



## SOA-zorg en seksualiteitshulpverlening onder druk

Toekomstverkenning ASG-regeling  
November 2023

## **Datum**

24 november 2023

## **Opdrachtgever**

Ministerie van VWS

## **Onderzoeksteam**

Janneke van der Ploeg, Irene Niessen, Lena Bieleman, Annemiek de Nooijer.

## **Referentie**

GV772

bezoekadres Maliebaan 16 3581 CN Utrecht telefoon +31 30 236 30 30  
postadres Postbus 85198 3508 AD Utrecht website [www.aef.nl](http://www.aef.nl)

## / Inhoud

<b>/ 1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>4</b>
1.1	Aanleiding en achtergrond	4
1.2	Vraag aan AEF	4
1.3	Methode en aanpak	5
1.4	Opbouw van dit rapport	6
<b>/ 2</b>	<b>Feitelijke context</b>	<b>7</b>
2.1	Rollen, verantwoordelijkheden en organisatie binnen de seksuele gezondheid	7
2.2	Doel van de ASG-regeling	9
2.3	Doelgroepen in de regeling	10
2.4	Inkomsten voor seksuele gezondheid	11
<b>/ 3</b>	<b>Ontwikkelingen</b>	<b>13</b>
3.1	Relevante maatschappelijke ontwikkelingen	13
3.2	Ontwikkelingen binnen stelsel seksuele gezondheidszorg	15
3.3	Ontwikkelingen binnen de ASG-regeling	17
<b>/ 4</b>	<b>Ervaringen met het stelsel van seksuele gezondheid</b>	<b>28</b>
4.1	Meerwaarde	28
4.2	Ervaren taken en verantwoordelijkheden in de praktijk	30
4.3	Middelen en toegankelijkheid	32
4.4	Doelgroep en bereik	34
4.5	Overige knelpunten	35
<b>/ 5</b>	<b>Probleemanalyse</b>	<b>36</b>
<b>/ 6</b>	<b>Toekomst van soa-zorg en seksualiteitshulpverlening</b>	<b>38</b>
6.1	Voorliggende aanbevelingen	38
6.2	Toekomstscenario's	41
<b>/ 7</b>	<b>Samenvatting bevindingen</b>	<b>49</b>
<b>/ A</b>	<b>Bijlage 1 - Verschillen per regio</b>	<b>53</b>
<b>/ B</b>	<b>Bijlage 2 - Verschillen per geslacht en type seksueel contact</b>	<b>57</b>
<b>/ C</b>	<b>Bijlage 3 - Verschillen per doelgroep</b>	<b>58</b>

## / 1 Inleiding

### 1.1 Aanleiding en achtergrond

In de zomer van 2023 kopten meerdere kranten hun verwondering over het toenemende aantal soa's in Nederland. "Meer soa's, minder condoomgebruik: 'Tot op de dag van vandaag heb ik er last van'" (Het Parool). "Toename gonorrhoe-besmettingen zet door: 'Jongeren denken: een soa, so what?'" (NOS). "Huisarts: 'Gebruik condooms is bij jongeren uit de mode, vooral uit gemakzucht'"(NRC).

Het toenemende aantal soa's is dus zeer actueel. Seksuele gezondheid is echter meer dan het ontbreken van soa's. Het gaat ook om prettige seksuele ervaringen, voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag of seksueel geweld, voorkomen van onbedoelde zwangerschappen en het vermogen om zelf regie te voeren over je seksualiteit. Seksuele gezondheid is dan ook van groot belang voor de kwaliteit van leven. Het bevorderen van seksuele gezondheid vraagt om een ondersteunende omgeving, waarin de juiste informatie en voorlichting, laagdrempelige ondersteuning en zorg aanwezig zijn en er ruimte is voor een positieve benadering van seksualiteit.

In Nederland zijn de seksuele gezondheidszorg en ondersteuning belegd in zowel de curatieve zorg als publieke gezondheidszorg (waaronder ook werkzaamheden in het kader van preventie op gebied van seksuele gezondheid vallen). Naast het belang van seksuele gezondheid voor het individu is er namelijk ook een maatschappelijk belang bij bijvoorbeeld het voorkómen van onbedoelde zwangerschappen, seksueel grensoverschrijdend gedrag en geweld, en het terugdringen van het aantal soa's in het kader van infectieziektebestrijding.

Soa-bestrijding en collectieve preventie op het gebied van seksuele gezondheid vallen onder de Wet publieke gezondheid (Wpg) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze wetten volstaan in de praktijk echter niet om de verspreiding van soa's tegen te gaan: ze bieden geen financieel laagdrempelige soa-zorg, onvoldoende bereik van kwetsbare groepen, en onvoldoende anonimiteit. Bovendien voorzien zij niet in voldoende beschikbare seksualiteitshulpverlening voor jongeren, omdat zij hier onvoldoende in opgeleid zijn en jongeren hier niet anoniem terecht kunnen. Terwijl daar onder jongere wel behoefte aan is. De regeling Aanvullende Seksuele Gezondheid (ASG) is in het leven geroepen om deze aspecten beter te borgen.

### 1.2 Vraag aan AEF

Tegen de achtergrond van de hiervoor geschetste context heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) adviesbureau Andersson Elffers Felix (AEF) gevraagd onderzoek te doen naar de huidige ASG-regeling.

Ook heeft het ministerie gevraagd om in kaart te brengen hoe de regeling er in de toekomst uit zou moeten zien. De hoofdvragen in dit onderzoek zijn:

1. Hoe ziet **de huidige situatie** binnen de seksuele gezondheidszorg eruit? Zoals de verdeling van taken en verantwoordelijkheden, financiële stromen en juridische kaders.
2. Welke **knelpunten** zijn er binnen het stelsel van seksuele gezondheidszorg, en specifiek voor de ASG-regeling?
3. Wat is het **toekomstperspectief** voor de ASG-regeling? Welke concrete oplossingen zijn er om de geïdentificeerde knelpunten op te lossen, en wat betekent dat voor de regeling en voor het stelsel van seksuele gezondheidszorg?

## 1.3 Methode en aanpak

### We voerden een documentstudie uit

Middels uitvoerig documentenonderzoek brachten we de huidige situatie en recente ontwikkelingen in het stelsel van seksuele gezondheidszorg in kaart.

De bestudeerde documenten zijn onder te verdelen in drie categorieën:

- ▶ **Basisinformatie over de ASG-regeling.** Dit betrof stukken die een algemeen beeld schetsen van de ASG-regeling, betrokken partijen, taken en verantwoordelijkheden van de verschillende betrokkenen met betrekking tot soa-zorg en seksualiteitshulpverlening, en financiële stromen van en naar de verschillende uitvoerende organisaties.
- ▶ **De positionering van de ASG-regeling.** Hieronder vallen eerdere evaluaties van de ASG-regeling uit de afgelopen jaren en beleidsstukken.
- ▶ **Ontwikkelingen op het gebied van seksuele gezondheid.** Wetenschappelijke onderzoeksrapporten over de ontwikkelingen op het gebied van seksuele gezondheid van jongeren, het aantal soa's en soa-testen.

Met de opgedane inzichten uit de documentstudie stelden we vervolgens gesprekspunten op voor de interviewronde. Tijdens de interviews toetsten we de bevindingen uit het documentenonderzoek, aangevuld met vragen over bijvoorbeeld de huidige positionering van de ASG-regeling binnen de andere taken van de GGD op het gebied van infectieziektebestrijding en collectieve preventie en de meerwaarde van de ASG-regeling.

### We voerden 29 interviews met 54 partners

Vervolgens voerden we interviews met betrokkenen in het stelsel. We spraken met de acht coördinerende GGD'en, het RIVM, het ministerie van VWS, de VNG, de Landelijke Huisartsen Vereniging, huisartsen, preventiemedewerkers van GGD'en, SeksHAG, Soa Aids Nederland, Rutgers, private testaanbieders, seksuologen vanuit de NVVS, hiv-behandelaren vanuit NVHB, een zorgverzekeraar, en tot slot mensen uit de doelgroep van de ASG-regeling. We hielden in totaal 29 interviews, met in totaal 54 betrokkenen, waarbij we de punten die voor hun positie in het stelsel relevant zijn bespraken.

### We gingen op werkbezoek

Drie interviews vonden plaats op locatie bij een Centrum voor Seksuele Gezondheid (CSG) en twee daarvan werden gecombineerd met een werkbezoek. De werkbezoeken vonden plaats bij een kleine,

middelgrote en grote coördinerende GGD (op inwonersaantal van de regio gebaseerd). De werkbezoeken hebben geholpen om beter en concreter zicht te krijgen op de dagelijkse praktijk, de spreekkamers en werkwijze van de verschillende CSG's.

### We zetten een korte enquête uit bij twee GGD'en

Daarnaast zetten we bij twee GGD'en (Utrecht en Rotterdam) een korte vragenlijst uit onder cliënten. De vragenlijst was gericht op de redenen dat respondenten gekozen hebben voor de GGD, en niet voor de huisarts of een zelftest. De vragenlijst werd voorafgaand aan het consult bij de aanmeldbalie aan de cliënt meegegeven of na afloop van een consult gegeven door de zorgprofessional. Dit leidde tot 122 ingevulde enquêtes. Door de manier van enquêteren hebben we geen zicht op de demografische gegevens (leeftijd, gender, doelgroep, opleidingsniveau etc.) van de deelnemers. De resultaten geven een *indicatie* van de voorkeuren van de deelnemers.

### We analyseerden beschikbare data

Vanuit het RIVM ontvingen we gegevens over het aantal soa-consulten, het aantal positieve testen voor verschillende soa's, het aantal consulten voor seksualiteitshulpverlening (Sense-consulten<sup>1</sup>) met de besproken hulpvraag en een schatting van het landelijke aantal soa episodes (niet gelijk aan het aantal diagnoses) bij de huisarts. In de data-analyse keken we naar het vindpercentage van verschillende soa's, uitgesplitst naar doelgroepen en op zowel landelijk als regionaal niveau. Ook hebben we via een gegevensuitvraag onder alle GGD'en gestandaardiseerde informatie opgehaald. Dit betreft informatie over de beschikbare hoeveelheid gemeentelijke middelen op het gebied van seksuele gezondheid en ASG-taken, het no-show percentage en welk percentage van de ASG-doelgroep die zich meldt bij de GGD daadwerkelijk een consult krijgt. De inzichten uit de data-analyse hielpen om de werking van de ASG-regeling in beeld te brengen en regionale verschillen zichtbaar te maken.

## 1.4 Opbouw van dit rapport

Dit rapport is als volgt opgebouwd

- ▶ In **hoofdstuk twee** schetsen we de feitelijke context van de regeling.
- ▶ **Hoofdstuk drie** benutten we om de belangrijkste ontwikkelingen van afgelopen jaren toe te lichten. Dit gaat zowel over de regeling als het bredere stelsel.
- ▶ In **hoofdstuk vier** bespreken we de ervaringen van betrokkenen met de regeling.
- ▶ **Hoofdstuk vijf** bevat vervolgens een tussenconclusie en beschrijft het vervolgproces.

### Definities risicogroep en groepen die niet in reguliere zorg terecht komen

In dit rapport gebruiken we veelvuldig de termen 'risicogroep' en 'groepen die niet in reguliere zorg terecht komen'. Bij risicogroepen doelen we op groepen die een hogere kans hebben op problemen rondom seksuele gezondheid (zoals soa, hiv, ongewenste zwangerschap of seksueel geweld).

Groepen die niet in reguliere zorg terecht komen, hebben een hogere kans om minder informatie, preventie en zorg te krijgen. Het gaat dan om mensen die hun weg binnen de zorg niet weten te vinden, zoals nieuwkomers of laaggeletterden, of personen die uitsluiting in de reguliere zorg ervaren, bijvoorbeeld vanwege dakloosheid of andere kwetsbare omstandigheden, en daardoor niet in reguliere zorg terechtkomen.

Deze doelgroepen kunnen overlappen, maar dat hoeft niet.

<sup>1</sup> Sense is een samenwerking van Soa Aids Nederland, Rutgers, GGD'en en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Sense biedt betrouwbare seksualiteitsinformatie en hulpverlening.



## / 2 Feitelijke context

### 2.1 Rollen, verantwoordelijkheden en organisatie binnen de seksuele gezondheid

In Nederland is de seksuele gezondheidszorg onderdeel van de publieke gezondheidszorg en de curatieve gezondheidszorg.

#### **Individuele curatieve zorg bij seksuele gezondheidsproblemen via huisartsen en specialisten**

De curatieve zorg is geregeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en wordt geboden in de vorm van individuele zorg door huisartsen en/of medisch specialisten. Huisartsen bieden bijvoorbeeld soa-consulten, soa-behandeling en gesprekken over seksualiteit. Bijvoorbeeld bij vragen over seksuele voorkeur, libidoverlies en angst voor seksueel disfunctioneren. Het grootste aandeel soa-diagnostiek en -behandeling vindt bij de huisarts plaats.

Sommige huisartsen bieden aanvullend daarop nog begeleiding ter voorkoming van hiv-infectie met PrEP. Omdat dit volgens de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) extra training en ervaring vraagt, is dit extra aanbod. Momenteel valt deze zorg niet onder de ASG-regeling.<sup>2</sup> Ook uitgebreide seksuologische hulpverlening behoort tot extra aanbod. De huisarts is niet verplicht deze aanvullende zorg aan te bieden. Indien de huisarts daar wel voor kiest, mag dit aanbod het basisaanbod niet in de verdrukking brengen.<sup>3</sup> Huisartsen kunnen ervoor kiezen deze zorg aan te bieden als dit bijvoorbeeld aansluit bij hun populatie.

De huisartsenzorg is geregeld in de Zvw. Diagnostiek en medicatie via de huisarts kent een eigen risico. Zolang de verzekerde nog niet door het eigen risico heen is, komen de laboratoriumkosten voor soa-testen en medicatie bij een bezoek aan de huisarts voor rekening van de verzekerde. Het consult bij de huisarts kost geen geld.

#### **Vanuit wettelijke kaders zijn gemeenten verantwoordelijk voor aspecten van seksuele gezondheid**

De gemeenten dragen vanuit de Wet Publieke Gezondheid (Wpg) zorg voor seksuele gezondheidsbevordering en collectieve preventie en bestrijding van soa's. Wettelijk gezien draagt het college van burgemeesters en wethouders (op basis van artikel 6 lid 1 sub b van de Wpg) de zorg voor de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding, waaronder ook preventie en bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, inclusief bron- en contactopsporing. In de eerste wet collectieve preventie (1992) stond dat de gemeenteraad zorgdraagt voor 'de uitvoering van *collectieve preventie*'. Dit werd in 2006 gewijzigd naar 'uitvoering van de *infectieziektebestrijding* (bestrijding en het geven van voorlichting/begeleiding)', zoals dat nu ook nog in de wet staat.<sup>4</sup> In de subsidieregeling

---

<sup>2</sup> De minister van VWS heeft in september 2023 het voornemen uitgesproken om PrEP-zorg te includeren in de ASG-regeling. Zie: [bestendigen PrEP-zorg](#).

<sup>3</sup> Hier zijn uitzonderingen op, bijvoorbeeld indien er ook een ander ziektebeeld is.

<sup>4</sup> In de regeling wordt benoemd om welke soa's het gaat: chlamydia trachomatis, gonorrhoe, syfilis, hiv, hepatitis B, trichomonas of herpes genitalis voor zover deze seksueel overdraagbare aandoening niet eerder bij de desbetreffende patiënt is geconstateerd, of chlamydia trachomatis, gonorrhoe of syfilis voor zover deze seksueel overdraagbare aandoening is geconstateerd nadat de desbetreffende patiënt eerder voor de aandoening succesvol is behandeld.

Publieke gezondheid 2005 stond dat de bestrijding betaald werd vanuit ASG-regeling.<sup>5</sup> Gemeenten hoeven dus niet direct te betalen aan de bestrijding van soa's, maar sommige gemeenten vullen de ASG-gelden wel aan. Zij doen hierin dus wat extra's.

Daarnaast draagt het college op basis van artikel 2 lid 2 sub d van de Wpg zorg voor de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, waaronder programma's voor de gezondheidsbevordering. Het bevorderen van seksuele gezondheid is onderdeel van het bevorderen van een gezonde leefstijl.

