te delen en/of om gezamenlijke projecten op te pakken (zie figuur 5). CSG's kijken wel wisselend naar het belang van samenwerking met gemeenten. En ook de mate waarin wordt samengewerkt en de manier waarop de relatie vorm krijgt, varieert sterk tussen regio's.



Figuur 5. Vormen van samenwerking tussen CSG's en gemeenten

⁴⁵ Er is bijvoorbeeld grote variatie tussen CSG's, en tussen gemeenten, in de mate waarin gemeenten een financiële bijdrage leveren die specifiek bedoeld is voor uitvoering van ASG-taken als aanvulling op de ASG-subsidie. In veel regio's geven gemeenten

geen aanvullende financiële bijdrage, sommige gemeenten geven een structurele bijdrage en sommigen stellen extra middelen ter beschikking ten behoeve van preventie en gezondheidsbevordering, vaak op gerichte activiteiten en specifieke (kwetsbare) doelgroepen in de gemeente/regio.

⁴⁶ Concrete gemeentelijke samenwerking vindt voornamelijk plaats ten behoeve van preventietaken. Sterk bepalend voor de wijze waarop CSG's de samenwerking met gemeenten vormgegeven zijn: het politieke landschap, de omvang van de gemeenten binnen de regio en versnippering binnen de regio. Eén CSG heeft vaak te maken met zeer veel verschillende gemeenten met ieder een eigen politieke achtergrond en beleid. Dat maakt het lastig om als CSG daar eenduidig beleid en één uniforme aanpak op te ontwikkelen.

3.1.3 Samenwerking met andere externe partijen

⁴⁷ Ook in de samenwerking met andere lokale en regionale stakeholders verschillen CSG's in de wijze waarop zij dit invullen, afhankelijk van het lokale beleid, de wijze waarop seksuele gezondheidszorg is georganiseerd in de regio, en soms van persoonlijke contacten.

⁴⁸ Samenwerking met andere zorgverleners, zoals: huisartsen en ziekenhuizen, vindt over het algemeen ad hoc en op casuïstiek niveau plaats. In sommige regio's blijft het daartoe beperkt, maar in

een aantal regio's is aanvullend een aantal keren per jaar een overleg met huisartsen. Tevens organiseren sommige CSG's bijscholing voor huisartsen. In paragraaf 3.2.3. hebben wij beschreven wat deze intensievere samenwerking kan opleveren.

⁴⁹ De samenwerking met Centra voor Seksueel Geweld is afhankelijk van de wijze waarop het centra voor seksueel geweld is georganiseerd. In sommige regio's heeft de GGD deze centra opgezet, en soms zelfs ondergebracht in het soa-team. De samenhang tussen soa-zorg en hulpverlening bij seksueel geweld is dan nauw. In een enkele regio is er meer (fysieke) afstand, maar is sprake van intensieve samenwerking en overleg, door bijvoorbeeld deelname in de begeleidingscommissie, het landelijk kartrekkersoverleg en in procesoverleg. In andere regio's blijft de afstemming beperkt tot doorverwijzingen naar elkaar. Met name in deze regio's is het zoeken van nadere samenwerking gewenst, bijvoorbeeld in de vorm van reguliere overleggen.

⁵⁰ In de regio Noord-Nederland is er als enige regio in Nederland een intensieve samenwerking met een zelfstandige soa-poli: Centrum voor Seksuele Gezondheid Noord-Nederland. Deze organisatie is ontstaan uit een voormalig Rutgerhuis in samenwerking met een abortuskliniek. De drie GGD'en in de regio en CSGNN werken met name nauw samen op het gebied van preventie en hulp die buiten de ASG-regeling valt. Zo hebben de organisaties een gezamenlijke voorlichtingspool, van waaruit bijvoorbeeld voorlichting

op scholen wordt gegeven (als de leerlingen van de school onder doelgroep van de ASG-regeling vallen gratis en anders tegen vergoeding van de school). Er vindt hiervoor uitwisseling van personeel plaats tussen de CSG's en CSGNN. Daarnaast verwijzen de GGD'en cliënten die buiten de doelgroep van de ASG-regeling vallen door naar de soa-poli, waar cliënten tegen betaling een (gecertificeerde) (online) test kunnen laten uitvoeren. Door de samenwerking delen de organisaties hun kennis en vergroten zij de mogelijkheden om hun doelgroepen te bereiken. In deze regio biedt deze samenwerking de mogelijkheid om een relatief groot deel van de ASG-subsidie te besteden aan preventie-activiteiten.

3.1.4 Samenwerking tussen CSG's binnen de regio

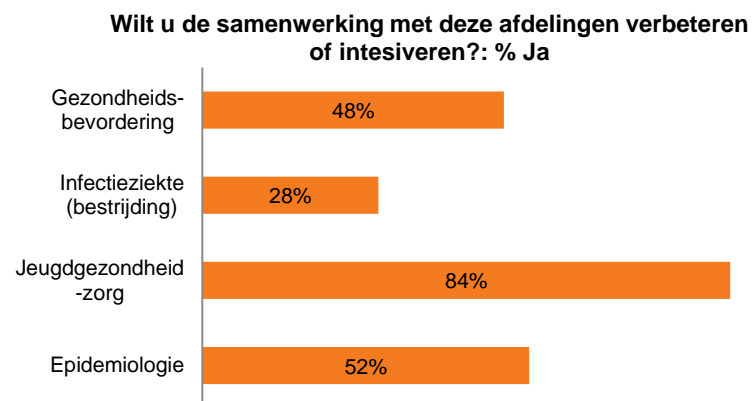
⁵¹ Tot slot vullen regio's ook de onderlinge samenwerking tussen CSG's in de regio verschillend in. In veel regio's stellen CSG's gezamenlijk de kaders vast in een regionaal overleg, maar heeft iedere CSG eigen autonomie in de uitvoering van de CSG. Samenwerking wordt vaak gezocht in praktische zaken, bijvoorbeeld: vormgegeven door een gezamenlijk afsprakensysteem, gezamenlijke triage-richtlijnen en het uitvoeren van gezamenlijke gegevensverzameling en onderzoek.

3.2 Inbedding verbeteren door samenwerking op basis van een gemeenschappelijke visie op publieke gezondheidszorg

⁵² Zoals we hebben beschreven in paragraaf 3.1 gebeurt er in CSG's al veel wat betreft samenwerking en inbedding van de ASG-regeling. In deze paragraaf beschrijven we op welke vlakken hierin nog verdere verbetering en/of intensivering mogelijk is.

3.2.1 Gemeenschappelijke visievorming met andere afdelingen binnen de GGD

⁵³ Hoewel CSG's al relatief veel samenwerken met andere afdelingen binnen de GGD (zie paragraaf 3.1.1.), kan de interne samenwerking met andere afdelingen van de GGD geïntensiveerd en/of verbeterd worden, aansluitend op en gebruikmakend van andere publieke en/of gezondheidsdiensten en -taken. CSG's beamen dit, zoals blijkt uit de antwoorden uit de enquête die zijn weergegeven in figuur 6.



Figuur 6. Verbetering en intensivering samenwerking

NB: de afdeling OGGZ ontbreekt in dit overzicht (is niet onderzocht).

⁵⁴ Hierbij zit vooral veel potentie in verbetering van de samenwerking met de afdeling jeugdgezondheidszorg (JGZ). Tussen de CSG en JGZ overlappen doelgroepen en thema's voor een groot deel, onder andere in voorlichtings- en preventieactiviteiten. Samenwerking tussen deze twee afdelingen levert daarom veel op. De drempels tot verbinding met deze afdeling zijn echter vaak wat groter, soms door de fysieke afstand, omdat JGZ niet in elke gemeente bij de GGD is belegd, en soms doordat bij JGZ prioriteiten op andere vlakken liggen, zoals: de afstemming met andere ketenpartners in de jeugdzorg, waar sinds de decentralisatie van de jeugdzorg naar gemeenten meer aandacht naartoe gaat. Op dit vlak is daarom winst te behalen, en dat vraagt aandacht en initiatief van CSG's.

⁵⁵ Naast de hierboven genoemde afdelingen is aandacht voor de samenwerking met onder andere de OGGZ, Centra voor Seksueel Geweld en Veilig Thuis van belang.

⁵⁶ Voor een intensivering en verbetering van de samenwerking is het van belang wederzijds kennis te hebben van elkaars aandachtsgebieden en werkprocessen om te zien waar onderlinge raakvlakken liggen. Vervolgens kunnen de raakvlakken benut worden door een gemeenschappelijke visie te vormen op seksuele gezondheidszorg of thema's die daar aan raken, en daar beleid op te maken. Dit kan worden vormgegeven door in GGD-brede werkgroepen te werken aan deze gezamenlijke visie, waardoor een integrale werkwijze aan seksuele gezondheid ontstaat, en seksuele gezondheid meer als speerpunt binnen de publieke gezondheidszorg wordt gezien. Een belangrijke randvoorwaarde hiervoor is draagvlak op een hoger niveau in de organisatie. Het is noodzakelijk dat directie en management onderkennen dat samenwerking nodig is en dat seksuele gezondheid gezamenlijk moet worden opgepakt.

3.2.2 Gezamenlijke uitvoering van gemeenschappelijk beleid met andere afdelingen binnen de GGD

⁵⁷ Inbedding kan tevens verbeteren door een minder formele scheiding te laten bestaan tussen ASG-taken en andere publieke gezondheidstaken en door nog nadrukkelijker samen uitvoering te geven aan activiteiten. Niet als doel op zich, maar indien dit bijdraagt

aan verbetering van de hulpverlening en benadering van doelgroepen. Dit kan bijvoorbeeld vorm krijgen in het creëren van combinatiefuncties voor artsen en verpleegkundigen op meerdere afdelingen (voor zover passend binnen het Kwaliteitsprofiel Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg¹³), gezamenlijke voorlichtingen, gezamenlijke deskundigheidsbevordering en gezamenlijk uitvoeren van surveillance.

3.2.3 Integraal beleid richting en samen met gemeenten en externe partijen

⁵⁸ De gemeenschappelijke visie en het gemeenschappelijk beleid komen niet alleen ten goede aan interne betere inbedding van de ASG-taken in de GGD, maar geeft ook meer richting in de samenwerking met gemeenten en externe partijen zoals Veilig Thuis of Centra voor Seksueel Geweld.

⁵⁹ De meerderheid van de CSG's (86%) heeft in de enquête aangegeven dat zij de wens heeft de samenwerking met gemeenten te verbeteren of intensiveren. Veel CSG's geven daarbij aan dat de positionering van de seksuele gezondheidszorg in het totale (gezondheids)beleid van gemeenten sterker kan. Onderdeel daarvan is het samen met gemeenten optrekken in de vormgeving van

¹³ Werkgroep kwaliteitsprofiel GGD Centra seksuele gezondheid, Update 2016, Bewerking 28 november 2016 (<http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=7986d613-54f3-402b-b653-be9b3b718189&type=pdf&disposition=inline>).

gezondheidsbeleid en verbindingen te leggen van seksuele gezondheid met andere beleidsterreinen, zoals: de Wmo, veiligheid en zorg. Een concreet voorbeeld daarvan is het programma: 'Nu niet zwanger'¹⁴. In de afstemming met gemeenten is het behulpzaam dat niet alle losse GGD-afdelingen met de gemeenten communiceren, maar dat de GGD als één organisatie richting de gemeenten optreedt, zodat de gemeenten niet met allerlei ad hoc vragen bij de afzonderlijke afdelingen komen.

⁶⁰ De mate waarin wordt samengewerkt met andere ketenpartners, zoals: huisartsen en private soa-poli's, wisselt per CSG (zie: paragraaf 3.1.3). De externe stakeholders die wij in dit onderzoek hebben gesproken, geven aan dat de samenwerking en afstemming beter kan. Er is bijvoorbeeld verbetering te behalen in het gezamenlijk realiseren van kwaliteitsverbeteringen, onder andere door: meer kennis te delen en deskundigheidsbevordering en bijscholing over en weer te organiseren, meer gezamenlijk op te trekken in preventiebeleid en betere afspraken te maken over onderlinge doorverwijzingen. Een concreet voorbeeld van afstemming tussen CSG en huisarts, genoemd door de huisarts die wij voor dit onderzoek hebben gesproken, is het zoeken van samenwerking in wijkgerichte aanpak door bijvoorbeeld gevalideerd

¹⁴ <https://www.ggdhvb.nl/professionals/over-de-ggd/programma-nu-niet-zwanger>
Gemeente Tilburg is initiatiefnemer van dit programma. Verschillende regio's hebben het programma overgenomen.

testbeleid in wijken waar HIV of hepatitis B meer voorkomen. Ook met private soa-poli's kunnen CSG's afspraken maken over: doorverwijzingen, preventie-activiteiten en minimaal te leveren kwaliteit, zo blijkt uit goede ervaringen in Noord-Nederland.

3.2.4 Een veldnorm ter bevordering van onderlinge samenwerking

⁶¹ Een manier om samenwerking met andere GGD-afdelingen en andere organisaties te bevorderen kan zijn: het instellen van een (landelijke) veldnorm voor samenwerking. Een dergelijke norm biedt kaders voor de invulling van de samenwerking tussen CSG's en ketenpartners, met tegelijkertijd ruimte voor diversiteit in de uitvoering ervan. De gedachte is dat dit CSG's en vooral ook andere GGD-afdelingen en ketenpartners bewust maakt om samenwerking te zoeken en onderhouden. Een dergelijke norm is bedoeld dat partijen elkaar er op aan kunnen spreken. Er moet vanzelfsprekend gezamenlijk voor gewaakt worden dat het geen 'afvinklijst' wordt.

3.3 Duidelijke onderlinge communicatie en afstemming

3.3.1 Integraal relatiebeheer en accountmanagement, intern en extern.

⁶² Naast het samen optrekken met andere afdelingen of externe partijen in beleid en uitvoering is duidelijke onderlinge communicatie en afstemming van belang. Integraal relatiebeheer en

accountmanagement, met een vaste contactpersoon, zowel intern als extern, draagt hieraan bij. Dit speelt voornamelijk in contact met gemeenten. Het is essentieel dat partijen elkaar structureel periodiek opzoeken en de tijd nemen in gesprek te gaan. Niet alleen op afdelings- en inhoudelijk niveau, maar ook op management- en directieniveau. Hierbij is het effectief voor de onderlinge communicatie en het gezamenlijk vormen van beleid dat de GGD als één partij optreedt. Door accountmanagement structureel in te richten is er ruimte elkaar te leren kennen, op de hoogte te blijven van elkaars expertise en diensten en deze gericht in te zetten, en in te spelen op actualiteiten of specifieke problematiek. Dit bevordert dat er meer inzicht is in elkaars werk, efficiënte inrichting van het (werk)proces door gerichte samenwerking en dat partijen elkaar weten te vinden in gezamenlijke belangen.

3.3.2 Gegevensuitwisseling en gezamenlijk onderzoek

⁶³ In het kader van mogelijk te realiseren verbeteringen van inbedding zijn gegevensuitwisseling en gezamenlijk onderzoek een van de bepalende factoren die uit deze evaluatie naar voren komen. Door onderzoeksresultaten en monitorinformatie op gemeente- of zelfs wijkniveau intern en extern te delen en bespreken ontstaat zicht op specifieke problematiek. Dat kan input zijn voor gemeenschappelijk beleid of aanpak.