Gemeenten ontvangen jaarlijks middelen voor hun uitgaven voor collectieve preventie vanuit het gemeentefonds. Daarnaast hebben ze eigen inkomsten (bijvoorbeeld vanuit belastingen of bezittingen). Zij bepalen vervolgens zelf hoe ze hun inkomsten precies verdelen: er is dus niet vastgelegd hoeveel middelen er aan seksuele gezondheid uitgegeven moet worden. Daardoor zijn er verschillen tussen gemeenten en GGD'en.

Ook hebben gemeenten afspraken gemaakt met de Rijksoverheid en zorgverzekeraars in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Gemeenten kunnen de specifieke uitkering (SPUK) GALA aanvragen om verschillende programma's te financieren<sup>6</sup>. In GALA wordt beschreven dat mensen met een lager opleidingsniveau een hoger risico op soa's, hiv en onbedoelde zwangerschappen hebben. Ook is seksueel risicogedrag door het RIVM benoemd als een impactvolle determinant van de algehele gezondheid. Momenteel is seksuele gezondheid niet expliciet opgenomen als fundamenteel thema onder het preventiebeleid vastgelegd in GALA. Het inzetten van middelen uit het GALA voor het bevorderen van seksuele gezondheid is wel mogelijk als deze inzet bijdraagt aan het bevorderen van de gezondheidsthema's die genoemd zijn in het GALA, zoals het verbeteren van de mentale gezondheid en nu niet zwanger/kansrijke start.

### **Aanvullende seksuele gezondheidszorg**

Naast de beschikbare zorg vanuit de Wpg en curatieve zorg is er aanvullende seksuele gezondheidszorg. Hiervoor is gekozen omdat jongeren en sommige groepen met een hoger risico op soa's een drempel kunnen ervaren om naar de huisarts te gaan. Die ontstaat bijvoorbeeld door schaamte of financiële knelpunten. Vanuit de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG) krijgen hoogrisicogroepen gratis, en eventueel anoniem<sup>7</sup>, soa-zorg en krijgen jongeren tot 25 jaar aanvullende seksualiteitshulpverlening via de CSG's van de GGD'en. Dit laatste is om tegemoet te komen aan de behoefte voor individuele zorgverlening indien algemene voorlichting niet afdoende is. De ASG-regeling is dus aanvullend op zowel curatieve zorg als collectieve preventie. Het ministerie van VWS financiert de CSG's vanaf 2023 via een specifieke uitkering (SPUK). Tot en met 2022 ging het om een subsidie. Dat gebeurt via een vastgestelde verdeelsleutel. Elke coördinerende GGD verdeelt het geld over de CSG's binnen de regio. Het RIVM is gemandateerd accounthouder en beoordeelt de aanvragen van de CSG's.

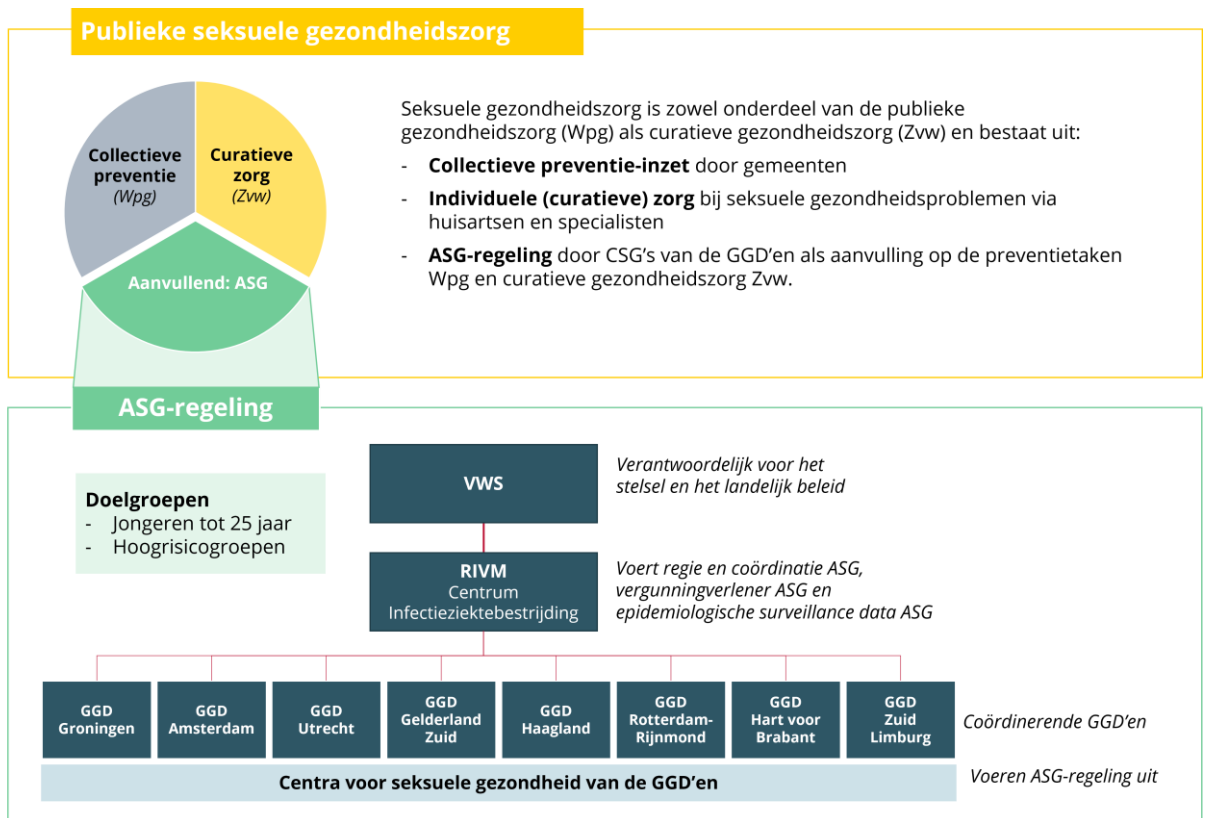
---

<sup>5</sup> [stcrt-2005-181-p9-SC71543.pdf \(officielebekendmakingen.nl\)](#)

<sup>6</sup> De specifieke thema's die opgenomen zijn in GALA zijn: het terugdringen van gezondheidsachterstanden, een gezonde fysieke leefomgeving, het versterken van de sociale basis en de mentale gezondheid.

<sup>7</sup> We gebruiken in dit rapport het woord anoniem. In de praktijk gaat het veelal om discreet en vertrouwelijk testen. CSG's hebben uiteenlopende visies op het belang van anonimiteit in het testen.





## De rol van het ministerie van VWS

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is stelselverantwoordelijke en verantwoordelijk voor het landelijk beleid. VWS heeft als taak:

- ▶ Voorlichting en seksuele vorming te bevorderen
- ▶ Stimuleren van preventie van soa's, seksueel grensoverschrijdend gedrag en -geweld en onbedoelde zwangerschap
- ▶ Stimuleren van goede, laagdrempelige en betaalbare voorzieningen en zorg.

## 2.2 Doel van de ASG-regeling

### Achtergrond van de regeling

Nederland is al meer dan 100 jaar actief in de soa-bestrijding door het bieden van voorzieningen en voorlichting: in 1918 werden al lokale consultatiebureaus opgericht om de geneeskundige behandeling van geslachtsziekten te bevorderen. Toen in de jaren 80 van de vorige eeuw de aidsepidemie oprukte, startte de overheid een campagne die opriep tot het laten testen bij soa-gerelateerde klachten.

Na een dip van het aantal gevonden soa's in de jaren '80 (door de opkomst van hiv/aids) nam het aantal gevonden soa's rond de eeuwwisseling weer toe. Omdat soa's als infectieziekte ook de volksgezondheid bedreigen, besloot de toenmalig minister van VWS in 2006 om de regeling voor Aanvullende Curatieve soa-bestrijding (ACS) te creëren. Het doel van deze regeling was om het verspreiden van soa's onder risicogroepen te voorkómen door vroegtijdige opsporing en behandeling. De ACS zorgde ervoor dat soa-poli's niet enkel in grote steden aanwezig waren, maar

gezamenlijk een landelijk dekkend netwerk vormden. De ACS ging hand in hand met een tweede regeling gericht op jongeren tot 25 jaar: de regeling Aanvullende Seksualiteitshulpverlening (ASH). Vanuit de ASH werden spreekuren gefinancierd gericht op seksualiteitshulpverlening (zoals ongewenste zwangerschap). Deze taak ging daarmee over van de Rutgershuizen naar de GGD. Omdat er overlap bestond tussen de doelgroepen, uitvoeringsorganisatie en doelen werden de regelingen in 2012 samengevoegd tot de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG).

## **Doel van de ASG-regeling**

Het hoofddoel van de ASG-regeling is gericht op het doorbreken van soa-transmissie bij risicogroepen en het detecteren en bespreken van seksualiteitshulpvragen bij jongeren.<sup>8</sup> De regeling maakt laagdrempelige, gratis en, indien gewenst, anonieme toegang mogelijk voor de doelgroepen van de regeling.<sup>9</sup> De missie van de ASG-regeling is volgens het RIVM om “een zo laagdrempelig mogelijke toegang van zorg mogelijk te maken voor personen met een verhoogd risico op soa en hiv en/of problematiek (of verhoogde kwetsbaarheid) op het gebied van seksuele gezondheid”.<sup>10</sup>

Een aanvullend doel van de regeling is surveillance van soa. De gepseudonimiseerde data van bezoekers van de Centra Seksuele Gezondheid bieden de basis voor beleid, onderzoek, informatievoorziening, signalering en interventieontwikkeling.

## 2.3 Doelgroepen in de regeling

Vanuit de ASG-regeling kunnen verschillende groepen naar de CSG's voor gratis en, indien gewenst, anonieme - aanvullende seksuele gezondheidszorg. De doelgroepen verschillen tussen de soa-zorg en aanvullende seksualiteitshulpverlening.

Voor soa-zorg gaat het om:

- ▶ Personen die behoren tot groepen in de samenleving met een verhoogd risico op soa
  - ▶ Bijvoorbeeld sekswerkers, mannen die seks hebben met mannen (en hun partners), of mensen uit een soa-endemisch gebied (en hun partners).
- ▶ Personen die via bron- en contactopsporing gewaarschuwd zijn voor een soa;
- ▶ Personen met klachten die wijzen op een soa;
- ▶ Personen jonger dan 25 jaar;
- ▶ Personen die slachtoffer zijn van seksueel geweld;

Voor aanvullende seksualiteitshulpverlening (Sense) kunnen jongeren tot 25 jaar bij de CSG's aankloppen.

De risicogroepen zijn door de jaren heen herijkt. Tot 2015 vielen prostituanten, die dit als enige risicofactor hadden, (en prostituant waren in de 6 maanden voorafgaand aan het consult) en personen met drie of meer partners (in de 6 maanden voorafgaand aan het consult) binnen de ASG. Tot 2012 vielen alle personen die anoniem getest wilden worden binnen de ACS, ook als ze niet tot een hoogrisicogroep behoorden. Dit is al geruime tijd niet meer het geval. Na de evaluatie in 2013 zijn personen die slachtoffer zijn van seksueel geweld juist opgenomen in de regeling.<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> Hoofdstuk 2.3 gaat in op deze risicogroepen

<sup>9</sup> Hoofdstuk 2.3 gaat in op deze risicogroepen

<sup>10</sup> Theory of Change ASG-taken, RIVM.

<sup>11</sup> [Eindrapport Evaluatie ASG 2013 \(rivm.nl\)](#)

Sinds de invoering van een budgetplafond in 2015 hebben de GGD'en de verantwoordelijkheid gekregen om te prioriteren tussen doelgroepen als zich meer mensen melden dan geholpen kunnen worden binnen het budget. Deze afweging kunnen zij afstemmen op de lokale epidemiologische gegevens en zo de cliëntenpopulaties voorrang geven waar zij het hoogste risico zien.

## 2.4 Inkomsten voor seksuele gezondheid

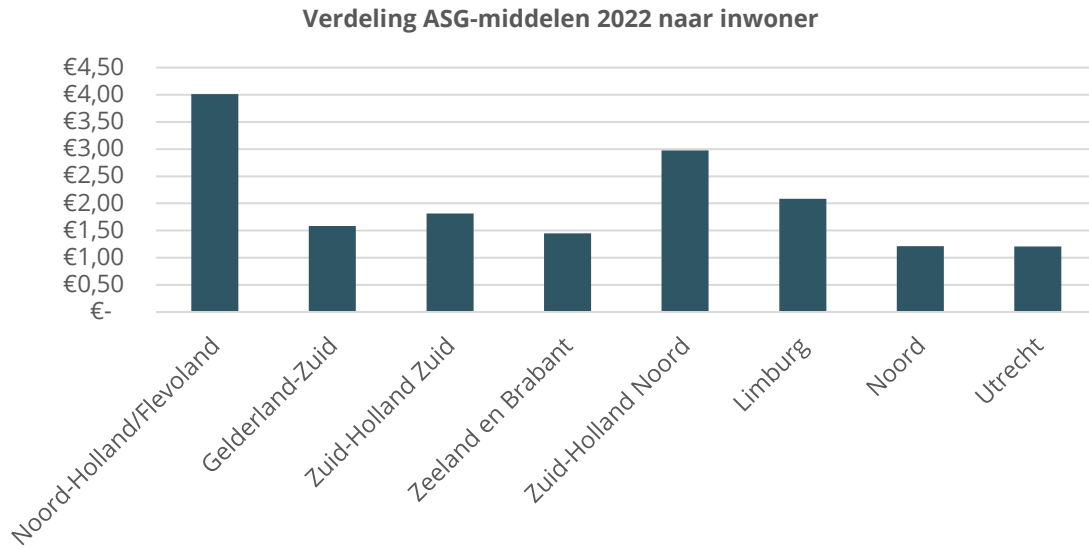
De inkomsten van de GGD'en, Centra Seksuele Gezondheid (CSG) voor seksuele gezondheid en soa bestrijding zijn op hoofdlijnen opgebouwd uit drie onderdelen:

- 1) ASG-middelen.** Het grootste deel van de inkomsten zijn de ASG-middelen. Deze zijn gericht op de financiering van soa-consulten, soa-testen (laboratoriumkosten, personele inzet, overhead, etc.), eventuele behandeling en seksualiteitshulpverlening. Deze worden vanuit de overheid beschikbaar gesteld. Via het RIVM kan een coördinerende GGD een specifieke uitkering (SPUK) aanvragen<sup>12</sup>. De verantwoording moet vervolgens met het RIVM gedeeld worden. De middelen worden via een vaste verdeelsleutel verdeeld over de coördinerende GGD'en. Deze verdeelsleutel is vastgesteld op basis van historische gegevens (uit 2013) en werd tot en met 2022 enkel geïndexeerd ter correctie van de loonkosten. In de bedragen die in 2024 uitgekeerd worden, zit wel een materiaalkostenindexatie<sup>13</sup>. Deze indexering is procentueel hetzelfde voor elke regio.
- 2) Specifieke uitkering PrEP.** De PrEP-regeling bepaalt dat er elk kalenderjaar een uitkering wordt verstrekt aan de coördinerende GGD voor PrEP-zorg. De hoogte van de uitkering is afhankelijk van het aantal deelnemers (consulten en vervolggconsulten) bij een CSG. Er kunnen landelijk maximaal 8.500 deelnemers meedoen aan deze pilot.
- 3) Gemeentelijke bijdrage.** De gemeente draagt, vanuit het oogpunt van collectieve preventie, bij aan gezondheidsbevordering, waaronder ook seksuele gezondheid kan vallen. GGD'en beslissen zelf hoe de gemeentelijke bijdrage intern verdeeld wordt. Soms zijn er ook nog aanvullende subsidies voor specifieke thema's. Daarnaast bieden sommige gemeenten aanvullende middelen voor activiteiten die ook met de ASG-middelen worden bekostigd (zoals consulten).

---

<sup>12</sup> Tot en met 2022 ging het om een subsidie. Pas in 2023 werd dit een specifieke uitkering.

Onderstaande figuur laat zien hoe de ASG-middelen in 2022 zijn verdeeld over de acht regio's, weergegeven in bijdrage per inwoner. Verschillen tussen regio's worden deels verklaard doordat de doelgroepen van de ASG-regeling naar verwachting niet uniform per regio zijn verdeeld en deels door hoe de verdeling historisch gegroeid is.