⁶⁴ Door als CSG proactief gemeenten te voeden met feiten en cijfers en daarmee problemen te signaleren, wordt bewustwording gecreëerd bij gemeenten. Dat helpt het onderwerp seksuele gezondheid te agenderen en gezamenlijk thema's op te pakken.

⁶⁵ Onderzoek en surveillance zijn belangrijk voor een gerichte soa-bestrijding. Sommige regio's investeren hier al veel in, en werken hier in samen. Landelijk gezien kan dit nog breder worden opgepakt en doorontwikkeld. Gedegen surveillance en gegevensuitwisseling vragen tijd en ruimte voor gezamenlijk onderzoek met andere afdelingen. Een belangrijke randvoorwaarde is het gebruik van goedwerkende systemen waar eenvoudig data uit gehaald kan worden.

⁶⁶ Tot slot kunnen ook landelijke partijen een rol spelen in het inzichtelijk maken van gegevens. Het onderzoek 'Seks onder 25' is een voorbeeld hiervan, in samenwerking met Rutgers en Soa Aids Nederland. Hierin is echter nog meer behoefte, zowel bij landelijke organisaties als bij CSG's, aan het maken van de vertaling van landelijk onderzoek naar wat dit betekent in regio's.

3.4 Uitbreiding van landelijke samenwerking tussen CSG's

3.4.1 Landelijke aanpak thema's is efficiënt en zorgt voor borging op lokaal niveau

⁶⁷ In gesprekken en expertbijeenkomsten benoemden coördinerende GGD'en het belang van de landelijke structuur zoals die nu is georganiseerd. Deze structuur zorgt ervoor dat landelijke dekking is geborgd en dat er coördinatie op landelijk niveau plaatsvindt over bijvoorbeeld kwaliteit en kennisdeling, terwijl er tegelijkertijd zo veel als mogelijk aansluiting is op de regionale en lokale praktijk. Hoewel de landelijke samenwerking tussen CSG's en de inbedding van de ASG-taken al op gedegen wijze is georganiseerd, is er ruimte voor verdere verbetering hiervan.

⁶⁸ Het is efficiënt om diverse thema's landelijk samen met landelijke ondersteunende organisaties op te pakken. Denk hierbij bijvoorbeeld aan e-health en aan (kwaliteits)standaarden, zoals: beroepsprofielen en effectief bewezen interventies. Landelijke aandacht en afspraken geven lokale CSG's tevens ruggengraat binnen hun eigen GGD om deze thema's goed te agenderen. Het stimuleert en borgt de aanpak van het betreffende thema's op lokaal niveau. CSG's kunnen gezamenlijk bepalen wat speerpunten zijn, bijvoorbeeld jaarlijks in de stuurgroep, en daarover afspraken maken.

3.4.2 Aansluiting op (inter)nationale ontwikkelingen op gebied van seksuele gezondheidszorg

⁶⁹ CSG's geven aan behoefte te hebben aan grotere aansluiting op landelijke en internationale ontwikkelingen op het gebied van seksuele gezondheidszorg. Hierop kunnen zij hun werkzaamheden beter afstemmen. Landelijke organisaties, als: Soa Aids Nederland en Rutgers, kunnen hierin een voedende rol spelen door deze ontwikkelingen onder de aandacht te brengen van de CSG's en te ondersteunen in de vertaling naar de werkzaamheden van CSG's. Deze organisaties zien hier ook een rol in voor zichzelf en vervullen hier op het moment al een rol in.

3.4.3 Delen van goede voorbeelden en successen van CSG's onderling

⁷⁰ CSG's hebben de behoefte om onderzoeken, ervaringen en goede voorbeelden van bijvoorbeeld samenwerking (zowel in- als extern) en effectief beleid onderling te delen. Dit zorgt voor efficiëntie en kwaliteitsverbetering van de ASG-taken, doordat niet iedere lokale CSG het wiel opnieuw hoeft uit te vinden. Tevens biedt dit gelegenheid meer zichtbaar te maken welke goede initiatieven rondom inbedding in andere publieke gezondheidsdiensten plaatsvinden. CSG's doen de suggestie een dynamisch overzicht op te stellen, toegankelijk voor iedere CSG, waarin deze goede voorbeelden gestructureerd zijn weergegeven en up-to-date worden

gehouden. Hierop is sturing nodig, die landelijke organisaties kunnen vervullen.

⁷¹ Tevens is het van belang dat de uitwisseling van kennis en ervaringen op alle niveaus plaatsvindt, zowel in de stuurgroep als in werkgroepen van artsen en/of verpleegkundigen.

4. Aanbevelingen

⁷² In dit hoofdstuk benoemen wij vier aanbevelingen die voortkomen uit de evaluatie, in aansluiting op de hoofdvragen van het onderzoek:

- a. Houd het hanteren van een postcodebeleid van CSG's tegen het licht;
- b. Een nadere beoordeling van het budget in de regio Utrecht is gewenst om knelpunten hier op te lossen;
- c. CSG's kunnen in de samenwerking met andere partijen meer op zoek gaan naar gezamenlijk belang, onder andere ondersteund door kennis en informatie te delen;
- d. CSG's en de coördinerende GGD'en kunnen meer investeren in het delen en breder implementeren van goede voorbeelden en het nastreven van meer harmonisatie, om de kwaliteit en efficiëntie van de hulpverlening te verbeteren en zorg te dragen voor een betere inbedding van de ASG-regeling.

In de paragrafen 4.1 tot en met 4.3 geven wij nadere toelichting op deze aanbevelingen.

4.1 Houd postcodebeleid tegen het licht

⁷³ Zoals in paragraaf 2.1.1. beschreven, leidt het postcodebeleid dat door sommige CSG's wordt gevoerd tot inhoudelijke bezwaren, in het licht van de landelijke opzet van de regeling en het publieke belang, en mogelijke gevolgen voor werklust in andere regio's. De exacte omvang van effecten is echter niet bekend. Wij bevelen daarom aan

dit nader te onderzoeken en op basis daarvan met coördinerende CSG's in gesprek te gaan over de (on)wenselijkheid van postcodebeleid. In het uiterste geval kan VWS overwegen er in de ASG-regeling beperking aan te stellen.

4.2 Op zoek naar gezamenlijk belang, gestimuleerd door kennis en informatie te delen

⁷⁴ Uit de evaluatie blijkt dat CSG's al veel samenwerking met andere publieke en/of gezondheidsdiensten en –taken in de regio zoeken en belang hechten aan de inbedding van de ASG-regeling. Verdergaande samenhang en inbedding is echter mogelijk en wenselijk. Daarbij is het belangrijk op alle niveaus, in elke relatie tussen CSG en andere partijen, te zoeken naar de thema's waarbij er overeenstemming is over het belang ervan. Als de CSG en andere afdelingen, partijen of gemeenten elkaar immers weten te vinden op specifieke thema's, is dat een goede basis voor een verdere samenwerking.

⁷⁵ CSG's kunnen deze verbinding in gang zetten door (meer) kennis en informatie te delen. Met gegevensuitwisseling ontstaat zicht op specifieke problematiek, waar vervolgens gericht en gezamenlijk een aanpak op ingezet kan worden. Het is daarbij voor CSG's aan te raden integraal relatiebeheer en accountmanagement in te richten, zowel intern als extern gericht.

⁷⁶ De invulling hiervan kan bevorderd worden door een landelijke veldnorm in te stellen, met kaders voor samenwerking en tegelijkertijd ruimte voor diversiteit in de uitvoering ervan. Dit kan helpen dat partijen elkaar er op aan kunnen spreken, waarbij er vanzelfsprekend gezamenlijk voor gewaakt moet worden dat dit geen 'afvinklijst' wordt.