Figuur 1: Verdeling ASG-middelen 2022 naar inwoner

## / 3 Ontwikkelingen

Op basis van de gesprekken, documenten, enquête data zien we een aantal ontwikkelingen binnen de maatschappij die raken aan seksuele gezondheid en soa's, aan het stelsel en aan de ASG-regeling. Deze ontwikkelingen beschrijven we in dit hoofdstuk, omdat ze belangrijke context zijn om de ervaringen met het stelsel van seksuele gezondheid en de knelpunten die in het stelsel optreden te begrijpen.

### 3.1 Relevante maatschappelijke ontwikkelingen

#### **Er is landelijk een groot gebrek aan (gekwalificeerd) medisch personeel**

Landelijk bestaat een groot gebrek aan personeel, zeker ook onder medisch personeel.<sup>14</sup> Dit tekort speelt ook binnen de seksuele gezondheidszorg. Verschillende CSG's geven aan dat ze te weinig personeel hebben. In het bijzonder artsen infectieziektebestrijding en artsen Maatschappij en Gezondheid (M+G) zijn schaars. Hierdoor, en door capaciteitsproblemen, is het lastig aan de kwaliteitsnormen te voldoen.<sup>15</sup> Er wordt bij verschillende CSG's gewerkt onder een verlengde arm constructie, bijvoorbeeld bij het geven van injecties.<sup>16</sup>

#### **Jongeren zoeken online naar informatie over gezondheid**

Jongeren zoeken informatie over gezondheid veelal online op<sup>17</sup> en komen veel tegen op sociale media. Deze informatie klopt echter niet altijd. Zeker als het gaat over de pil, hormonen en alternatieve vormen van anticonceptie, is er online veel verkeerde – soms zelfs schadelijke – informatie.<sup>18</sup> CSG's moeten soms lastige gesprekken voeren om hier tegenwicht aan te bieden.

#### **Het aantal abortussen neemt toe**

Uit gegevens over het jaar 2022 blijkt dat het aantal abortussen in Nederland gestegen is met bijna 15% naar 35606. Dat is het hoogste aantal abortussen per jaar sinds 1986. Er is een toename te zien in het aantal zwangerschapsafbrekingen bij alle leeftijdsgroepen. Er zijn verschillende hypothesen over de algehele toename. Enkele voorbeelden zijn toenemende zorgen over voldoende (financiële) zekerheid, zorgen over het klimaat, post-corona effecten, een mogelijk veranderde seksuele moraal en het gebruik van de kalendermethode als anticonceptie methode. Er is echter niet bekend welke factoren daadwerkelijk een rol spelen in de geconstateerde toename van abortussen. CSG's hebben via consulten voor seksualiteitshulpverlening de mogelijkheid om in gesprek te gaan en informatie te verstrekken over anticonceptie voor jongeren.

#### **Mensen vinden ook online seksuele contacten**

Sinds de opkomst van datingapps als Grindr en Tinder is er een extra kanaal om seksuele contacten aan te gaan. Dit geldt zeker ook voor risicogroepen die onder de ASG-regeling vallen, zoals jongeren onder de 25 jaar en MSM (mannen die seks hebben met mannen). Het effect op soa-verspreiding is

---

<sup>14</sup> [In alle beroepsgroepen sprake van krapte \(uwv.nl\)](#)

<sup>15</sup> Iedereen seksueel gezond! Update Nationaal Actieplan soa, hiv en seksuele gezondheid 2023-2027

<sup>16</sup> Bij een verlengde armconstructie kan een niet BIG-geregistreerde zorgprofessional onder toezicht van een BIG-geregistreerde professional voorbehouden handelingen uitvoeren, zoals injecteren.

<sup>17</sup> [Wat voeren jongeren online uit? - Nederland in cijfers 2020 | CBS](#)

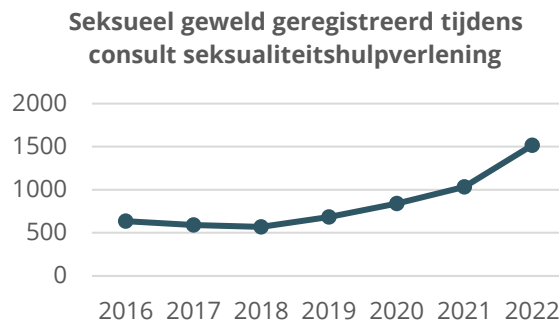
<sup>18</sup> Zie onder meer: [CBG: Maak gebruik van betrouwbare bronnen bij keuze anticonceptie | Nieuwsbericht | College ter Beoordeling van Geneesmiddelen \(cbg-meb.nl\)](#) en [Anticonceptie | College ter Beoordeling van Geneesmiddelen \(cbg-meb.nl\)](#)

niet duidelijk. Wel kan een ontmoeting via een datingapp een opstap zijn naar seksueel geweld.<sup>19</sup> Voor CSG's kan dit leiden tot meer of een ander type hulpvraag (zie volgende paragraaf).

## De me-too beweging geeft ruimte voor het gesprek over onprettige seksuele ervaringen

In 2017 kreeg de #MeToo beweging – waarin mensen zich uitspraken over ervaren seksuele intimidatie of seksueel misbruik – aandacht in Nederland. Slachtofferhulp Nederland en het Centrum Seksueel Geweld zagen vervolgens het aantal hulpvragen en meldingen rondom dit thema stijgen.<sup>20</sup> Ook in de -consulten seksualiteitshulpverlening van de CSG's wordt seksueel geweld steeds vaker geregistreerd: in 2022 was het bijna drie keer vaker geregistreerd dan in 2017.

Dat is een stijging van 139%, terwijl het totaal aantal geregistreerde consulten met slechts 13% toenam. Deze stijging kan, naast de toegenomen aandacht voor het onderwerp, ook deels verklaard worden door toegenomen registratie van consulten seksualiteitshulpverlening en het toelaten van slachtoffers van seksueel geweld in de regeling (voor soa-consulten).



Figuur 2: Besproken hulpvraag tijdens consult seksualiteitshulpverlening

## Onder kinderen en jongeren spelen meer vraagstukken rondom gender

Er is een sterke toename in de vraag naar zorg rondom gendervraagstukken, zoals transgenderzorg, met name onder kinderen en jongeren.<sup>21</sup> CSG's zien steeds meer transpersonen op hun poli. CSG's proberen hen op verschillende manieren te helpen. Bij de GGD in Amsterdam is bijvoorbeeld een Transkliniek geopend. Deze is gericht op trans personen die niet in de reguliere zorg terechtkomen, bijvoorbeeld omdat zij ongedocumenteerd of dakloos zijn of om andere redenen uitsluiting ervaren. Transpersonen hebben vervolgens ook ander soort ervaringen en vragen dan cisgenders. Zo hebben jonge transgender vrouwen bijvoorbeeld vaker seksuele handelingen tegen de wil meegemaakt.<sup>22</sup> CSG's moeten hun kennis op dit vlak dus op pijl houden.

## De coronacrisis heeft een langdurige impact op zorgverlening en seksuele ontwikkeling

De spreekuren van de CSG's zijn tijdelijk afgeschaald tijdens de coronacrisis. CSG's waren alleen open voor PrEP zorg en een beperkte groep met het allerhoogste risico op soa. Alhoewel single jongeren in 2020 en 2021 ook minder seks hadden,<sup>23</sup> heeft deze periode wel impact gehad op de seksuele gezondheid. De lockdowns, maar ook de coronamaatregelen, hebben jongeren belemmerd in hun relationele en seksuele ontwikkeling.<sup>24</sup> Hierin is dus een inhaalslag te verwachten, waarbij CSG's het effect kunnen zien op het aantal mensen met vragen rondom seksualiteit en soa's.

<sup>19</sup> Ongeveer 14% van de onderzochte verkrachtingen begon met een ontmoeting via een datingapp. Zie: [Dating App Facilitated Sexual Assault: A Retrospective Review of Sexual Assault Medical Forensic Examination Charts - Julie L. Valentine, Leslie W. Miles, Kristen Mella Hamblin, Aubrey Worthen Gibbons, 2023 \(sagepub.com\)](#)

<sup>20</sup> [Na onthullingen ook meer hulpvragen door #metoo \(nos.nl\)](#)

<sup>21</sup> Zorgvuldig Advies, Kwartiermaker Transgenderzorg 2018-2022. Meerdere rapportages.

<sup>22</sup> Seks onder je 25. Rutgers, 2017. [Onderzoeksboek-Seks-onder-je-25e-2017.pdf \(rutgers.nl\)](#)

<sup>23</sup> [Seksuele gezondheid van jongeren tijdens de coronacrisis – Rutgers](#)

<sup>24</sup> [Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland tijdens de coronacrisis | Rapport | Huiselijk Geweld](#)

## 3.2 Ontwikkelingen binnen stelsel seksuele gezondheidszorg

Sinds de start van de ASG-regeling, en zeker sinds de start van de ACS, is er veel veranderd in het zorglandschap voor seksuele gezondheid. Deze ontwikkelingen benoemen we in deze paragraaf.

### **Invoering van het eigen risico**

Een belangrijke veranderingen in de context waarin de ASG-regeling opereert is de invoering van het eigen risico in de Zvw in 2008. Het eigen risico zorgt voor een financiële prikkel om bij een soa-test voor het CSG te kiezen in plaats van via de huisarts.

### **De financiële drempels tot seksuologische hulpverlening nemen toe**

Sinds 2014 wordt seksuologische hulpverlening ook niet meer standaard vergoed vanuit de basisverzekering, waardoor de burger hier zelf voor betaalt.<sup>25</sup> Het eigen risico is in de afgelopen jaren alleen maar toegenomen. Afhankelijk van de aard van de klachten en eventuele samenhang met een andere psychische of medische aandoening is vergoeding wel mogelijk. Ook zijn er sommige aanvullende zorgverzekeringen die seksuologische hulpverlening wel vergoeden na een verwijsbrief van de huisarts. Deze financiële drempel tot seksuologische hulp kan leiden tot een grotere vraag naar gratis seksualiteitshulpverlening bij CSG's.

### **Huisartsen zijn meer geneigd patiënten door te verwijzen naar CSG**

De huisarts is een belangrijke spil in de eerstelijnszorg en neemt een centrale positie in. Daardoor komen er veel verschillende onderwerpen op het bordje van de huisarts terecht. Eén van die onderwerpen is het aanvragen van een soa-test. De huisartsenzorg staat echter steeds meer onder druk en er is een tekort aan praktijkhoudende huisartsen. Waar huisartsen zich voorheen positioneerden als de zorgprofessional met integraal overzicht waarbij je voor alles terecht kon, maken ze nu scherpere keuzes in waar ze prioriteit aan geven. Daarnaast is de beschikbare tijd per patiënt beperkt en zijn vragen over seksualiteit of soa's voor de meeste huisartsen geen dagelijkse praktijk. De aanwezige kennis varieert dan ook zeer tussen huisartsen. Uit de gesprekken blijkt dat de combinatie van beperkte kennis en weinig tijd maakt dat huisartsen eerder dan voorheen geneigd zijn om hun patiënten door te verwijzen naar een CSG.<sup>26</sup> Ook het feit dat testen bij CSG's (in tegenstelling tot via de huisarts) gratis is en dat CSG's gezien worden als instanties die deze testen uitvoeren, dragen hieraan bij. Deze punten gelden vooral bij het testen van mensen zonder klachten. Patiënten met klachten zien huisartsen wel als hun verantwoordelijkheid. Het effect van deze ontwikkeling is dat er meer patiënten bij het CSG belanden, ook als ze niet in een risicogroep vallen of niet door de triage komen.

### **In 2019 is de landelijke PrEP-regeling gestart**

In 2019 is in Nederland de PrEP-pilot van start gegaan. PrEP is een middel dat een hiv-infectie kan voorkómen. Tijdens de vijf jaar durende pilot komen 8500 personen met een verhoogd risico op een hiv-infectie in aanmerking voor PrEP en PrEP-zorg.<sup>27</sup> PrEP-zorg omvat een driemaandelijke test op soa's en het controleren van de nierfunctie. De pilot wordt uitgevoerd door de CSG's en is gericht op –

---

<sup>25</sup> Seksuologische zorg zit niet meer in het basispakket sinds 1 januari 2014, wel in diverse aanvullende verzekeringen. Er zijn uitzonderingen die nog wel voor vergoedingen uit het basispakket in aanmerking komen.

<sup>26</sup> Alhoewel het aantal consulten wel enigszins schommelt tussen de jaren, voeren huisartsen elk jaar ongeveer evenveel consulten uit op het gebied van soa-zorg. Ze leveren dus niet structureel minder soa-zorg.

<sup>27</sup> In 2021 is het maximale aantal deelnemers verhoogd van 6500 naar 8500

met name – MSM. Ook buiten de CSG's is PrEP-zorg beschikbaar, onder meer bij gespecialiseerde hiv-behandelaren en bij sommige huisartsen. Door het deelnemersplafond bij de CSG's zijn er in de praktijk mensen die wel PrEP willen, maar deze niet kunnen krijgen. Ook heeft de PrEP-regeling tot gevolg dat er bij de CSG's minder capaciteit is voor de andere taken, omdat de vergoeding voor PrEP-zorg vanuit de regeling niet geheel kostendekkend is. CSG's kiezen ervoor om deze tekorten aan te vullen vanuit de ASG-middelen, die hier strikt genomen niet voor bedoeld zijn.<sup>28</sup>

### **Er waren de afgelopen jaren minder voorlichtingscampagnes**

Om veilig vrijen en condoomgebruik te bevorderen, bestonden er in Nederland tot 2011 grootschalige 'Vrij Veilig Campagnes' die via massamedia verspreid werden. Na 2011 zijn deze campagnes gestopt. Het toenmalige kabinet vond dat het aan mensen zelf was om keuzes te maken over hun leefstijl, waar generieke massacampagnes niet bij zouden passen.<sup>29</sup>

Er zijn nog enkele campagnes, die aansluiten bij de standpunten van het kabinet en zich voornamelijk richten op seksueel grensoverschrijdend gedrag en anticonceptie. In 2021 lanceerde het ministerie van VWS samen met Sense bijvoorbeeld de campagne 'De Vrij Veilige Dating Show', die in 2024 opnieuw wordt ingezet. Het voorkómen van soa-verspreiding via voorlichtingscampagnes heeft de afgelopen jaren echter minder aandacht gekregen. Dat kan zorgen voor een toename van het aantal soa's onder de bevolking. En daarmee ook het aantal mensen dat aanklopt bij een csg doen toenemen.

### **Commerciële aanbieders van soa-testen zijn in opkomst**

Naast een soa-test via de huisarts of CSG is er steeds meer commercieel aanbod van soa-zelftesten. Voor nagenoeg elke soa is een zelftest beschikbaar. Hierbij is onderscheid te maken tussen testen die zelf worden afgenomen en uitgevoerd, en testen die zelf worden afgenomen, maar in een laboratorium worden uitgevoerd. Testen uit de laatste categorie worden door verschillende commerciële aanbieders aangeboden. De kwaliteit van deze aanbieders is echter wisselend. Daarom verwijst Soa Aids Nederland op haar website naar een aantal betrouwbare testaanbieders. De beschikbaarheid van commerciële testaanbieders heeft zowel positieve als negatieve aspecten. Er is weinig mogelijkheid voor een gesprek over seksualiteit en veilig vrijen. Het preventieve karakter is dus beperkt. Daarnaast werken niet alle commerciële aanbieders volgens de landelijke richtlijnen rondom soa's, waardoor ze zowel te weinig als te veel kunnen testen. En er is in mindere mate zicht op soa-verspreiding en trends, doordat de data niet centraal verzameld wordt, zoals ook bij de huisartsen niet gebeurt. Anderzijds worden zelftesten gezien als een laagdrempelige (en anonieme) manier van testen, die de druk op de huisartsenzorg en CSG's enigszins kan verminderen.

### **Er wordt op verschillende plekken in het land geëxperimenteerd met andere vormen van soa-zorg en seksualiteitshulpverlening**

Er zijn diverse vormen van soa-zorg en seksualiteitshulpverlening buiten de huisartsen, CSG's en commerciële aanbieders. Zo biedt de stadspoli in Maastricht soa-zorg, en draait vanuit het project Zinnige InfectieZorg (ZIZ) een soa-poli in Haaglanden. In de Stadspoli in Maastricht houden specialisten buiten het ziekenhuis spreekuur voor patiënten die door hun huisarts verwezen zijn. De Stadspoli is een vorm van anderhalvelijnszorg en is opgezet om het beroep op (dure) tweedelijnszorg te verminderen. Seksuologie is één van de specialismen op de poli waar patiënten na verwijzing zonder eigen bijdrage terecht kunnen. ZIZ is een non-commercieel zorgproject. Het heeft als doel om soa-zorg goedkoper, sneller en laagdrempeliger te maken via een online en fysiek aanbod van

---

<sup>28</sup> Cijfermatige eindevaluatie PrEP-pilot

<sup>29</sup> [Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij'](#)



consulten, diagnostiek en behandeling. Het project is mogelijk gemaakt door ZonMw, zorgverzekeraar CZ en GGD Haaglanden. ZIZ positioneert zichzelf als alternatief voor de huisarts, maar ook de GGD verwijst cliënten door die niet door de triage komen of te lang moeten wachten. De zorgverzekeraars betalen €25,- per consult (vrijgesteld van eigen risico) en bezoekers betalen € 12,- tot € 30,- per test, afhankelijk van de test. Zo wordt de drempel voor zorg buiten het CSG verlaagd en houdt het CSG meer ruimte voor hoogrisicogroepen of groepen die niet in reguliere zorg terecht komen.

### **De landelijke beleidsvisie geeft richting aan de CSG's**

De beleidsvisie op seksuele gezondheid van VWS stelt ten doel dat Nederlanders juist geïnformeerd worden, zodat zij zelf passende keuzes kunnen maken over hun eigen seksuele gezondheid en daarmee ook de keuzes van anderen kunnen respecteren. Het gaat dan onder meer over prettige seks, bescherming tegen soa's, voorkomen van seksueel geweld en het voorkomen van onbedoelde zwangerschappen. Daarnaast streeft het kabinet na dat Nederlanders altijd toegang hebben tot "passende, betaalbare, en kwalitatief goede (seksuele) gezondheidsvoorzieningen en zorg". Daarmee wordt benadrukt dat hulpzoekenden laagdrempelig advies en ondersteuning moeten kunnen krijgen. Ook de monitoringsfunctie voor seksuele gezondheid vraagt om verbetering. Verder dienen de seksuele gezondheidsachterstanden verminderd te worden, specifiek bij groepen in een kwetsbare positie. In aanvulling op de beleidsvisie seksuele gezondheid van VWS is het nationaal actieplan soa, hiv en seksuele gezondheid (2023-2027) opgesteld.<sup>30</sup> Uitgangspunt van het plan is een integrale aanpak waarin zowel preventie van soa en hiv als het terugdringen van seksueel geweld en ongewenste zwangerschap centraal staat.

## 3.3 Ontwikkelingen binnen de ASG-regeling

### **CSG's kunnen binnen het huidige budget niet iedereen uit de risicogroepen van de ASG-regeling bedienen**

Tot 2015 was de ASG-regeling een openeinderegeling, waarvan de omvang ieder jaar groeide. In 2015 is een financieel plafond ingesteld en geldt een lumpsumbedrag dat jaarlijks geïndexeerd wordt op basis van de loonontwikkeling.<sup>31</sup> <sup>32</sup>Deze is volgens CSG's onvoldoende om de loonstijging op basis van de CAO te compenseren. De stijging in laboratoriumkosten en andere gestegen kosten worden niet gecorrigeerd. Voor materiaalkosten is tot dusverre ook niet gecorrigeerd: in de bedragen die vanaf 2024 worden uitgekeerd wordt voor het eerst wel een materiaalkostenindexatie opgenomen. Naast personeels-, laboratorium en materiaalkosten zijn ook de behandelkosten verder gestegen als gevolg van gewijzigde behandelrichtlijnen, medicatietekort en een hoger aantal behandelingen. Ook moet er, op basis van gewijzigd testbeleid, meer getest worden. Tegelijkertijd is de vraag naar zorg bij CSG's blijven groeien na 2015. CSG's ervaren hierdoor financiële krapte. De meeste CSG's geven aan streng te moeten triëren en hierdoor de helft van de mensen die binnen een risicogroep vallen geen zorg te kunnen bieden.

Deze dynamiek geeft een risico op een zichzelf versterkende spiraal. Strengere triage zorgt voor een hoger aantal bezoekers met één of meer soa's, waarvoor ook de behandeling, een behandelconsult

---

<sup>30</sup> Iedereen seksueel gezond! Update Nationaal Actieplan soa, hiv en seksuele gezondheid 2023-2027

<sup>31</sup> Hiervoor wordt de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling gevolgd.

<sup>32</sup> Medewerkers van de GGD vallen onder de CAO SGO. Daarmee zijn CSG's dus gebonden aan de loonstijgingen afgesproken in het principeakkoord Cao Gemeenten en Cao SGO 2023.

en inzet voor de partnerwaarschuwing betaald moet worden. De kosten per persoon (inclusief nazorg) worden dus hoger, waardoor er minder testen uitgevoerd kunnen worden, en de triage nog strenger moet worden. Daarnaast is er bij minder testen een grotere kans dat transmissieketens niet doorbroken worden, wat kan leiden tot een toename van het aantal soa's. De recent gesignaleerde toename van soa's onderstreept dit.

### **CSG's triëren en prioriteren steeds strenger**

De krapte bij de CSG's, zowel in capaciteit als financiën, leidt ertoe dat veel CSG's steeds strenger triëren. Zo hebben veel CSG's, naast de triage binnen de doelgroep-afbakening, een beperking op postcodegebied en hebben enkele CSG's de regel dat mensen maximaal twee keer per jaar mogen testen. Dit blijkt echter makkelijk te omzeilen vanwege de mogelijkheid om anoniem of met een pseudoniem te testen in de regeling. Alle CSG's triëren op de mate van risico op een soa. Als de triage online plaatsvindt, gaat het bij verschillende CSG's om een uitgebreid en lang formulier. Voor mensen die laaggeletterd zijn of beperkte digitale vaardigheden hebben is dit een extra drempel om toegang te krijgen tot zorg. Daarnaast prioriteren CSG's ook steeds meer; groepen die wel door de triage komen moeten dan bijvoorbeeld achteraan in de rij aansluiten.

Het merendeel van de CSG's geeft aan dat ze door de manier van triëren veel mensen met klachten, mensen met een risico op hiv-infecties en mensen uit de MSM-doelgroep zien, en minder ruimte voor andere groepen te hebben dan ze zouden willen.<sup>33</sup> Zoals mensen uit de doelgroep die zich in kwetsbare omstandigheden bevinden. De overige testaanvragers worden doorverwezen naar de huisarts, een commerciële aanbieder of een private (niet-commerciële) aanbieder. Dit gebeurt soms expliciet, en soms impliciet doordat de wachttijd bij het CSG te hoog is. Wachttijden lopen in enkele gevallen op tot wel twee à drie weken, terwijl casussen met een bepaald soort klachten volgens de richtlijn binnen één tot drie dagen gezien zouden moeten worden. Door de wachtrijen zoeken burgers andere manieren om te kunnen testen, bijvoorbeeld bij andere CSG's, commerciële testaanbieders of huisartsen. Er is echter geen zicht op in hoeverre burgers zich daadwerkelijk elders laten testen, als er niet (tijdig) plek is bij het CSG.

### **De wijze van triëren verschuift terug naar telefonisch**

De wijze van triage verschilt sterk tussen de verschillende CSG's. Enkele CSG's kennen een geavanceerd online-triagesysteem, terwijl anderen juist bewust telefonisch triëren. Een aantal CSG's is recent teruggegaan van een digitaal systeem naar telefonische triage. Hoewel met telefonische triage hoge uitvoeringskosten gepaard gaan, merkt een aantal CSG's namelijk dat mensen online de ernst van hun klachten erger of hun seksuele gedrag risicovoller voordoen om bovenaan de wachtlijst te komen. De CSG's die zijn teruggegaan naar telefonische triage ervaren dat ze zo makkelijker kunnen doorvragen om de situatie goed in te schatten en dat mensen eerlijker zijn over de mate waarin ze klachten ervaren.

### **Er wordt een groter beroep gedaan op cliënten zelf**

Bij een enkele CSG hebben cliënten de optie om thuis te testen. De cliënt neemt de test zelf thuis af, stuurt deze op naar het laboratorium en krijgt vervolgens een videoconsult met een verpleegkundige van het CSG. Enkele andere CSG's laten cliënten zelf de test afnemen op de poli voorafgaand aan het consult. De cliënt krijgt een korte uitleg bij het ontvangen van de test en kan de test afnemen met behulp van informatieposters op het toilet. Op deze manier wordt er bespaard op de tijd van een doktersassistente of verpleegkundige. Zij zijn op afroep wel beschikbaar om de cliënt te helpen.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> In hoeverre dit tegemoet komt aan de wens van cliënten is niet onderzocht.

Ook voor de cliënt is dit vaak tijdbesparend. Op deze manier kunnen meer mensen worden geholpen, maar er is minder persoonlijk contact. En daarmee iets minder gelegenheid voor het gesprek over seksueel gedrag.

### **De implementatie van e-health verloopt stroef**

E-health kan helpen in het oplossen van een deel van de problemen van CSG's, doordat voor specifieke hulpvragen een bezoek aan een CSG niet langer nodig is. De informatie- en communicatietechnologie ondersteunt de gezondheidszorg en verplaatst deze deels naar een online omgeving.<sup>35</sup> Bijvoorbeeld door online consulten, online coaching en een online testaanbod aan te bieden. CSG's zien de meerwaarde van e-health voor cliënten en hulpverleners; het is volgens hen een nuttige aanvulling op het offline zorgaanbod. Er wordt binnen het werkveld dan ook al een langere tijd geprobeerd uniforme e-health te implementeren. Hoewel CSG's hier individueel wel gebruik van maken, blijken er aan landelijke invoering (met bijvoorbeeld werken in één dossier) grote technische en juridische uitdagingen te kleven.

De huidige evaluatie van de ASG-regeling loopt vanaf 2018. Vanwege de COVID-19 pandemie in 2020 met bijbehorende contactbeperkende maatregelen en de doorwerking daarvan in 2021, laten deze twee jaren echter een vertekend beeld van de trend zien. Daarom nemen we in onderstaande grafieken data vanaf 2013 en in een enkel geval vanaf 2006 op.

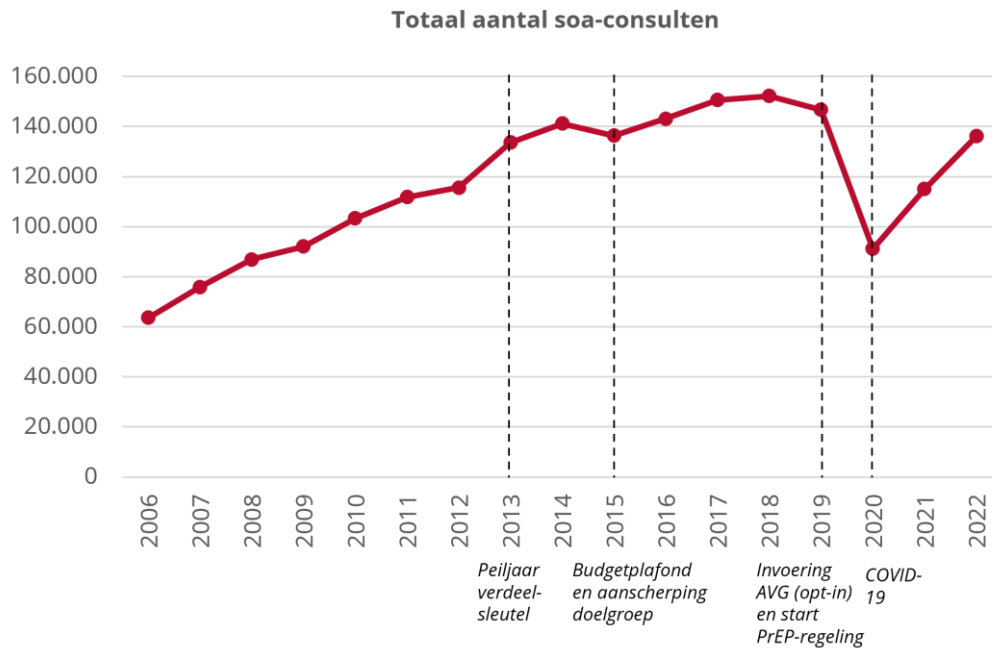
### **Sinds het budgetplafond is ingevoerd, vakt het aantal soa-consulten bij CSG's sterk af**

In figuur 3 is zichtbaar dat het aantal soa-consulten bij CSG's tot 2013 sterk toenam en sinds 2013 licht is toegenomen.<sup>36</sup> De daling in 2015 t.o.v. 2014 is waarschijnlijk te verklaren door het ingestelde budgetplafond. In 2019 is eveneens een daling te zien: vanaf 2019 werd bij CSG's de AVG ingevoerd, waardoor er minder gerapporteerd is: 16% van de cliënten (24.153 consulten) gaf geen toestemming om data te delen met het RIVM (opt-in). Deze opt-in werd later omgezet in een opt-out, waardoor het aantal cliënten dat geen toestemming gaf afnam. In hetzelfde jaar startte de PrEP-pilot, waarbij periodiek ook soa-diagnostiek wordt uitgevoerd. Hierdoor verplaatste de MSM-doelgroep zich deels van de ASG naar de PrEP-regeling. In 2020 is eveneens een sterke afname te zien vanwege de COVID-19 pandemie en bijbehorende contactbeperkende maatregelen. Na de COVID-19 pandemie is het aantal consulten weer toegenomen tot ongeveer hetzelfde aantal als in 2015. De 136.107 consulten in 2022 liggen iets boven de 133.585 consulten in 2013. De doelgroep jongeren onder de 25 jaar (exclusief MSM) komt in de afgelopen tien jaar elk jaar het vaakste op consult (25% in 2022). Zij worden gevolgd door MSM (17% in 2022) en personen met klachten (15% in 2022). Hierbij dient opgemerkt te worden dat doelgroepen kunnen overlappen; in 2022 was in 36% van de consulten sprake van twee of meer indicaties (doelgroepen) voor de regeling en in 27% van de consulten van drie of meer indicaties.

---

<sup>35</sup> Uit onderzoek blijkt dat binnen de seksuele gezondheid e-health de deskundigheid en zelfredzaamheid van cliënten kan bevorderen. Zie [E-Health oplossing voor problemen in de zorg voor seksuele gezondheid? Professionals | Soa Aids Nederland](#)

<sup>36</sup> Dit rapport bevat alleen gegevens over ASG-consulten, en niet over PrEP-consulten zoals in de jaarrapportage van het RIVM wel het geval is. Hierdoor zijn aantallen uit beide rapportages niet met elkaar te vergelijken.

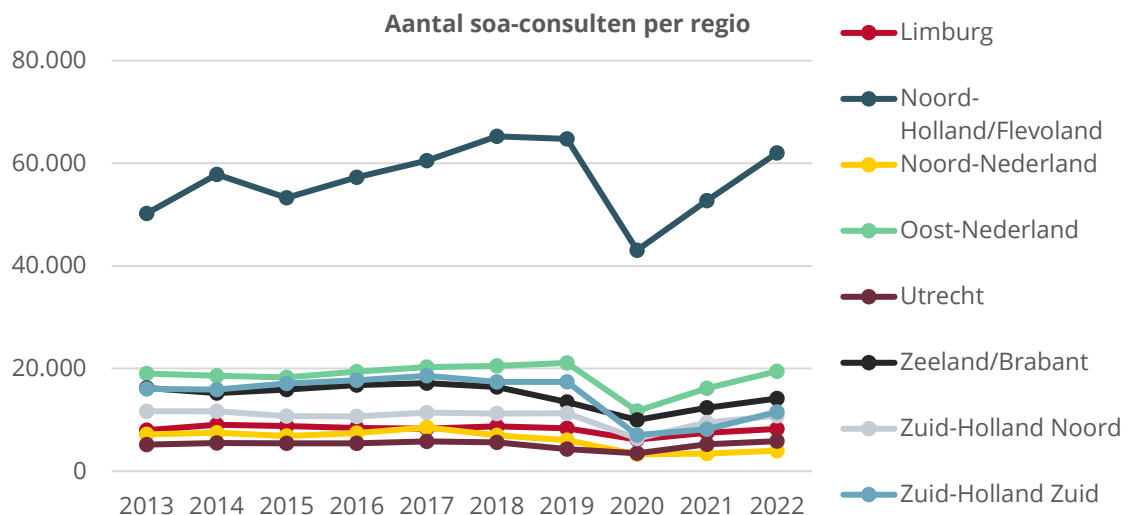


Figuur 3: Aantal soa-consulteren bij CSG's. De gegevens vanaf 2013 zijn voor dit onderzoek aangeleverd door het RIVM. De gegevens van voor 2013 zijn gebaseerd op de evaluatie uit 2013.