4.3 Uitwisseling van goede voorbeelden en indien mogelijk nastreven van harmonisatie

⁷⁷ Wij constateren in deze evaluatie dat veel regio's initiatieven nemen om: efficiënter te werken, inbedding van de ASG-regeling te verbeteren en risicogroepen beter te bereiken met innovatieve aanpakken. De inbedding van de ASG-regeling verbetert verder als deze goede voorbeelden breder worden gedeeld en in andere regio's ook worden geïmplementeerd, aansluitend op de eigen regionale situatie. Het is van belang dat hier regie op wordt gevoerd, passend binnen de huidige structuur en in samenwerking met landelijke organisaties, zoals RIVM, Rutgers, Soa Aids Nederland, GGD GHOR.

⁷⁸ Als neveneffect van uitwisseling kunnen goede voorbeelden input zijn voor een landelijke dialoog in aanvulling op reeds bestaande (kwaliteits)standaarden en mogelijk leiden tot meer uniformiteit in de hulpverlening. Denk bijvoorbeeld aan meer landelijke harmonisatie van wat acceptabele wachttijden zijn en wanneer en op welke wijze

thuissteden worden aangeboden of personen worden doorverwezen naar private soa-poli's of huisartsen. Onze veronderstelling is dat als hier meer overeenstemming over is tussen CSG's, er meer en beter recht kan worden gedaan aan de doelen van de ASG: het voorkomen van verspreiding van soa's. Dit geeft tevens legitimiteit om deze regeling landelijk in de huidige vorm te blijven uitvoeren.

⁷⁹ CSG's hebben in dit onderzoek al verschillende voorbeelden voor dergelijke werkwijzen genoemd. In bijlage D hebben wij een overzicht opgenomen van deze genoemde voorbeelden. Dit overzicht bevat tevens voorbeelden op andere thema's, zoals samenwerking en e-health.

A. Subonderzoeksvragen

80 De hoofdvraag in het onderzoek is tweeledig:

1. Wat is (de grondslag voor) een optimale relatieve verdeling van de ASG-middelen over de regio's?
2. Hoe kunnen de ASG-taken beter ingebed worden, aansluitend op en gebruikmakend van andere publieke en/of gezondheidsdiensten en -taken?

81 Daarnaast zijn subvragen gedefinieerd voor een nadere specificering van het onderzoek. Onder de hoofdvragen hebben wij vier thema's geïdentificeerd waar het onderzoek betrekking op heeft, namelijk:

- Organisatie van de hulpverlening;
- Besteding en verdeling van de middelen;
- Samenhang met andere publieke gezondheidsdiensten;
- (Externe) ontwikkelingen.

82 De subvragen onder beide hoofdvragen zijn ingedeeld in deze vier thema's.

1. *Optimale relatieve verdeling van de middelen*

Organisatie van de hulpverlening

- a. Welke uitvoeringspunten zijn verbeterd door het instellen van het plafond? Wat kunnen regio's daaruit leren en hoe kunnen wij dat vasthouden?

- b. Welke negatieve bijeffecten zijn voortgekomen uit het instellen van het plafond? Hoe kunnen regio's dat opvangen (ook zonder het opheffen van het plafond)?
- c. In hoeverre hebben regionale oplossingen (lokale differentiatie) rondom prioritering en triage invloed op de onderlinge verstandhouding (bijvoorbeeld: het instellen van een postcodegebied of het doorverwijzen van bepaalde risicogroepen)?

Besteding en verdeling van de middelen

- d. Hoe worden de middelen besteed over de verschillende risicogroepen? Wat zijn regionale verschillen van inzet?
- e. Zijn er in dit veld risicofactoren te identificeren op basis waarvan een objectieve verdeling te rechtvaardigen is?
- f. Is er een berekeningssystematiek die kan zorgen voor een duurzame rechtvaardige verdeling van de middelen tussen regio's, rekening houdend met (inter-)regionale ontwikkelingen?
- g. Hoe kan, door herverdeling binnen het plafond, recht gedaan worden aan (inter-)regionale ontwikkelingen?
- h. Welke regionale verdeling van de middelen doet recht aan zowel het aantal personen en grootte van potentiële doelgroep dat een CSG te verwerken krijgt, de triage inzet, alsook aan de ontwikkelmogelijkheden passend bij een regio (bijvoorbeeld: inzet van innovatieve methoden)?

Samenhang met andere publieke gezondheidsdiensten

- i. Welke invloed hebben landelijk uitgevoerde taken op de uitvoering in de regio's (bijvoorbeeld e-hulpverlening)?

(Externe) ontwikkelingen

- j. Welk aandeel in de markt wordt opgepakt door private aanbieders van bijvoorbeeld (zelf)testen? Zijn er mogelijkheden voor samenwerking of taakdifferentiatie?
- k. Welke ontwikkelingen maken de verschillende GGD'en door, die een mogelijke herziening van de verdeling van de middelen over de regio's rechtvaardigt?

2. Inbedding en samenwerking**Organisatie van de hulpverlening**

- a. Zijn er samenwerkings-/uitwisselingsverbanden tussen de verschillende afdelingen (bijvoorbeeld: met jeugdgezondheidszorg of algemene infectieziektebestrijding)? Hoe kunnen deze worden versterkt dan wel bijdragen aan efficiëntie?
- b. Op welke wijze kan afbakening en afstemming van de taken van de individuele zorg (dienstverlening) en publieke zorg beter vorm gegeven worden?

Samenhang met andere publieke gezondheidsdiensten

- c. Hoe verloopt de afstemming binnen de GGD tussen de algemene preventietaken en de aanvullende seksuele gezondheidszorg?
- d. Wat is de specifieke meerwaarde van de ASG-regeling voor de uitvoering van de publieke gezondheidstaken?

(Externe) ontwikkelingen

- e. Welke druk geven nieuwe taken (zoals: centra voor seksueel geweld, keuzehulpverlening) op de centra seksuele gezondheid?
- f. Op welke wijze kunnen nieuwe taken de samenwerking en afstemming binnen en buiten de CSG versterken?

B. Aanpak van het onderzoek

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, hebben we het onderzoek uitgevoerd in vier fasen. Hieronder worden deze vier fasen kort toegelicht.

Fase 1) Voorbereiding

De opstartfase stond in het teken van het definitief maken van de aanpak van het onderzoek en het verder verkennen van de achtergrond van de onderzoeksvragen. De volgende onderzoeksactiviteiten hebben wij daarvoor uitgevoerd:

- i. Startgesprek met opdrachtgevers;
- ii. Documentstudie;
- iii. Verkennende interviews met VWS en RIVM;
- iv. Opstellen topiclijst ten behoeve van interviews.

Fase 2) Taken van de ASG, ontwikkelingen en financiële verdeling in de regio's

Deze fase staat in het teken van een analyse van de taken binnen de ASG-regeling en financiële verdeling in de regio's. In interviews en expertbijeenkomsten brengen wij de huidige situatie en (interne) ontwikkelingen op het gebied van de seksuele gezondheidszorg in beeld.

De volgende onderzoeksactiviteiten hebben wij uitgevoerd

- i. Opvragen en analyse van financiële informatie van de CSG's;
- ii. Interviews met acht coördinerende CSG's (de bijbehorende topiclijst is weergegeven in bijlage E). De interviews hebben met de onderstaande CSG's plaatsgevonden:
 - Amsterdam (Hoofd soa-polikliniek & Programmamanager seksuele gezondheid);
 - Gelderland-Zuid (Manager Algemene gezondheidszorg & coördinator seksuele gezondheid);
 - Groningen (Coördinator Sense Noord-Nederland);
 - Rotterdam-Rijnmond (Teammanager Soa en seksualiteit);
 - Haaglanden (Afdelingsmanager & senior verpleegkundige);
 - Hart van Brabant (Regionaal coördinator Sense);
 - Zuid Limburg (Afdelingshoofd seksuele gezondheid & Afdelingshoofd soa-poli);
 - GGD regio Utrecht (Medisch coördinator soa-bestrijding & business controller).
- iii. Interviews met vijf uitvoerende CSG's (bijbehorende topiclijst is weergegeven in bijlage F). De interviews zijn gehouden met de onderstaande CSG's:
 - CSG Twente (Teamleider algemene gezondheidszorg & arts maatschappij en gezondheid)

- CSG Flevoland (Teamleider seksuele gezondheid & arts maatschappij en gezondheid/forensisch arts);
 - CSG Hollands Midden (Operationeel manager & financieel beleidsmedewerker);
 - CSG Dordrecht (Manager, coördinator Soa, verpleegkundige; vragen zijn digitaal en schriftelijk geleverd);
 - CSG Zeeland (Verpleegkundig specialist & Arts Infectieziektebestrijding/maatschappij en gezondheid).
- iv. Expertbijeenkomst ter terugkoppeling en aanscherping van de verkregen onderzoeksresultaten.
Hierbij waren de volgende personen aanwezig:
- Onderzoekers van Significant;
 - (Senior) beleidsmedewerkers VWS;
 - RIVM;
 - Coördinatoren van de regio's (Amsterdam, Gelderland-Zuid, Haaglanden, Utrecht, Hart van Brabant, Groningen, Rotterdam-Rijnmond).

Fase 3) Optimale relatieve verdeling en samenwerking met aanpalende uitvoeringstaken

De derde fase richt zich op de toekomstige situatie en op scenario's rondom de relatieve verdeling van de ASG-middelen gericht op de situatie in regio Utrecht. In deze fase hebben wij de volgende onderzoeksactiviteiten uitgevoerd:

- i. Interviews met stakeholders:
 - Rutgers;
 - Soa Aids Nederland;
 - Centrum Seksuele Gezondheid Noord-Nederland;
 - GGD GHOR NL;
 - Huisarts;
- ii. Enquête onder alle CSG's gericht op samenwerking, verbeteringen en goede voorbeelden ($n = 26$; respons = 100%). De enquêtes zijn beantwoord door team- of afdelingsmanagers (10), coördinatoren seksuele gezondheid (8), artsen maatschappij en gezondheid (3), verpleegkundig-specialist (3), dermatoloog (1), beleidsadviseur (1). Door middel van een online tool is de vragenlijst verspreid onder alle betrokken CSG's ($n = 24$). GGD Gooi- en Vechtstreek heeft geen soa-poli en is daarom niet meegenomen in het onderzoek. In de regio Utrecht voert het UMCU een groot deel van de ASG-taken uit. Om deze reden hebben zij meegewerkt aan de enquête. De inhoud van de enquête is weergegeven in bijlage G;
- iii. Aanvullend interview en scenarioschets voor financiële situatie regio Utrecht;
- iv. Expertbijeenkomst ter verdieping op verbeteringen in de inbedding van de ASG-taken binnen de andere gezondheidszorgtaken.
Hierbij waren de volgende personen aanwezig:
 - Onderzoekers van Significant;
 - Senior beleidsmedewerker VWS;

- Coördinatoren van de regio's (Amsterdam, Gelderland-Zuid, Haaglanden, Utrecht, Limburg Zuid, Hart van Brabant, Groningen, Rotterdam-Rijnmond);
- Soa Aids Nederland;
- Rutgers;
- GGD GHOR.

C. Beschouwing van knelpunten in de regio Utrecht

Historische situatie ASG-regeling regio Utrecht

⁸³ Vanuit de historie is de uitvoering van de ASG-regeling in de regio Utrecht belegd bij drie organisaties: de GGDrU Utrecht (hierna: GGDrU), de afdeling Volksgezondheid van de gemeente Utrecht (hierna: VG Utrecht) en het Universitair Medisch Centrum Utrecht (hierna: UMCU). Bij lichte problematiek en voor seksualiteitshulpverlening (Sense) kunnen inwoners van de stad Utrecht terecht bij VG Utrecht, en inwoners van omliggende gemeenten bij GGDrU. Bij complexere problematiek verwijzen deze organisaties door naar UMCU. Daar wordt het grootste deel van de soa-consulten in de regio uitgevoerd (88% in 2016). De coördinatie van de ASG-regeling ligt bij de GGDrU.

⁸⁴ In de regio werd vóór 2016 weinig prioriteit gegeven aan de seksuele gezondheidszorg, waaronder ook de ASG-taken. Daardoor vonden in de regio ten opzichte van het aantal inwoners en aantal jongeren relatief weinig soa-consulten plaats, en is het huidige historisch bepaalde budget ook relatief laag. De regio Utrecht ontvangt structureel circa 43% minder budget per inwoner ten opzichte van het gemiddelde budget per inwoner in de andere zeven regio's, en voert ongeveer de helft minder consulten uit dan gemiddeld. Dit terwijl het aantal inwoners onder de 25 jaar (een hoog

risico groep in de ASG-regeling) het hoogst is. In de regio Utrecht is 30,7% van de inwoners jonger dan 25 jaar, terwijl het landelijk gemiddelde 28,8% is.

Recente ontwikkelingen

⁸⁵ Binnen de regio is er sinds een aantal jaren sprake van een toename van wachttijden. Waar een paar jaar geleden een cliënt binnen twee weken terecht kon, is dit nu voor sommige risicogroepen soms drie maanden. De exacte oorzaak hiervan is onbekend. Mogelijke oorzaken hiervan zijn bijvoorbeeld:

- a. Landelijke trend;
- b. Utrecht is mogelijk een minder strenge triage gaan hanteren;
- c. Mogelijk weten cliënten door intensievere voorlichting de weg naar soa-hulpverlening beter te vinden; of,
- d. Het postcodebeleid van CSG Amsterdam en Flevoland speelt een rol, met een verschuiving van cliëntenstromen als gevolg.

⁸⁶ Daarnaast is er bij de GGDrU hernieuwde focus op seksuele gezondheidszorg ontstaan en heeft de GGDrU als coördinator van de ASG-regeling de wens de soa-zorg (fors) te reorganiseren in de regio. Door de soa- en Sensezorg meer integraal en in samenhang te organiseren moet dit een kwaliteitsimpuls en efficiëntieslag opleveren. In de huidige situatie is de organisatie en daarmee ook kennis en beleid van de seksuele gezondheidszorg in de regio versnipperd. Tevens benaderen de drie organisaties de seksuele

gezondheidszorg op verschillende manieren. Het UMCU benadert de seksuele gezondheidszorg vanuit het perspectief van de patiënt, terwijl de GGDrU en VG Utrecht de seksuele gezondheidszorg vanuit het publieke belang - voorkomen van verdere verspreiding - benaderen. Hierdoor worden bijvoorbeeld de olopende wachttijden door de organisaties anders ervaren.

87 De wens is met meer harmonisatie onder andere de volgende verbeteringen te realiseren:

- a. Gerichter beleid, met meer mogelijkheden om te richten op preventie, bijvoorbeeld: in bron- en contactopsporing;
- b. Meer samenhang tussen soa-testen en -behandeling en Sense-hulpverlening, bijvoorbeeld: door bij voorkeur één contactpersoon per cliënt in te stellen;
- c. Meer samenhang met andere publieke gezondheidstaken;
- d. Meer cliëntvriendelijke dienstverlening door bijvoorbeeld één afsprakenbureau voor de hele regio te organiseren, zodat de cliënt niet van de ene naar de andere organisatie hoeft te worden doorverwezen;
- e. Meer efficiëntie doordat spreekuren tussen de drie organisaties overgenomen kunnen worden (wat nu niet gebeurt);
- f. Meer slagkracht door minder versnippering.