### Regionale verschillen in aantal consulteren zijn zeer groot

In figuur 4 is te zien dat er grote verschillen bestaan in het aantal consulteren per regio. De regio Noord-Holland/Flevoland steekt hier ruim bovenuit, vanwege de grootte van de regio en het CSG in Amsterdam. Dat beïnvloedt het landelijk beeld sterk.

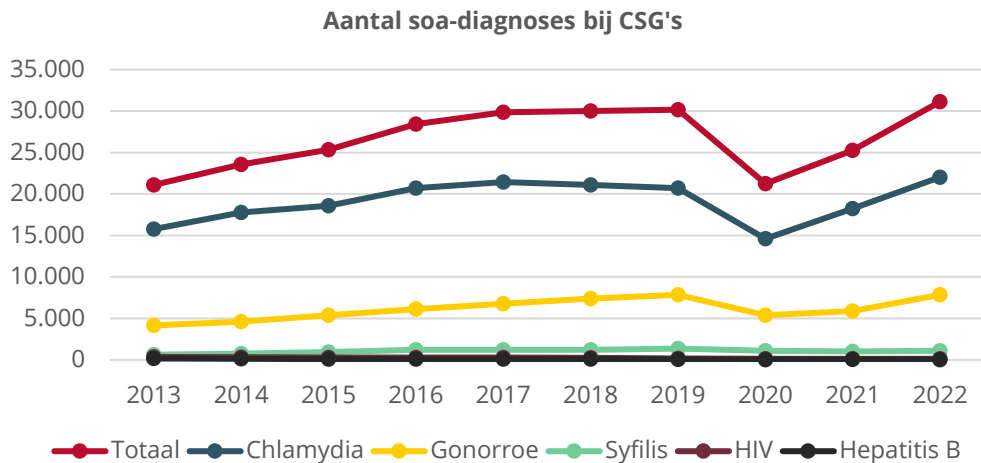
De ontwikkeling van soa-consulteren in de regio's laat een wisselend beeld zien. Voor de ene helft van de regio's is het aantal consulteren toegenomen sinds 2013, en voor de andere helft is het aantal consulteren afgenomen sinds 2013. Relatief is de grootste afname (sinds 2013) te zien in de regio's Zuid-Holland Zuid en Noord-Nederland, terwijl regio Utrecht en regio Noord-Holland/Flevoland een (relatief) grote toename laten zien. In bijlage 1 is dit in meer detail zichtbaar.



Figuur 4: Aantal soa-consulteren per regio

## Het aantal soa-diagnoses bij CSG's neemt sterk toe

In figuur 5 is te zien dat er een stijgende trend is in het absolute aantal soa-diagnoses.<sup>37</sup> De toename van het aantal soa-diagnoses vlakt af, met een dieptepunt in 2020 vanwege de coronapandemie. Hierna nam het aantal soa-diagnoses weer toe tot 31.125 in 2022, ongeveer 10.000 meer dan de 21.091 in 2013. De algehele stijging van het aantal soa-diagnoses wordt vooral veroorzaakt door een stijging in het diagnoses van chlamydia<sup>38</sup> en gonorrhoe.<sup>39</sup>



Figuur 5: Aantal soa-diagnoses bij CSG's, uitgesplitst naar type soa

## Ook het vindpercentage stijgt, vooral bij personen met klachten en jongeren onder de 25 jaar

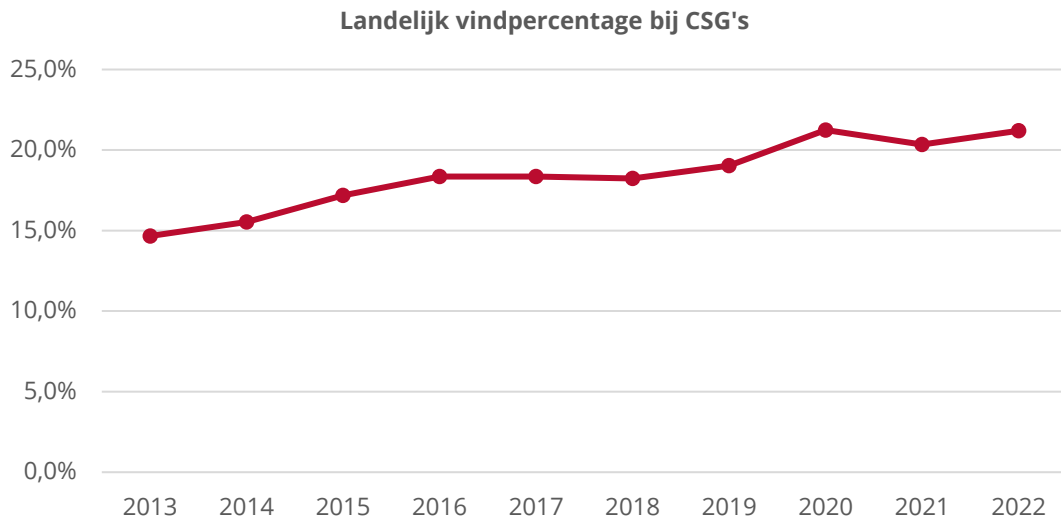
In figuur 6 is zichtbaar dat het landelijk vindpercentage bij CSG's sinds 2013 is gestegen.<sup>40</sup> In 2022 had 21,2% van de bezoekers aan een CSG een soa. Dit is een toename van 6,5 procentpunt ten opzichte van 2013.

<sup>37</sup> Het aantal soa-diagnoses is berekend door voor de betreffende soa het aantal consulten met een test en diagnose bij elkaar op te tellen.

<sup>38</sup> Binnen de zorg is er een discussie gaande over de relevantie van het breed en preventief testen op chlamydia vanwege het feit dat de meeste mensen geen klachten hebben van chlamydia, maar bij een zeer klein deel leidt tot complicaties dat chlamydia als verminderde vruchtbaarheid en bekkeninfecties. Er is geen onderzoek van hoge kwaliteit dat aantoont dat veel testen leidt tot betere vruchtbaarheid of zwangerschapsuitkomsten.

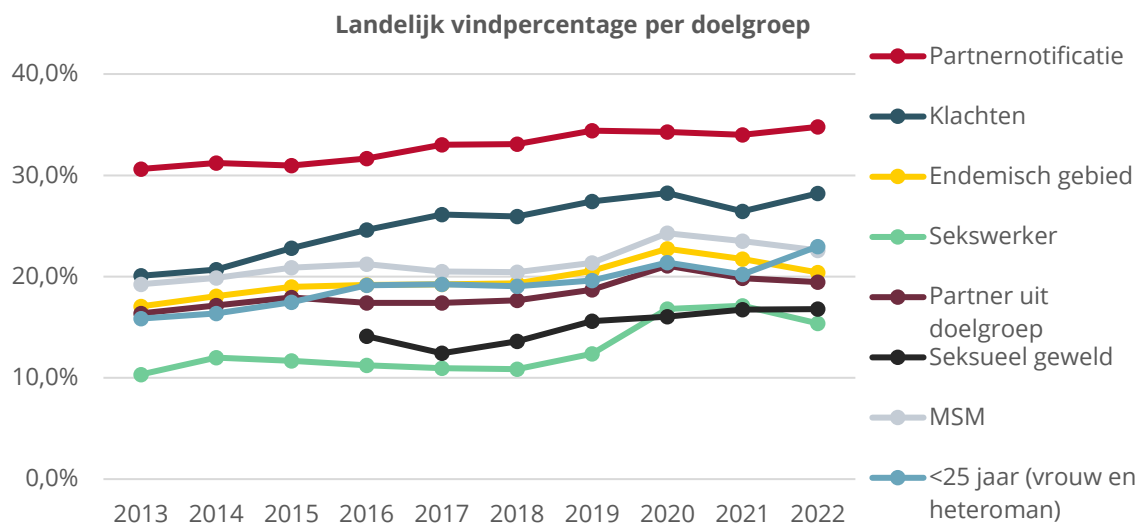
<sup>39</sup> In Europa neemt het aantal gonorrhoe-diagnoses gemiddeld toe. Zie onder andere: [AER for 2019 \(europa.eu\)](https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/news/news/2020/09/aer-for-2019)

<sup>40</sup> Het vindpercentage is hier berekend als het percentage soa-consulten met tenminste één soa-diagnose voor chlamydia, gonorrhoe, syfilis, hiv of hepatitis B.



Figuur 6: Landelijk vindpercentage bij CSG's

Figuur 7 laat de toename in het landelijk vindpercentage zien voor de verschillende doelgroepen van de regeling. De grootste toename is te zien onder de doelgroep met klachten (8,1 procentpunt) en de groep jongeren onder de 25 jaar (7,1 procentpunt).<sup>41</sup> De toename onder de doelgroep met klachten kan verklaard worden door de strengere triage op klachten. Een uitsplitsing naar geslacht laat zien dat de grootste toename zit bij heteromannen (9,0 procentpunt) en vrouwen (6,3 procentpunt). Dit is in meer detail zichtbaar in bijlage 2.<sup>42</sup> Zoals eerder vermeld kunnen doelgroepen overlappen.



Figuur 7: Landelijk vindpercentage bij CSG's per doelgroep

Opvallend is dat er zowel absoluut als relatief meer positieve tests zijn. De striktere triage heeft daar een aandeel in, maar het lijkt ook te impliceren dat soa's vaker voorkomen.

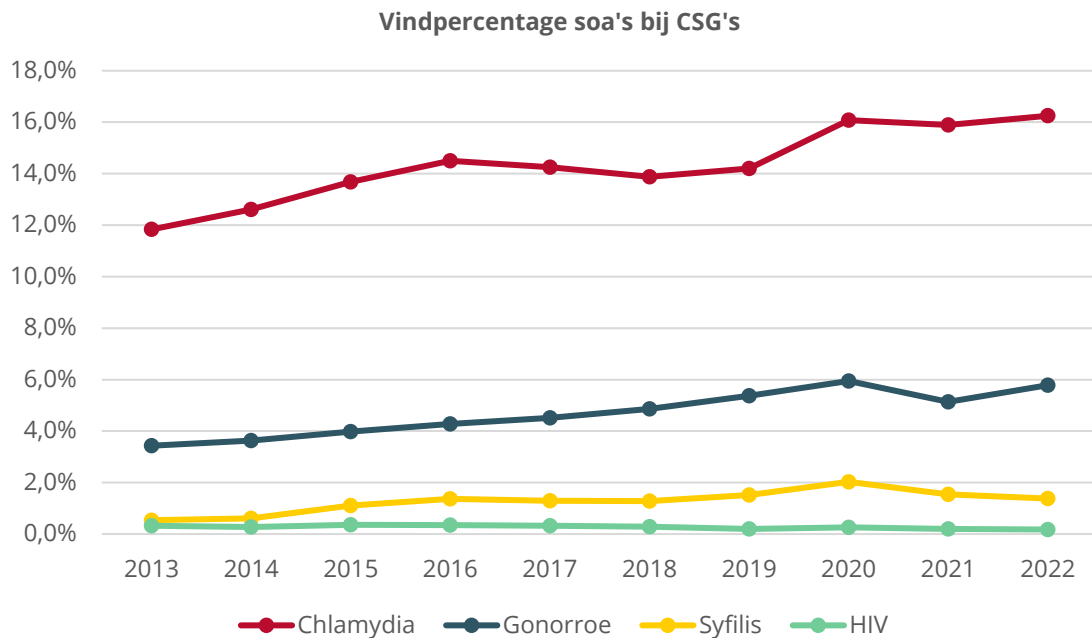
<sup>41</sup> Een kanttekening hierbij is dat het voor de doelgroep seksueel geweld zulke geringe aantallen betreft dat de vindpercentages minder betrouwbaar zijn.

<sup>42</sup> Een kanttekening hierbij is dat het voor de groep genderdivers zulke geringe aantallen betreft dat de vindpercentages minder betrouwbaar zijn.

## De stijging van het vindpercentage komt vooral door een stijging van chlamydia en gonorroe

De landelijke stijging in het vindpercentage wordt voornamelijk verklaard door de toename in chlamydia en gonorroe (figuur 8). Voor chlamydia en gonorroe is een duidelijke stijging zichtbaar in het vindpercentage<sup>43</sup> ten opzichte van 2013: 4,4 procentpunt voor chlamydia, en 2,4 procentpunt voor gonorroe<sup>44</sup>. De algehele toename van chlamydia komt met name door een toename van het vindpercentage bij jongeren onder de 25 jaar: een stijging van 6,5 procentpunt. Dit is in meer detail weergegeven in bijlage 3.

Ook het vindpercentage voor syfilis is gestegen ten opzichte van 2013 (0,9 procentpunt). Deze stijging in vindpercentages kan verklaard worden door een toename in het aantal soa's, of door de strengere triage die veel CSG's toepassen. De stijging in het aantal gonorroe-diagnoses is in het bijzonder zorgelijk, doordat het zeer besmettelijk kan zijn en er kans is op resistentie tegen antibiotica. Daarbij krijgen vrouwen vaak geen klachten bij gonorroe, waardoor het moeilijk te herkennen is. Voor hiv is het landelijke vindpercentage juist licht gedaald van 0,3% naar 0,2%. Dit komt vooral door een afname van hiv onder de doelgroep MSM: het vindpercentage is ten opzichte van 2013 met 1,1 procentpunt afgenomen. Ook dit is in meer detail zichtbaar in bijlage 3.



Figuur 8: Vindpercentage per type soa

## Regio's laten vergelijkbare trends zien in vindpercentages

Regionaal gezien is er weinig verschil zichtbaar in de trend voor het vindpercentage van chlamydia en gonorroe ten opzichte van het landelijk beeld. In alle regio's is een duidelijke toename te zien, al is deze voor sommige regio's groter dan voor andere. Ook voor syfilis en hiv verloopt de regionale trend grotendeels hetzelfde als de landelijke.<sup>45</sup> In bijlage 1 is dit in meer detail zichtbaar.

<sup>43</sup> Het vindpercentage is hier berekend door voor de betreffende soa het aantal consulten met een test en diagnose te delen door het totaal aantal consulten met een test.

<sup>44</sup> Dit is een trend die ook zichtbaar is buiten Nederland. Gonorroe neemt ook op andere plekken binnen Europa toe. Zie [AER for 2019 \(europa.eu\)](https://www.aer.europa.eu)

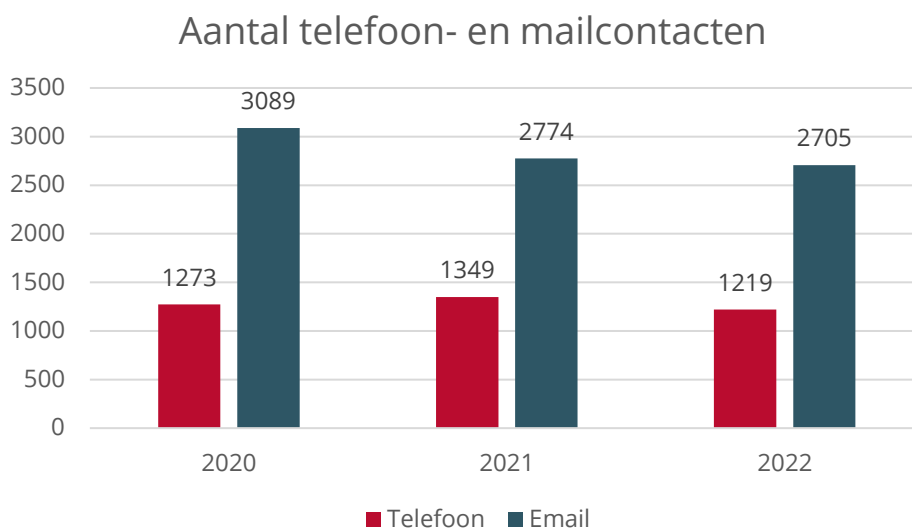
<sup>45</sup> Een kanttekening hierbij is dat het voor deze soa's per regio zulke geringe aantallen betreft dat de vindpercentages minder betrouwbaar zijn.

Het vindpercentage voor de verschillende doelgroepen van de regeling laat per regio in 2022 een vergelijkbaar beeld zien als het landelijke beeld<sup>46</sup>. In alle regio's is bijvoorbeeld een toename te zien in het vindpercentage onder MSM en jongeren onder de 25 jaar, al is deze voor sommige regio's groter dan voor andere. In bijlage 1 is dit in meer detail zichtbaar.