88 De olopende wachttijden en de grote verbeteringen die te behalen zijn, kunnen aanleiding zijn om twijfels te hebben of hoog

risicogroepen voldoende (op een doelmatige wijze) worden bereikt in de regio Utrecht.

Hoewel de regio alle vrijheid heeft een eventuele reorganisatie te realiseren en dat voornamelijk een 'interne' aangelegenheid is, biedt het huidige beperkte budget hier weinig ruimte toe. Dit maakt het wegnemen van wachtlijsten en het doorvoeren van de gewenste kwaliteitsverbetering lastig. Naast structurele middelen brengt een reorganisatie incidentele kosten met zich mee, die bijvoorbeeld te maken hebben met het aantrekken van extra personeel en opleiden van het (huidige) personeel. Een nieuwe beoordeling van het budget voor deze regio lijkt daarom gerechtvaardigd om de problematiek op te lossen en mogelijk het bereik van de hoog risicogroepen te verbeteren.

Mogelijke oplossingsrichtingen

89 Het knelpunt in de regio Utrecht kan op verschillende manieren worden opgelost. Hieronder volgen vier oplossingsrichtingen, waarin wij ook de voor- en nadelen bespreken:

- a. **Binnen de regio** wordt aanvulling op het tekort in budget gezocht, bijvoorbeeld: met aanvullende middelen vanuit de gemeenten. In sommige andere regio's is de bijdrage van gemeenten relatief groter dan in Utrecht. Het voordeel van deze oplossing is dat het budgetplafond gehandhaafd blijft en andere regio's geen effect ondervinden. Het nadeel is dat de regio

Utrecht hierdoor mede afhankelijk is van het politieke landschap en er daardoor geen garantie is dat verbeteringen kunnen worden gerealiseerd;

- b. **Het ministerie van VWS draagt additionele middelen bij** voor de regio Utrecht. Op deze manier kunnen verbeteringen gerealiseerd worden, zonder dat andere regio's budget hoeven in te leveren. Veel regio's ervaren immers al druk op de regeling. Door meeste regio's wordt deze oplossingsrichting als meest eerlijke keuze gezien, omdat regio Utrecht ook hoger budget had ontvangen als de situatie in 2013 anders was geweest. Het nadeel van deze oplossing is dat het budgetplafond wordt verhoogd;
- c. **Regio's dragen naar rato van het bestaande budget bij aan de additionele middelen van de regio Utrecht.** Met deze oplossing wordt het budgetplafond gehandhaafd, echter andere regio's, met reeds een krap budget, worden belast met het probleem van regio Utrecht;
- d. **De regio's die relatief gezien het meeste budget per inwoner (tussen de 12 en 60 jaar) ontvangen, dragen bij** aan de additionele middelen van de regio Utrecht; andere regio's hoeven geen bijdrage te leveren in deze oplossingsrichting. Op deze manier zouden de 'zwaarste schouders de zwaarste lasten dragen' en de verschillen tussen de regio's kleiner worden. Een nadeel van deze oplossing is echter dat niet met zekerheid vast te stellen is welke regio's 'ruim in het jasje zitten', omdat er geen andere indicatoren dan het aantal

inwoners beschikbaar zijn. Bij de meeste regio's zal er vanwege specifieke problematiek in de regio vanuit historie een reden zijn voor relatief hoog budget.

Bij optie c. en d. adviseren wij de herijking over meerdere jaren te faseren, zodat alle regio's voldoende tijd hebben om de soa-zorg in de regio aan te passen aan het aangepaste budget.

⁹⁰ Voorgenoemde oplossingsrichtingen zijn ook te combineren, bijvoorbeeld: doordat gemeenten een deel bijdragen, VWS een deel bijdraagt en het overige deel bijgedragen wordt door regio's naar rato van het bestaande budget. De uiteindelijke beslissing over een eventuele herijking is een politieke keuze, waarvoor draagvlak van de regio's nodig is. De meerderheid van de regio's geeft aan optie c. en d. niet als wenselijke oplossing te zien.

D. Overzicht genoemde voorbeelden van werkwijzen

De CSG's hebben verschillende voorbeelden gedeeld van werkwijzen en ontwikkelingen met betrekking tot interne en externe samenwerking, training en scholing, e-health, efficiëntie in (werk)processen. Hieronder is een overzicht van deze voorbeelden weergegeven.

Voorbeeld	
Interne samenwerking	
i.	Gezamenlijke Sense-teams, bestaande uit: Sense-verpleegkundigen, JGZ-verpleegkundigen en VGO'ers (afhankelijk van de doelgroep sluit een VETC-er aan).
ii.	Afstemmingsoverleg seksuele gezondheid met alle medewerkers die met die onderwerp werken of mee te maken kunnen krijgen in hun werkzaamheden.
iii.	Onderzoek seks onder je 25 ^{ste} in regio (of aansluiten aan dit onderzoek).
iv.	Jaarlijkse bespreking van problematiek en thematiek met bestuur GGD aan de hand van cijfers (thermometer, resultaten Seks onder je 25ste, cijfers van seksueel geweld).
v.	Inzet van verpleegkundigen uit andere disciplines bij voorlichting, projecten en in het kader van

	zelftesten voor jongeren.
vi.	Laagdrempelige inloopsprekuren voor jongeren in de wijk.
Externe samenwerking	
i.	Jaarlijkse samenwerking met theateropleiding ter ontwikkeling van een theaterstuk over het thema seksualiteit (inhoudelijke begeleiding vanuit Sense).
ii.	Samenwerkingsnetwerk met regionaal welzijnswerk en jongerenwerk ten behoeve van voorlichting en signalering.
iii.	Samenwerking met HBO-V opleidingen in het kader van peer-voorlichtingsactiviteiten op festivals, et cetera.
iv.	Actieve samenwerking met en doorverwijzing naar Centrum Seksuele Gezondheid Noord-Nederland ter bevordering van de algemene publieke gezondheid.
Training en scholing	
i.	Training van ander GGD-personeel ten behoeve van deskundigheidsbevordering.
ii.	Training en scholing van personeel basis (bo), middelbaar (mo) en middelbaar beroeps onderwijs (mbo) op het gebied van seksuele weerbaarheid

	van leerlingen en studenten.
iii.	Jaarlijkse regionale nascholing voor huisartsgroepen en ziekenhuizen.
E-health	
i.	Pilot met online consulten in het kader van de landelijke ontwikkeling van e-health.
ii.	Chatspreekuren van sense.info.
iii.	Talk Sense! Dit is een applicatie - ontwikkeld door CSG Twente - voor smartphone, waarbij jongeren door middel van een chatboxsessie kunnen aangeven welke Sense-gerelateerde vragen er spelen. Ook is er diverse achtergrondinformatie te vinden over seksuele gezondheid en het consult.
iv.	Vrijfijn.nl. Deze landelijke website voorziet in informatie over seksualiteit en seksuele gezondheid voor jongeren.
v.	Partnerwaarschuwing.nl Deze landelijke website voorziet in de functie om sekspartner van personen mét soa in te lichten en uit te nodigen een soa-test te laten uitvoeren.
vi.	Online chatspreekuren voor MSM.
vii.	Game 'Hoes' ten behoeve van stimulering van condoomgebruik onder studenten. Deze game is

	ontwikkeld voor VG Utrecht.
Efficiëntie in (werk)processen	
i.	Online triage bij CSG's.
ii.	Anamnese gedeeltelijk online en voorafgaand aan consult afnemen.
iii.	Viermaandelijke her-testservice in thuisafname pakket voor specifieke doelgroepen (CSG Zuid-Limburg: voor hetero's onder de 30 jaar bij een eerdere positieve Chlamydia- of Gonorrhoe-uitslag en in ontwikkeling voor MSM-doelgroep).
iv.	Zelftesten voor laagrisico jongeren.