## Sense heeft veel bereik, en zoekt nieuwe kanalen om jongeren te bereiken

Sense is een samenwerking van Soa Aids Nederland, Rutgers, GGD en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het doel van Sense is om de seksuele gezondheid van jongeren te verbeteren. De website [sense.info](https://sense.info) biedt seksuele voorlichting en hulpverlening voor jongeren. Op de website [sense.info](https://sense.info) kunnen jongeren zelf het antwoord op hun vraag zoeken, of contact opnemen via de chat, telefoon of mail. Ook is het mogelijk een afspraak te maken voor een live gesprek seksualiteitshulpverlening bij een CSG (sense-consult). Alleen de consulten seksualiteitshulpverlening zijn onderdeel van de ASG-regeling. Sinds april 2022 heeft Sense ook een TikTok-account met 31.000 volgers. Via deze weg heeft Sense ook interactie met de doelgroep (28.000 jongeren).

In 2022 is het gemiddelde aantal bezoeken per maand 221.000, wat neerkomt op ongeveer 2.652.000 bezoeken per jaar. Hoewel dit geen unieke bezoekers zijn, zijn het wel flinke aantallen bezoeken. Ter vergelijking: er wonen ruim 2,7 miljoen jongeren tussen de 12-25 in Nederland. In 2022 werden ook 1.219 telefoontjes en 2.705 mails afgehandeld door de Sense Infolijn.<sup>47</sup> Dat zijn iets minder telefoontjes dan in 2021. Het aantal chat-contacten loopt ook iets verder terug.



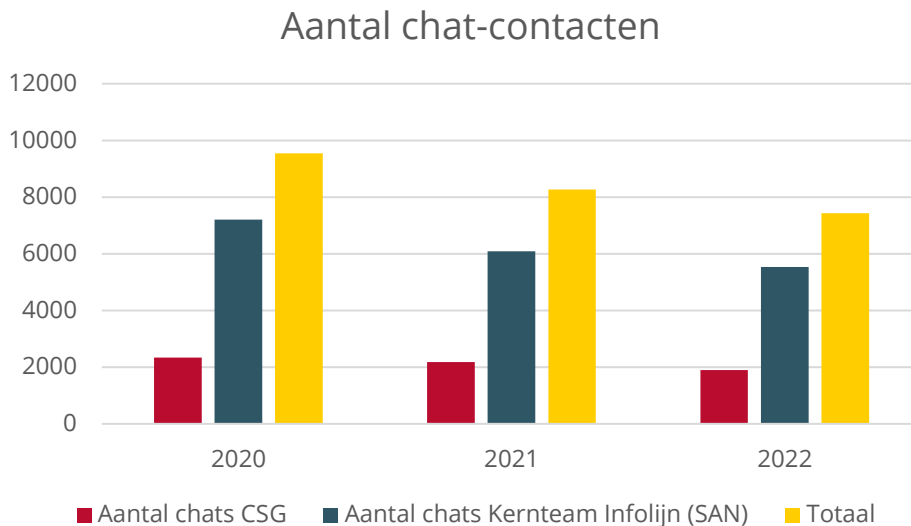
Figuur 9: Aantal telefoon- en mailcontacten via Sense infolijn

Het aantal chats en e-mails ligt hoger bij de Kernteam infolijn van SAN.

<sup>46</sup> Een kanttekening hierbij is dat het voor de doelgroep seksueel geweld per regio zulke geringe aantallen betreft dat de vindpercentages minder betrouwbaar zijn.

<sup>47</sup> Sinds 2015 werkt Sense samen met de Soa Aids infolijn. Gezamenlijk beantwoorden ze meer vragen.





**Figuur 10: Aantal chat-contacten via Sense en SAN infolijn<sup>48</sup>**

Jongeren bekijken vooral pagina’s die hen ondersteunen in plezier in seks (40%), in het leren kennen van hun lichaam (19%), de preventie van soa’s (19%), preventie van ongewenste zwangerschappen (14%), de ontwikkeling van hun seksuele identiteit (6%) en het voorkomen van seksuele grensoverschrijding (2%).

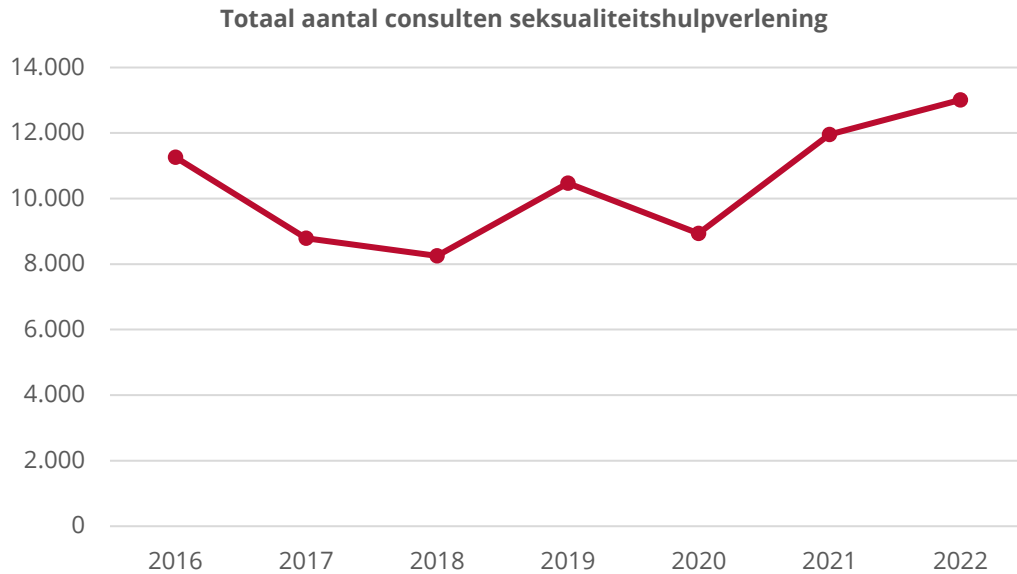
Uit een ouder onderzoek uit 2017<sup>49</sup> onder een representatieve groep bezoekers bleek dat het merendeel van de bezoekers vrouw is (64%) en dat bezoekers gemiddeld 16,9 jaar waren. Het grootste deel van de respondenten gaf aan een Nederlandse culturele achtergrond te hebben: vooral Marokkaanse jongeren waren ondervertegenwoordigd. 75% van de deelnemers was hetero, 9% homoseksueel, 8% biseksueel en van 7% was dit onbekend. Bijna alle jongeren volgen een opleiding. In de totale groep respondenten in het onderzoek was volgens dit onderzoek “53% laag opgeleid”.

**Het aantal geregistreerde consulten seksualiteitshulpverlening neemt toe**

Het aantal geregistreerde consulten seksualiteitshulpverlening is na een corona-dip in 2020 juist toegenomen tot 13.011 in 2022, hoger dan de laatste zes jaar. De consulten seksualiteitshulpverlening werden echter aan het begin nog niet landelijk dekkend geregistreerd. De stijging in het aantal consulten kan ten minste deels verklaard worden door toegenomen registratie. Het totaal aantal consulten seksualiteitshulpverlening geeft echter geen volledig beeld van de ASG-zorg rondom seksualiteit. Een groot deel van de seksualiteitshulpverlening vindt namelijk plaats tijdens soa-consulten en wordt niet apart geregistreerd.

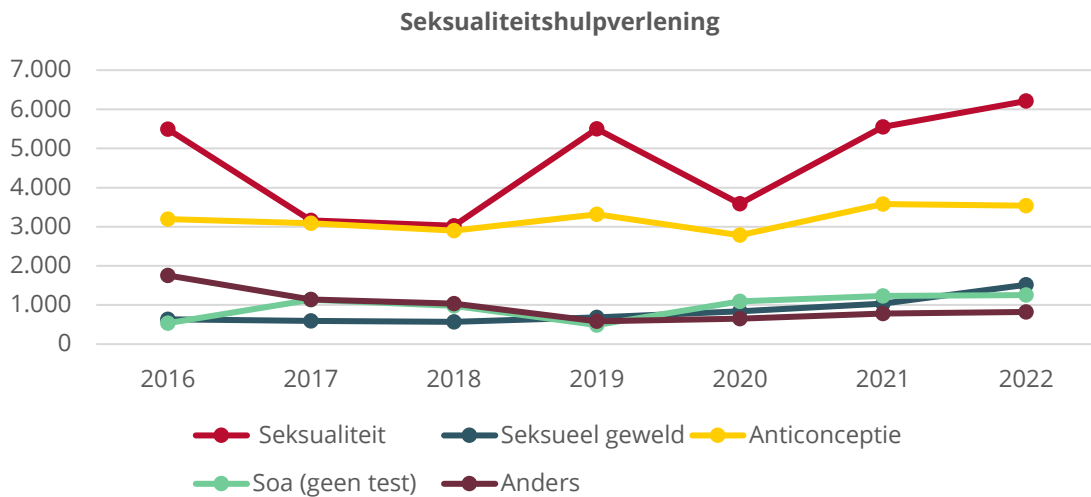
<sup>48</sup> In 2022 zijn er nog 200 extra (niet geregistreerde) contacten via de chat geweest, waardoor het totaal hoger uitvalt dan gerapporteerd.

<sup>49</sup> Zie gebruikersonderzoek sense.info: [Rapport \(sense.info\)](#)



Figuur 11: totaal aantal -consulten seksualiteitshulpverlening

Zoals in figuur 10 is te zien, is de meest besproken hulpvraag tijdens een consult seksualiteitshulpverlening nog altijd seksualiteit, gevolgd door anticonceptie. Onder seksualiteit vallen onderwerpen als het lichaam, seksuele oriëntatie, genderidentiteit, sekstechnieken en problemen rondom seks, zoals pijn bij het vrijen, erectiestoornissen, etc. De hulpvraag verschilt tussen mannen en vrouwen: vrouwen stellen bijvoorbeeld veel meer vragen over anticonceptie.



Figuur 12 - Besproken hulpvraagconsult seksualiteitshulpverlening (in aantallen)

## **De consultduur is verschillend vormgegeven bij CSG's**

CSG's hebben veel vrijheid om hun consult naar eigen inzicht in te richten.<sup>50</sup> De meeste CSG's passen de lengte van het consult aan naar de mate van risico op een soa en op het type vraag. De consultduur varieert van 15 minuten tot 30 minuten. De tijden die CSG's hanteren voor een consult zijn onderling echter niet één-op-één vergelijkbaar. Bij sommige CSG's doet een verpleegkundige het consult, waarna de cliënt bij de doktersassistente bloed laat prikken. Bij andere CSG's doet een verpleegkundige allebei, waardoor een consult langer duurt. De inrichting van het consult hangt onder meer af van de fysieke mogelijkheden van de locaties en de beschikbare mogelijkheden voor innovatie (zoals digitalisering). Meerdere CSG's vermelden dat ze bezig zijn met een taakherschikking tussen doktersassistenten, verpleegkundigen en artsen, mede vanwege de personeelstekorten. Al deze verschillen tussen CSG's laten zien dat de consultduur niet één op één vergelijkbaar is met elkaar.

---

<sup>50</sup> Hierbij moeten ze uiteraard wel voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen en wettelijke kaders.

## / 4 Ervaringen met het stelsel van seksuele gezondheid

We beschrijven in dit hoofdstuk welke impact de ontwikkelingen in het vorige hoofdstuk hebben op de ervaringen met het stelsel van seksuele gezondheid, en de ASG-regeling.

### 4.1 Meerwaarde

#### **Anonimiteit, expertise, en lage kosten zijn de voornaamste meerwaarde van CSG's**

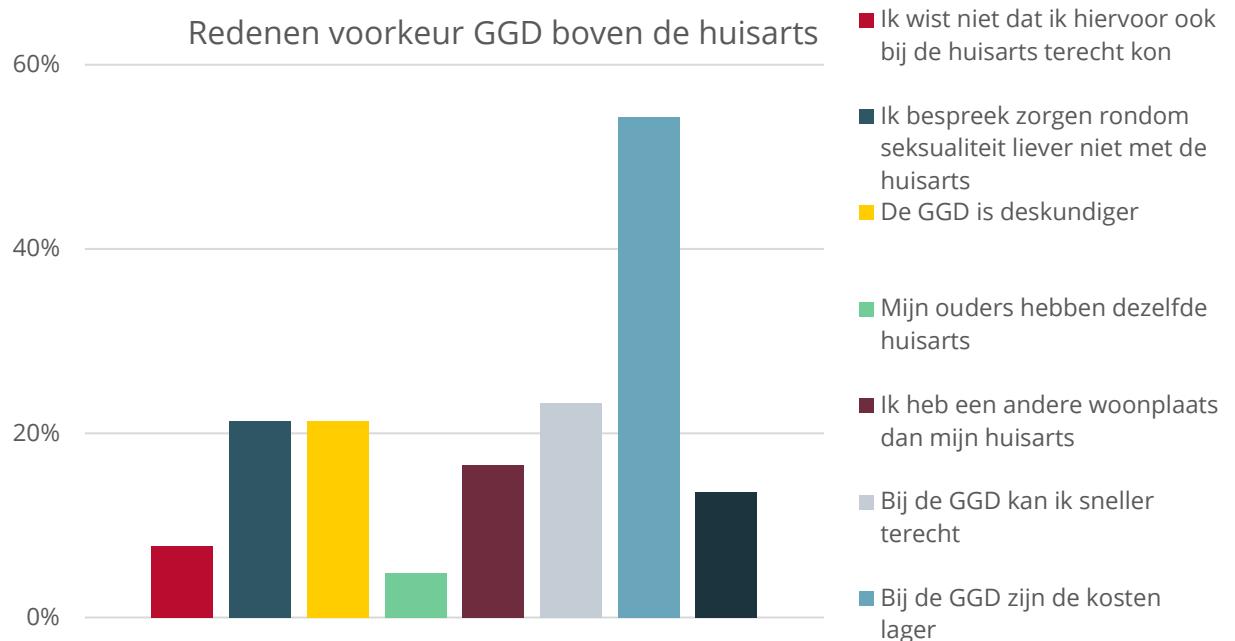
Uit de interviews blijkt dat de toegevoegde waarde van CSG's volgens nagenoeg alle gesprekspartners voornamelijk op drie punten zit: anonimiteit, expertise, en kosten.

- ▶ De wens voor anonimiteit of vertrouwelijkheid speelt volgens CSG's met name bij jongeren die dezelfde huisarts hebben als hun ouders en bang zijn dat hun ouders zo te weten komen dat ze seksueel actief zijn, of studenten die angst hebben voor datalekken. CSG's geven aan dit vaker te zien bij jongeren uit relatief kleine dorpen met een 'ons-kent-ons' cultuur. Ook speelt schaamte over (veroordeling voor) seksueel gedrag richting de huisarts een rol. Dit zien CSG's vooral onder de groep MSM.
- ▶ Daarnaast is de expertise bij CSG's een belangrijk punt. Deze expertise gaat deels over inhoudelijke specialistische kennis over soa's, maar ook over hoe je als professional het juiste gesprek over seks voert. Het is hierbij belangrijk om zonder oordeel, en met begrip en respect de juiste bejegening te vinden. Huisartsen hebben deze kennis niet altijd en staan niet altijd open om het gesprek over seks aan te gaan. Veel CSG's zien hun expertisefunctie als belangrijkste meerwaarde.
- ▶ Tot slot is soa-zorg en seksualiteitshulpverlening bij een CSG financieel gunstiger voor cliënten. Bij een CSG is deze zorg gratis, terwijl een soa-test en behandeling via de huisarts onder het eigen risico valt. CSG's geven aan dat de kosten vooral voor jongeren een belangrijke reden zijn om naar een CSG te gaan.

Uit de enquête onder cliënten bij CSG's blijkt eveneens dat kosten de voornaamste reden zijn om voor een soa-consult naar een CSG te gaan in plaats van naar de huisarts (figuur 11). Op de tweede plek staat de snelheid waarmee je bij de CSG's terecht kan, gevolgd door de deskundigheid van CSG's en de wens om zorgen rondom seksualiteit liever niet met de huisarts te bespreken. Dit komt grotendeels overeen met de punten die betrokkenen uit het veld noemden, met uitzondering van het punt over snelheid. Vanuit het veld wordt juist aangegeven dat de wachtrijen lang zijn. Dit verschil is mogelijk te verklaren doordat de vragenlijst is afgenomen onder cliënten die een afspraak hebben gekregen, en niet onder degenen die op de wachtlijst zijn geplaatst of zijn doorverwezen naar de huisarts of een private aanbieder.