E. Topiclijst interviews coördinerende CSG's

I. Uitvoering van de ASG

- a. Hoe is de aanvullende seksuele gezondheidszorg georganiseerd in deze regio?
- b. Welke taken/thema('s) is/zijn voor jullie het belangrijkste?
- c. Op welke doelgroep(en) richten jullie je primair?
- d. Zitten hierin verschillen tussen CSG(gezondheid)'s/GGD'en binnen de regio?
- e. Wordt er (intra)regionaal samengewerkt met andere CSG(gezondheid)'s/GGD's? Zo ja, op welke wijze?
- f. Wordt er doorverwezen naar andere (publieke) gezondheidsdiensten? Zo ja, in welke gevallen, naar welke zorgverleners en waarom?
- g. Welke invloed hebben landelijk uitgevoerde taken op de uitvoering in de regio (bijvoorbeeld e-hulpverlening)?

II. Besteding en verdeling van de middelen

- a. Hoe worden de middelen besteed over de verschillende taken en risicogroepen (MSM, jongeren <25, prostituees et cetera) binnen de regio?
- b. Wat is de grondslag voor de verdeling van de ASG-middelen onder de CSG's binnen uw regio?

- c. In welke mate vindt er aanvulling plaats op de ASG-subsidie vanuit andere middelen van de GGD'en in uw regio om de aanvullende seksuele gezondheidszorg uit te voeren?
- d. Is er sprake van een substantieel bovenregionaal verschil van de inzet? Zo ja, wat zijn deze verschillen?
- e. In welke mate wordt volgens u in de huidige verdeling van de middeleninnovatie gestimuleerd en op welke wijze?
- f. Welke verbeteringen zijn daarin mogelijk (zonder het opheffen van het budgetplafond)?
- g. Op welke manier kan in de regionale relatieve verdeling van middelen recht worden gedaan aan zowel het aantal personen en de grootte van de potentiële doelgroep bij een CSG, de triage inzet, alsook aan de ontwikkelmogelijkheden passend bij een regio (bijvoorbeeld: inzet van innovatieve methoden)?
- h. Hoe kan, door herverdeling binnen het plafond, recht worden aan (inter-)regionale ontwikkelingen?
- i. Wat is nodig voor de ontwikkeling van een (objectieve) systematiek die kan zorgen voor een duurzame en rechtvaardige relatieve verdeling van de middelen tussen regio's?

III. Samenhang en afstemming met andere publieke gezondheidsdiensten

- a. Welke andere GGD-taken (algemene preventietaken/publieke gezondheidsdiensten) raken de aanvullende seksuele gezondheidszorg?

- b. Hoe verloopt de afstemming binnen de GGD tussen de aanvullende seksuele gezondheidszorg en de andere GGD-taken?
- c. Welke invloed hebben andere taken op de uitvoering van de seksuele gezondheidszorg?
- d. In welke mate zijn verbeteringen te realiseren in deze samenwerking en afstemming? Zo ja: op welke wijze? Hoe verloopt de samenwerking en afstemming met het Centrum voor Seksueel Geweld in jullie regio?
- e. Hoe verloopt de samenwerking en afstemming met individuele zorgverlening, zowel binnen de GGD als met andere zorgverleners, zoals: de huisarts of jeugdhulp?
- f. Op welke wijze kan afbakening en afstemming van de taken van de individuele zorg (dienstverlening) en publieke zorg beter vorm worden gegeven (bijvoorbeeld: bron en contactopsporing)?
- g. Hoe verloopt de samenwerking en afstemming met andere organisaties, zoals: FIOM, binnen jullie regio?
- h. Zijn er (intra-)regionale verschillen in de interne samenwerking binnen de organisatie?
- i. Hoe verloopt de samenwerking en afstemming tussen lokale GGD'en binnen uw regio en met andere regio's?
- j. In hoeverre hebben regionale oplossingen (lokale differentiatie) rondom prioritering en triage invloed op de onderlinge verstandhouding tussen GGD'en (bijvoorbeeld: het instellen van

een postcodegebied of het doorverwijzen van bepaalde risicogroepen)?

- k. Verloopt de huidige regionale samenwerking en afstemming naar wens? Waarom wel/niet?

IV. Ontwikkelingen

- a. Welke (externe) ontwikkelingen hebben de afgelopen jaren plaatsgevonden die van invloed zijn op de aanvullende seksuele gezondheidszorg?
- b. Welk effect hebben nieuwe ontwikkelingen (zoals: samenwerking met centra voor seksueel geweld, keuzehulpverlening of hulpverlening rondom PrEP) op de uitvoering van de ASG?
- c. Welke (externe) ontwikkelingen voorzien jullie in de komende drie á vier jaar die van invloed zijn op de aanvullende seksuele gezondheidszorg?
- d. Welke effecten hebben de hiervoor besproken ontwikkelingen op de verdeling en besteding van financiële middelen?
- e. Op welke wijze kunnen (nieuwe) ontwikkelingen de samenwerking en afstemming binnen en buiten de GGD versterken?

F. Topiclijst interviews uitvoerende CSG's

I. Uitvoering van de ASG

- a. Hoe is de aanvullende seksuele gezondheidszorg georganiseerd in deze GGD?
- b. In hoeverre bepaalt de uitvoerende GGD het eigen beleid?
- c. Op welke doelgroep(en) richten jullie je primair?
- d. Zitten hierin verschillen met andere CSG(gezondheid)'s/GGD'en binnen de regio?
- e. Werken jullie (intra)regionaal samen met andere CSG(gezondheid)'s/GGD'en? Zo ja, op welke wijze?
- f. Wordt er doorverwezen naar andere (publieke) gezondheidsdiensten? Zo ja, in welke gevallen, naar welke zorgverleners en waarom?
- g. Welke invloed hebben landelijk uitgevoerde taken op de uitvoering in deze GGD (bijvoorbeeld: e-hulpverlening)?
- h. Hoe is de afstemming met de coördinerende GGD in de regio?

II. Besteding en verdeling van de middelen

- a. Zijn er cijfers beschikbaar over de middelenverdeling tussen de verschillende taken?
- b. In welke mate vindt er aanvulling plaats op de ASG-subsidie vanuit andere middelen van de GGD'en in deze GGD om de aanvullende seksuele gezondheidszorg uit te voeren?
- c. Hoe komt de financiële verdeling binnen uw regio tot stand?

- d. In welke mate bent u tevreden over de financiële verdeling (inclusief het coördinatiebudget) binnen uw regio (het regionale budgetplafond buiten beschouwing latend)?
- e. Wat zijn factoren waarop een optimale verdeling van het ASG-budget gebaseerd zou moeten worden (denk aan: triage, doelgroepen, ontwikkelingen, preventie)?

III. Samenhang en afstemming met andere publieke gezondheidsdiensten

- a. Hoe verloopt de afstemming binnen de GGD tussen de aanvullende seksuele gezondheidszorg en de andere GGD-taken?
- b. Welke invloed hebben andere taken op de uitvoering van de seksuele gezondheidszorg?
- c. In welke mate zijn verbeteringen te realiseren in deze samenwerking en afstemming? Zo ja: op welke wijze?
- d. Hoe verloopt de samenwerking en afstemming met andere GGD'en binnen de regio?
- e. In hoeverre hebben regionale oplossingen (lokale differentiatie rondom prioritering en triage invloed op de onderlinge verstandhouding tussen GGD'en (bijvoorbeeld: het instellen van een postcodegebied of het doorverwijzen van bepaalde risicogroepen)?
- f. Hoe verloopt de samenwerking en afstemming met individuele zorgverlening, zowel binnen de GGD als met andere zorgverleners, zoals de huisarts of jeugdhulp?