Eerder onderzoek onder cliënten van CSG's in regio Oost (n=609)<sup>51 52</sup> naar hun overwegingen om voor een soa-test naar de GGD te gaan, liet zien dat zij de deskundigheid van de GGD (96%), het gemak van het maken van een afspraak bij de GGD (90%), de anonimiteit bij de GGD (69%) en de gratis soa-test bij de GGD (65%) belangrijk vinden. De resultaten van de enquête laten vergelijkbare redenen zien, echter worden kosten gezien als voornaamste overweging<sup>53</sup>.

Al met al dragen ten minste anonimiteit, expertise en lage kosten bij aan laagdrempelige toegang tot soa-zorg. Burgers zijn op zoek naar deze laagdrempeligheid als zij zorg nodig hebben.



Figuur 11: Redenen om voor een soa-consult of seksualiteitshulp naar de GGD te gaan in plaats van naar de huisarts (in percentage) (n=122)

### CSG's leveren belangrijke informatie over de soa-verspreiding

Vanuit het oogpunt van de volksgezondheid hebben CSG's een belangrijke signalerende functie. CSG's zijn een zeer gedetailleerde en actuele surveillancebron met informatie over het vóórkomen van verschillende soa's en hoe dit verandert over de tijd. CSG's kunnen heel lokaal soa-uitbraken signaleren en daar vervolgens actie op ondernemen. Een CSG noemt als voorbeeld dat ze na de signalering van een stijging in het aantal positieve testen op gonorrhoe in samenwerking met de JGZ naar enkele scholen gingen om grootschalig te testen en voorlichting te geven. Ook is de uitbraak van Mpox (apenpokken) door signalen van de CSG's naar buiten gekomen. Door de signalering en landelijk uniforme dataverzameling van CSG's naar het RIVM kon hier landelijke opschaling plaatsvinden<sup>54</sup>.

<sup>51</sup> Pelgrim, M. T. M., Kampman, K. J. G., Rexwinkel, H., Tostmann, A., & Hautvast, J. L. A. (2018). Overwegingen om te kiezen voor een soa-test bij de GGD. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 2018, 90-98.

<sup>52</sup> Personen konden de vragenlijst invullen wanneer ze behoorden tot minimaal een van de volgende vier risicogroepen: MSM, personen gewaarschuwd voor een soa, personen met klachten passend bij een soa en jongeren onder de 25 jaar.

<sup>53</sup> De verschillen zouden onder meer verklaard kunnen worden door verschillen in doelgroepen tussen de regio's, bijvoorbeeld in hoeverre er sprake is van grootstedelijk of provinciaal gebied.

<sup>54</sup> Het RIVM beschikt echter niet over alle gegevens rondom soa van andere aanbieders.

Deze taak kan niet bij huisartsen worden belegd, daarvoor hebben zij te weinig landelijk overzicht, en er bestaat geen landelijke infrastructuur van dataverzameling en opschaling voor huisartsen<sup>55</sup>. De commerciële aanbieders van soa-testen leveren momenteel ook nog geen data aan bij het RIVM. Daarnaast krijgen CSG's, als expert op één onderwerp, ook meer inzicht in wat er breder speelt in de samenleving rondom seksualiteit.

## 4.2 Ervaren taken en verantwoordelijkheden in de praktijk

### Veel zorgpartners weten onvoldoende wat de ASG-regeling is

Uit de verschillende gesprekken komt naar voren dat voor relatief veel betrokkenen onduidelijk is voor wie de ASG-regeling bedoeld is. Naast de juiste perceptie over de doelgroepen van de regeling, leven er drie misvattingen onder huisartsen en andere zorgpartners over de doelgroepen van de regeling.

- ▶ De eerste misvatting is dat alle mensen bij het CSG getest mogen worden. Vroeger was dit het geval en bestonden er grootschalige campagnes, waarin gepromoot werd om je te laten testen bij de GGD. Dit beeld is bij verschillende partners blijven hangen, waardoor zij niet op de hoogte zijn van het aanvullende karakter van de regeling voor specifieke doelgroepen.
- ▶ Een tweede perceptie is dat de regeling vooral gericht is op jongeren onder de 25.
- ▶ En het derde, meest voorkomende beeld, is dat de ASG-regeling gericht is op groepen die niet in reguliere zorg terecht komen.

De consequentie hiervan is dat doelgroepen die niet onder de ASG-regeling vallen naar de GGD worden doorgestuurd, om daar vervolgens terug gestuurd te worden naar de huisarts omdat ze niet onder de risicogroep vallen. Dit vermindert de toegankelijkheid van zorg, met als risico dat iemand zich uiteindelijk niet meer laat testen of het gesprek over seksualiteit aangaat met een zorgverlener.

### Huisartsen zien beperkt een rol voor zichzelf in de (complexe) soa- en PrEP-zorg<sup>56</sup>

Huisartsen zijn verdeeld over hun rol in de soa-zorg. Het grootste aandeel soa's wordt nog altijd door de huisarts gevonden en behandeld. Tegelijkertijd wijst ook een aantal huisartsen (te) snel door naar de GGD. Dat komt onder meer door de -eerder genoemde- hoge druk op de huisarts en de beperkte kennis over de doelgroepen die de GGD bedient. Zorgpartners, ervaringsdeskundigen (mensen die een soa hebben gehad en daarvoor bij de huisarts zijn geweest) en ook huisartsen zelf kaarten daarnaast ook de beperkte kennis van huisartsen op het gebied van soa's aan. Zeker huisartsen met populaties waar minder soa's voorkomen, weten niet altijd de juiste vragen te stellen, en daarmee ook niet de juiste (locaties op het lichaam voor) testen te selecteren, wat kan leiden tot een gemiste diagnose. Dit gebrek aan kennis en competentie wordt onder meer verklaard doordat er weinig aandacht is voor seksualiteit- en soa-problematiek in de opleiding. In de richtlijnen van NHG staat eveneens opgenomen dat bij hoog soa-risico, partnerwaarschuwing, seksueel geweld en behandeling van syfilis doorverwezen kan worden naar een CSG.<sup>57</sup> Het is echter wel de taak van de huisarts om deze groepen te behandelen. Bij CSG's kunnen alleen doelgroepen zoals vastgesteld in de regeling

---

<sup>55</sup> Er bestaan wel huisartsnetwerken die data uit EPD's verzamelen. Deze data zijn niet *realtime* en het gaat dan maar om een klein aandeel huisartsen dat participeert in het netwerk.

<sup>56</sup> In het onderzoek zien we grote verschillen tussen huisartsen uit stad en platteland. En tussen huisartsen die wel/niet affiniteit met het onderwerp hebben. We schetsen hier een algemeen beeld.

<sup>57</sup> Zie [Het soa-consult | NHG-Richtlijnen](#)

aankloppen, en CSG's kunnen daarbinnen zelf nog prioriteren. Doorverwijzen naar een CSG is dus lang niet altijd zinvol.

Met betrekking tot PrEP-zorg<sup>58</sup> hebben huisartsen landelijk aangegeven dat deze zorg in eerste instantie niet bij hen ligt. Ditzelfde horen we terug van ervaringsdeskundigen. Dit leidt ertoe dat mensen niet altijd terecht kunnen bij de huisarts voor soa- en PrEP-zorg. En als dat wel het geval is, zij niet altijd de juiste zorg ontvangen. Dat is een belangrijke beweegreden om naar het CSG te gaan, naast de eerdergenoemde anonimiteit, kosten en bejegening. De CSG's worden daardoor extra belast.

### **Bedenkingen en enthousiasme bij de opmars van commerciële aanbieders**

De afgelopen jaren vond een opmars van commerciële testaanbieders plaats. Zij zien de krapte en lange wachtrijen bij de GGD'en, en spelen hierop in. Deze aanbieders nemen in feite een deel van de clientèle van de GGD over, én bedienen groepen die nu niet binnen de regeling vallen. Het gaat dan vooral om groepen die geen/zeer beperkt risicogedrag vertonen, relatief jong zijn en kunnen/willen betalen voor een soa-test.

Vanuit het veld zijn er bedenkingen bij deze ontwikkeling. Deze twijfels zitten op drie punten:

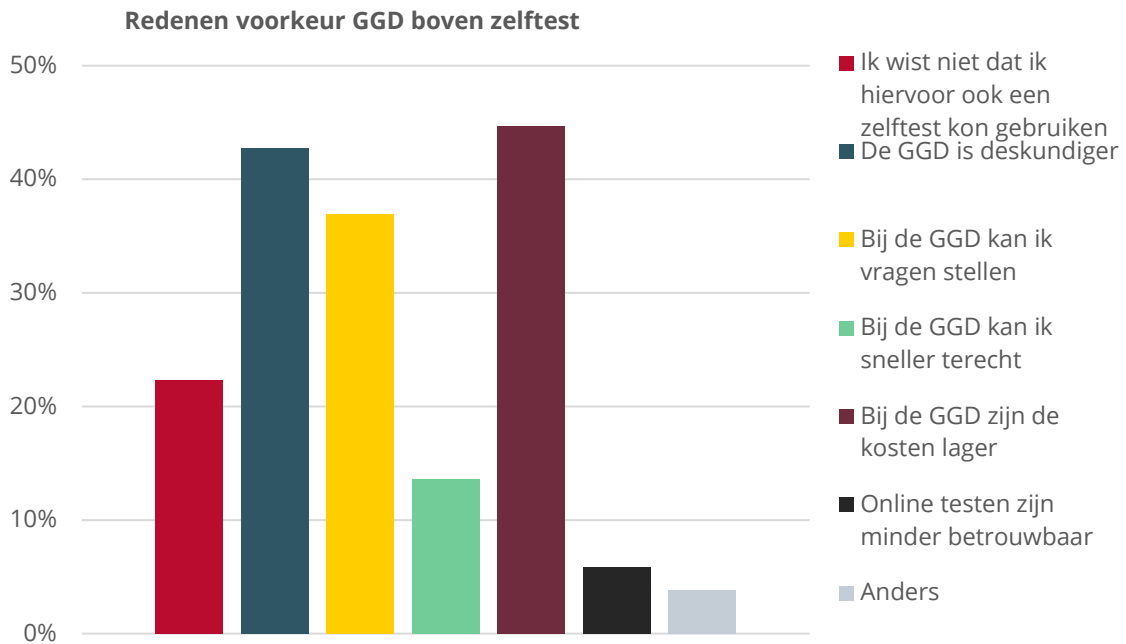
- ▶ Als meer mensen buiten CSG's testen, is er minder centrale data omdat commerciële aanbieders momenteel geen data aanleveren bij het RIVM. Daarmee wordt het lastiger om (lokale) trends te detecteren en de omvang van problematiek te duiden. Ditzelfde kan echter ook gezegd worden over de huisartsen, die nog altijd meer soa's detecteren dan CSG's. De aantallen testen bij commerciële aanbieders zijn op dit moment nog dusdanig beperkt dat het onwaarschijnlijk is dat het de detectie vertroebelt, maar als de aantallen toenemen, kan dit een aandachtspunt worden, zeker als specifieke populaties vrijwel uitsluitend gebruik maken van commerciële aanbieders en niet naar het CSG gaan.
- ▶ Het is bij commerciële aanbieders niet altijd mogelijk een gesprek over seksualiteit en seksuele ervaringen te voeren. En ook nazorg bij een diagnose is niet altijd aanwezig. Hier zijn overigens forse verschillen tussen aanbieders: er zijn ook aanbieders die nagenoeg dezelfde werkwijze hanteren als de GGD,
- ▶ Er bestaan aanbieders van zelftesten waarbij de kwaliteit van zorg in twijfel wordt getrokken. In sommige gevallen kan de test zelf uitgevoerd worden, zonder analyse in een laboratorium. Dergelijke testen – ook verkrijgbaar bij sommige drogisten – zijn bewezen niet betrouwbaar, waardoor mensen ten onrechte horen dat ze een soa hebben, of juist niet.

De meerwaarde van commerciële aanbieders wordt daarmee onder specifieke randvoorwaarden als waardevol gezien. Naar aanbieders met hoge kwaliteit van zorg wordt verwezen op de website van Soa Aids Nederland. Sommigen hanteren een soortgelijk model als de CSG's, inclusief e-consult, soa-test, dataverzameling, partnerwaarschuwing, nazorg bij een positieve (hiv) uitslag en (soms zelfs) toegang tot PrEP.

Uit de mini-enquête onder cliënten bij CSG's blijkt dat kosten de drijvende factor zijn om de GGD te verkiezen boven een zelftest. Andersom geven testaanbieders aan dat de anonimiteit en korte wachttijd een reden zijn om zelf te testen.

---

<sup>58</sup> PrEP-zorg maakt momenteel geen onderdeel uit van de ASG-regeling. We halen de PrEP-zorg hier aan, omdat het de verhouding tussen CSG en huisarts illustreert.



Figuur 12: Redenen om naar de GGD te gaan in plaats van een zelftest (in percentages) (n=122)

## 4.3 Middelen en toegankelijkheid

### De toegankelijkheid van soa-zorg voor de geselecteerde doelgroepen staat onder druk

Een soa-test via de huisarts kost de burger mogelijk geld door het eigen risico vanuit de zorgverzekeringswet. Deze bijdrage maakt soa-zorg via de huisarts minder toegankelijk: niet alle doelgroepen hebben de financiële middelen om dit te kunnen betalen. Tegelijkertijd zorgt deze bijdrage voor zorg via de huisarts voor extra druk op CSG's: mensen stappen eerder naar het CSG i.p.v. de huisarts en gaan soms zelfs liegen om als zij niet in aanmerking komen deze zorg alsnog gratis te krijgen bij het CSG. Momenteel wijzen CSG's gemiddeld naar schatting ongeveer de helft van de aanvragen voor een consult af en lopen de wachttijden voor een afspraak desondanks steeds verder op.

### De landelijke verdeling van het budget leidt tot ongelijke toegang tussen regio's

Vanuit CSG's is er behoefte aan een ruimer budget, en sommige CSG's pleiten ook voor een andere verdeling van het beschikbare budget. De verdeelsleutel is gebaseerd op het niveau van de ontvangen middelen van 2013. Deze verdeelsleutel was in hoge mate gebaseerd op het aantal gevonden soa's en aantal verrichte diagnostiek. In de tien jaar dat deze verdeelsleutel vastgestaan heeft, is de werkelijkheid er steeds meer van gaan afwijken. Er zijn signalen dat inwoners van CSG-regio's zich melden bij een CSG in een andere regio omdat ze daar wel door de triage komen.

Deze situaties doen zich op verschillende plekken in het land voor. De situatie is onder andere prangend bij het CSG in Utrecht. Deze coördinerende GGD ontvangt verreweg de minste middelen<sup>59</sup>.

<sup>59</sup> Zie artikel 71 van de Subsidieregeling publieke gezondheid: [wetten.nl - Regeling - Subsidieregeling publieke gezondheid - BWBR0018743 \(overheid.nl\)](http://wetten.nl - Regeling - Subsidieregeling publieke gezondheid - BWBR0018743 (overheid.nl))



De uitvoering van de soa-bestrijding en seksualiteitshulpverlening was in 2013 verspreid over drie organisaties die niet trieerden, lange consultduren hanteerden en geen actief doelgroepenbeleid hanteerden. Zowel het aantal testen als het vindpercentage was daardoor relatief laag. Het verdeelmodel is vervolgens gebaseerd op deze historische gegevens, waardoor Utrecht nog altijd een laag budget te besteden heeft. Inmiddels heeft de regio Utrecht wel een duidelijke visie op seksuele gezondheid, maar kan zij die door gebrek aan middelen niet uitvoeren. Het CSG in Utrecht geeft aan zeer sterk te moeten triëren (tot wel 75% van de doelgroep die niet terechtkan). CSG Utrecht uit daarom zorgen over de ongelijke toegang tot soa-zorg voor inwoners in de regio Utrecht ten opzichte van andere regio's in Nederland. Opvallend is dat het vindpercentage in deze regio niet hoger is dan in andere regio's: strenger triëren zou in eerste instantie juist moeten leiden tot een hoger vindpercentage. Immers, alleen de mensen met de grootste kans op soa's komen door de triage heen.