- g. Op welke wijze kan afbakening en afstemming van de taken van de individuele zorg (dienstverlening) en publieke zorg beter vorm worden gegeven (bijv. bron en contactopsporing)?
- h. Hoe verloopt de samenwerking en afstemming met andere organisaties, zoals: FIOM, binnen deze GGD?

IV. Ontwikkelingen

- a. Welke (externe) ontwikkelingen hebben de afgelopen jaren plaatsgevonden die van invloed zijn op de aanvullende seksuele gezondheidszorg binnen deze GGD?
- b. Welk effect hebben nieuwe ontwikkelingen (zoals: samenwerking met centra voor seksueel geweld, keuzehulpverlening of hulpverlening rondom PrEP) op de uitvoering van de ASG?
- c. Op welke wijze kunnen (nieuwe) ontwikkelingen de samenwerking en afstemming binnen en buiten de GGD versterken?

G. Enquête

Beste heer, mevrouw,

Welkom bij deze enquête in het kader van de evaluatie van de Regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (hierna: ASG-regeling) in opdracht van het ministerie van VWS. In de eerste fase van het onderzoek hebben wij interviews gevoerd met alle coördinerende GGD'en en enkele uitvoerende GGD'en en wij hebben een expertmeeting gehouden. Naar aanleiding van deze gesprekken hebben wij een enquête opgesteld om een breder beeld te krijgen van de interne en externe samenwerking van GGD'en, gerelateerd aan aanvullende seksuele gezondheidszorg. Ook inventariseren wij in deze enquête voorbeelden van 'best practices' die nog beter invulling kunnen geven aan de ASG. Bij de afsluiting is ruimte voor eventuele opmerkingen of aanvullingen op deze enquête.

Wij vragen u bij de open antwoorden kort of puntsgewijs uw antwoord te geven.

Duur van de enquête: 25 - 30 minuten.

Voor vragen over het onderzoek of deze enquête kunt u terecht bij Gerlise Vos (06 - 12 28 81 29) of Irene Lapajian (06 - 47 86 60 38).

Alvast hartelijk dank.

Met vriendelijke groet,

Loes Koster, Irene Lapajian, Marcus Vander Velpen, Gerlise Vos
(onderzoekers bij Significant).

* 1. Naam GGD:

* 2. Naam invuller:

* 3. Functie:

*

* 4. E-mailadres (voor eventuele nadere vragen naar aanleiding van de enquête):

Interne samenwerking met andere GGD-afdelingen

5. Op welke basis werkt de Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg samen met de volgende andere afdelingen binnen uw GGD?

* Met 'Gezondheidsbevordering' bedoelen we ook andersoortige afdeling(en) die gericht zijn op gezond gedrag en gezonde leefcondities.

	Geen samenwerking	Samenwerking op casus- /cliëntniveau	Samenwerking op projectbasis**	Structurele samenwerking
1. Gezondheidsbevordering*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Infectieziekten(bestrijding)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeugdgezondheidszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Epidemiologie/onderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Op welke inhoudelijke wijze werkt u samen met de voorgenoemde afdelingen? (Graag zo concreet mogelijk).

1. Gezondheidsbevordering*

2. Infectieziekten(bestrijding)

3. Jeugdgezondheidszorg

4. Epidemiologie/onderzoek

7. Wilt u de samenwerking met deze afdelingen verbeteren of intensiveren?

	Ja	Nee
1. Gezondheidsbevordering*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Infectieziekten(bestrijding)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeugdgezondheidszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Epidemiologie/onderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Op welke manier wilt u deze samenwerking verbeteren of intensiveren?

1. Gezondheidsbevordering*

2. Infectieziekten(bestrijding)

3. Jeugdgezondheidszorg

4. Epidemiologie/onderzoek

9. Wat heeft u hiervoor nodig?

1. Gezondheidsbevordering*

2. Infectieziekten(bestrijding)

3. Jeugdgezondheidszorg

4. Epidemiologie/onderzoek

10. Heeft uw GGD de wens om met de voor genoemde afdelingen de samenwerking ten aanzien van aanvullende seksuele gezondheidszorg te verbeteren of intensiveren?

	Ja	Nee
1. Gezondheidsbevordering*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Infectieziekten(bestrijding)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeugdgezondheidszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Epidemiologie/onderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Op welke onderwerpen en in welke vorm wilt u samenwerken?

1. Gezondheidsbevordering*
2. Infectieziekten(bestrijding)
3. Jeugdgezondheidszorg
4. Epidemiologie/onderzoek

12. Wat heeft u nodig om deze samenwerking tot stand te brengen?

1. Gezondheidsbevordering*
2. Infectieziekten(bestrijding)
3. Jeugdgezondheidszorg
4. Epidemiologie/onderzoek

Best Practices

13. Kent uw GGD voorbeelden van best practices op het gebied van samenwerking/innovatie/preventie/e-health?*

- Ja
- Nee

14. Kunt u deze best practices beschrijven?

Samenwerking met gemeenten

15. Op welke manier heeft uw GGD op dit moment een samenwerking met de gemeente(n) in de regio ten behoeve van de ASG.

- Geen samenwerking
- De gemeente stelt financiële middelen beschikbaar
- Gezamenlijke project(en) ten behoeve van preventie
- Kennisdeling met betrekking op de aanvullende seksuele gezondheidszorg
- Delen van gegevens/informatie over wijken

Anders, namelijk...

Financiële middelen gemeente(n)

16. U hebt aangegeven dat de gemeente(n) financiële middelen beschikbaar stelt. Hoeveel en waarvoor?

Kennisdeling met betrekking tot de aanvullende seksuele gezondheidszorg

17. U hebt aangegeven dat er kennisdeling met betrekking tot de aanvullende seksuele gezondheidszorg plaatsvindt tussen de GGD en de gemeente(n). Hoe gaat dit in zijn werk?

Samenwerking met gemeenten

18. Kunt u op een schaal van 1 tot 5 aangeven hoe groot (volgens u) het belang van samenwerking met de gemeenten is op de volgende aspecten?

Anders, namelijk... (benoem aspect en waarde)

Toekomstige samenwerking met gemeenten

	1 (klein)	2	3	4	5 (groot)
Financieel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meedenkkracht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereiken van hoogerisicogroepen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Heeft u GGD de wens op de samenwerking met de gemeente(n) ten aanzien van aanvullende seksuele gezondheidszorg te verbeteren of intensiveren?

- Ja
- Nee

20. Op welke manier wilt u deze samenwerking verbeteren?

21. Wat heeft u ervoor nodig om deze samenwerking te verbeteren of intensiveren?

22. Heeft uw GGD de wens in de toekomst de samenwerking met de gemeente(n) aan te gaan?

- Ja
- Nee

23. Op welke manier en in welke vorm wilt u samenwerken met gemeente(n)?

24. Wat heeft u ervoor nodig om de samenwerking tot stand te brengen?

Afsluiting

25. Waar ligt volgens jullie de prioriteit om de komende twee jaar aan te werken om de aanvullende seksuele gezondheidszorg te verbeteren?

- Verkorting van wachttijden;
- Samenwerking met andere GGD-taken;
- Samenwerking met andere GGD'en in de regio;
- Samenwerking met gemeenten;
- Samenwerking met andere zorgverleners, zoals: huisartsen/ziekenhuizen/et cetera;
- Efficiëntere werkwijzen;
- E-health;
- Betere monitoring ten behoeve van doelgroepenbereik;
- Implementatie PrEP;
- Invulling keuzehulpgesprekken;
- Voorkoming ongewenste zwangerschappen;
- Verbetering hulpverlening bij seksueel geweld;
- Anders, namelijk...