### **De bijdrage vanuit gemeenten wisselt sterk tussen CSG's**

Naast verschillen in landelijke financiering, bestaan er grote verschillen tussen de hoeveelheid middelen die CSG's ontvangen van gemeenten op het gebied van seksuele gezondheid. Verschillende gemeenten stellen vrijwel geen extra middelen beschikbaar, dat kan te maken hebben met de landelijke middelen die vanuit de ASG-regeling beschikbaar zijn. Andere gemeenten leveren wel een bijdrage; in sommige gevallen kunnen deze alleen voor preventie en gezondheidsbevordering ingezet worden, in andere gevallen ook voor ASG-taken zoals soa-zorg en seksualiteitshulpverlening. Dit draagt eraan bij dat de ene CSG meer consulten kan uitvoeren en meer outreachend (testen afnemen op locatie) kan werken dan de ander. Zo ontvangt één CSG vanuit de gemeente financiële middelen die niet geoormerkt zijn, waardoor zij deze gelden kunnen inzetten voor extra consulten en geen strikte triage kennen. Een andere CSG die onder dezelfde coördinerende GGD valt, ontvangt wel geoormerkte middelen die ze niet kunnen inzetten voor ASG-taken zoals consulten, en moet steeds strenger triëren. Daarnaast geven verscheidene CSG's aan dat de interne verdeling van de middelen voor infectieziektebestrijding over de afdelingen van de infectieziektebestrijding binnen de GGD nog van invloed kan zijn. Deze factoren leiden tot ongelijkheid in de toegang tot zorg tussen regio's.

### **CSG's voeren minder outreach-activiteiten uit dan voorheen**

CSG's werken ook outreachend: zij gaan dan naar doelgroepen toe om op locatie te informeren over het aanbod van de CSG's en/of testen af te nemen. Bijvoorbeeld op scholen, gay clubs en op feesten. Met deze methode is het mogelijk mensen te bereiken die de weg naar het CSG zelf minder goed weten te vinden. CSG's geven aan minder outreachend te werken sinds de COVID-19 pandemie<sup>60</sup>. Tijdens de pandemie was het moeilijk, dan wel niet mogelijk, om in contact te komen en/of blijven met bepaalde doelgroepen, zoals langsgaan bij seksinrichtingen en asielzoekerscentra. Hierdoor zijn volgens CSG's met name migrantengroepen en sekswerkers uit beeld verdwenen. Opnieuw met hen in contact komen vraagt een investering in tijd en middelen. Outreach-activiteiten staan door tekorten in het algemeen onder druk, al zijn veel CSG's ze wel weer aan het opstarten. De mate waarin CSG's dit doen, hangt sterk af van de hoeveelheid extra middelen die een CSG ontvangt vanuit de gemeente of andere projectgelden. Het afschalen zorgt voor minder bereik bij groepen die het CSG zelf niet weten te vinden. Dat zou kunnen leiden tot gezondheidsverschillen tussen groepen die hun weg wel- en niet kunnen vinden in de zorg.

Outreach-activiteiten leggen op twee manieren druk op het budget. Ten eerste kost het geld om ze te organiseren. Daarnaast zorgt het ook voor een toename van het aantal testen. De beperkte financiële middelen zorgen voor beperkte (test)capaciteit bij de CSG's: het kan daarom tegenstrijdig zijn om via

---

<sup>60</sup> Het gaat dan zowel om outreachend testen als om outreachende preventie.

outreach-activiteiten nog meer testen en afspraken aan te trekken. Daarbij speelt ook mee dat het vindpercentage bij groepen die via outreach bereikt zijn vaak lager is dan bij groepen die het CSG goed weten te vinden.

## 4.4 Doelgroep en bereik

### **CSG's zien relatief veel studenten en MSM**

De krapte bij CSG's is groot, en de triage wordt daardoor steeds strenger. Groepen met hoog risico op soa's komen daarmee vooraan in de wachtrij. Uit de gesprekken met zowel CSG's als ervaringsdeskundigen blijkt dat het voorkomt dat cliënten onder voorwendselen naar de CSG's gaan. Zij zijn dan niet eerlijk over hun seksuele voorkeuren, activiteiten en klachten om vooraan in de wachtrij te komen. Vooral voor studenten bestaat deze negatieve prikkel, omdat het een groep is die relatief weinig te besteden heeft.

Daarnaast geven CSG's aan veel hoogopgeleide, witte MSM te zien. Vanuit het risicogedrag en kans op transmissie is dit logisch. Wel verdringen volgens een aantal CSG's deelnemers aan de PrEP-regeling (voornamelijk MSM), andere groepen. Deze deelnemers worden soms dubbel gezien, zowel binnen de PrEP-regeling als op de soa-poli. Al met al zien CSG's daarmee vooral (hoogopgeleide) MSM en jongeren onder de 25 jaar.

Er lijkt daarmee ongelijke toegang tot de regeling te ontstaan. Dat zit allereerst in kennis van het zorgstelsel: er zijn groepen die de weg tot de zorg überhaupt minder goed kunnen vinden. Mensen die bij de huisarts uitkomen (maar wel binnen de regeling zouden passen), betalen via deze weg voor een test terwijl dat bij de GGD niet het geval is. Ook mensen met meer kennis over de regeling hebben een grotere kans om een afspraak te krijgen (mondigere cliënten, en in sommige gevallen zelfs cliënten die niet eerlijk zijn hebben meer kans). Voor groepen met veel kennis is het daarmee makkelijk om de GGD te bereiken dan voor groepen die het systeem achter de triage niet doorgronden.

### **De ASG-regeling kan bijdragen aan het vergroten van gezondheidsverschillen**

CSG's geven aan dat ze veel mensen zien die hun weg in het zorgstelsel goed weten te vinden, zoals studenten en hoogopgeleide MSM. Andere doelgroepen, zoals mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB), nieuwkomers of mensen met beperkte taal- of digitale vaardigheden, zijn lastiger te bereiken. Deze mensen zijn over het algemeen minder bekend in het zorgstelsel en weten hun weg naar het CSG minder goed te vinden. Als ze de CSG's wel vinden, zijn ze veelal minder mondig, en komen daardoor minder vaak door de triage. Outreach-activiteiten om deze groepen te bereiken zijn beperkt en de afgelopen jaren afgeschaald. Daardoor komen CSG's minder met hen in contact.

Vanuit deze dynamiek *kan* de ASG-regeling bijdragen aan het vergroten van gezondheidsverschillen tussen groepen. Mensen met een LVB en nieuwkomers hebben juist een grote kans op problemen op het gebied van seksuele gezondheid, bijvoorbeeld seksueel overschrijdend gedrag<sup>61</sup>. Seksualiteitshulpverlening kan helpen in het verminderen van dit risico bij deze groepen, maar gezien het CSG deze inwoners beperkt bereikt, draagt dit bij aan het vergroten van gezondheidsverschillen. Een kanttekening daarbij is dat het vindpercentage voor soa's hoger ligt in de (hoogrisico) groepen

---

<sup>61</sup> Zie: [Seksueel grensoverschrijdend gedrag & LVB - KenniscentrumLVB](#)

die gezien worden, dan in de groepen die niet gezien worden.<sup>62</sup> Dat remt het vergroten van gezondheidsverschillen. Het is momenteel niet een expliciet doel van de ASG-regeling om groepen die niet in reguliere zorg terechtkomen te bereiken of gezondheidsverschillen te verkleinen. Daar zijn een aantal uitzonderingen op, zoals het bereiken van personen die slachtoffer zijn geworden van seksueel geweld.

### **CSG's zoeken naar balans tussen het bedienen van risicogroepen en groepen die niet in reguliere zorg terechtkomen**

Bij GGD'en en zorgpartners leeft de vraag welke doelen de ASG-regeling moet nastreven. Enerzijds wordt gewezen op de huidige taak van infectieziektebestrijding. Vanuit dat perspectief worden de belangrijkste risicogroepen geholpen, waarmee de verspreiding van soa's verkleind wordt.

Anderzijds is er behoefte om ook (in meerdere mate) de groepen die niet in reguliere zorg terechtkomen te bereiken en zorg te bieden. Deze groepen hebben gemiddeld minder vaak soa's dan de huidige populatie die het CSG na veelal strenge triage bezoekt, maar doordat zij de weg in het zorgstelsel niet kunnen vinden, kunnen zij wel een relatief hoog verspreidingsrisico vormen. Zij kunnen zelf het CSG minder goed vinden waardoor outreach-activiteiten (zowel preventie als zorg) noodzakelijk is. Daarnaast hebben zij mogelijk langere consulten nodig. Daardoor zijn de kosten om hen te bedienen hoger.

CSG's zoeken naar de balans tussen deze twee vormen. Zij vragen zich af waar de samenleving het meeste bij geholpen is en hebben het gevoel dat dit vraagstuk prangender wordt naarmate de triage steeds scherper wordt.

## 4.5 Overige knelpunten

### **De aandacht gaat uit naar de soa-zorg, minder naar seksualiteitshulpverlening**

Door het grote aantal knelpunten binnen de soa-zorg, ontstaat er een nieuw knelpunt. De meeste aandacht van CSG's gaat namelijk uit naar knelpunten binnen de soa-zorg, en seksualiteitshulpverlening raakt daardoor ondergesneeuwd. Dit terwijl alle betrokkenen de meerwaarde van -consulten seksualiteitshulpverlening duidelijk zien.

### **CSG's ervaren de aanvraag van de subsidie/SPUK-gelden als omvangrijk**

CSG's moeten elk jaar opnieuw financiering bij het RIVM aanvragen. Ook leggen ze jaarlijks verantwoording af over het gebruik van de middelen. CSG's geven aan dat dit een omvangrijke taak is, die veel tijd vraagt. Enkele CSG's pleitten daarom voor middelen die vaststaan voor een langere termijn. Daarbij moet wel opgemerkt worden dat er grote verschillen in de lengte van de aangeleverde stukken zijn. Het is dus in veel gevallen mogelijk om de vragen te beantwoorden met kortere antwoorden dan nu gegeven worden. Ook het RIVM geeft aan dat de aangeleverde informatie in veel gevallen gedetailleerder is dan nodig.

---

<sup>62</sup> Deze groepen kunnen overlappen.

## / 5 Probleemanalyse

### **De noodzaak voor soa-zorg en seksualiteitshulpverlening is groot**

Het grote en stijgende aantal soa-besmettingen, de online misinformatie over anticonceptie, het beeld dat leeft bij jongeren over (hormonale) anticonceptie, de toename in abortus en de mate waarin seksueel grensoverschrijdend gedrag in de samenleving vóórkomt onderstreept het belang van de CSG. Bij een CSG kunnen jongeren via Sense informatie vinden over (onder andere) anticonceptie en veilig vrijen. En CSG's bieden (aan specifieke doelgroepen) de optie om te testen op soa's na onveilige seks. De huidige ontwikkelingen tonen daarmee de meerwaarde van de ASG-regeling en CSG's aan.

### **CSG's kunnen echter niet iedereen uit de doelgroep zien**

Het budgetplafond zorgt ervoor dat CSG's efficiënt zijn: zij hebben een stevig doelgroepenbeleid en werken aan het steeds efficiënter inrichten van hun (kern)processen. Daarmee heeft het budgetplafond een positieve impact gehad op het doelmatig inzetten van publieke middelen voor de infectieziektebestrijding. Daarmee ontstaat ook krapte: de vraag is blijven stijgen na 2013, er moet op basis van gewijzigd testbeleid meer getest worden en de toename in kosten (door duurder materiaal, gestegen salaris, gewijzigde behandelrichtlijnen, en medicatietekorten) is hoger dan waarvoor geïndexeerd wordt. Daardoor is de specifieke uitkering verre van toereikend om alle risicogroepen te kunnen bedienen: ongeveer 50% van de mensen uit de doelgroep die zich melden bij een CSG kan daar ook getest worden.

### **Het budgetplafond verdringt ook outreach-activiteiten**

CSG's werken minder outreachend dan voorheen; zij gaan er minder op uit om op locatie mensen te informeren over de zorg die het CSG biedt en om testen af te nemen. Dat heeft volgens gesprekspartners zowel met het verliezen van kanalen in de COVID-19 pandemie te maken als met de tekorten bij CSG's. Outreach-activiteiten kosten geld om te organiseren en zorgen daarnaast ook voor een toename van het aantal testen. Het vindpercentage soa bij groepen die via outreach bereikt zijn, is lager dan bij groepen die het CSG zelf weten te vinden.

Of dit een positieve ontwikkeling is, hangt af van het doel dat je beoogt met de publieke middelen van de ASG. Minder outreach maakt dat je meer consulten kan draaien om de hoogrisicogroepen voor soa-prevalentie te bereiken. Wel worden groepen die niet in reguliere zorg terecht komen naar verwachting minder bereikt, wat kan leiden tot toegenomen gezondheidsverschillen.

### **Preventie staat onder druk**

Er zijn minder landelijke voorlichtingscampagnes dan voorheen. Ook geven CSG's aan dat de investeringen vanuit gemeenten voor preventie zeer wisselend zijn. Vanuit meerdere CSG's klinkt het signaal dat zij vanuit gemeenten zeer beperkte middelen ontvangen.<sup>63</sup> Daardoor doen ze minder aan preventie in deze gemeenten. De combinatie met het ontbreken van grote landelijke campagnes over gezond en veilig seksueel gedrag, geeft het beeld dat CSG's 'dweilen met de kraan open'.

---

<sup>63</sup> De omvang van gemeentelijke bijdragen hebben we door het ontbreken van deze gegevens niet kunnen nagaan.

## **Er is (behoefte aan) meer aandacht voor groepen die niet in reguliere zorg terechtkomen**

Naar het doel van de ASG-regeling op het gebied van soa's – het beperken van soa-transmissie – kan op verschillende manieren gekeken worden:

- ▶ Door te richten op mensen met het hoogste risico op een soa, zodat de transmissie beperkt wordt bij de mensen die het hoogste risico op een soa lopen. Het nadeel van deze zienswijze is dat het CSG dan ook mensen helpt die zelf ook de weg in het zorgstelsel weten te vinden en zich dus ook op alternatieve manieren hadden kunnen testen. Zeker gezien de krapte van het aanbod staat dit op gespannen voet met het aanvullende karakter van de regeling.
- ▶ Door te richten op mensen die de weg in het zorgstelsel niet weten te vinden (en niet per definitie onder de regeling valt), zodat de transmissie beperkt wordt bij groepen die zich zonder het CSG niet zouden laten testen. Het nadeel van deze zienswijze is dat de vindpercentages naar verwachting kleiner zijn, dus dat het 'directe' effect van de ASG-regeling op de transmissie van soa's afneemt.

De risicogroepen en groepen die niet in reguliere zorg terechtkomen kunnen overlappen, maar dat hoeft niet. Op dit moment gaat er veel aandacht naar de eerste groep. Nagenoeg alle betrokkenen pleiten voor meer aandacht voor de tweede groep, maar binnen de huidige financiering en doelgroepafbakening kunnen ze niet beide groepen helpen. Momenteel is immers het bedienen van de hoogrisicogroepen al niet mogelijk.

## **De rol van private aanbieders in het stelsel is nog niet uitgekristalliseerd**

Private aanbieders stappen in op de behoefte die er is aan snelle en discrete soa-testen. Over de rol die deze aanbieders kunnen nemen, is in het veld nog geen eenduidig beeld. Zo is er kritiek op wat een grote rol van private aanbieders betekent voor de surveillance en wat de wisselende kwaliteit van aanbieders doet voor de infectieziektebestrijding. Wel zien betrokkenen dat deze aanbieders een groot aantal cliënten kan opvangen en werken GGD'en in bepaalde gevallen al samen met betrouwbare (non-profit) testaanbieders.

## **De knelpunten in het stelsel vragen om verruiming en/of aanpassingen in de financiering dan wel een herijking van de verschillende rollen en taken**

De ASG-regeling zou aanvullend moeten zijn op de zorg vanuit de huisartsen en de inzet op collectieve preventie van gemeenten. Het grootste deel van de testen wordt ook nog altijd door de huisarts afgenomen. CSG's bieden echter laagdrempeligheid op het gebied van kosten, discretie en een oordeelloze behandeling. Het is daarmee voor veel mensen aantrekkelijker dan naar de huisarts gaan. Ook de bundeling met PrEP-zorg, die de huisartsen slechts beperkt bieden, maakt dat groepen naar de GGD trekken. Dit in combinatie met de druk bij huisartsen, waardoor huisartsen vaker mensen doorsturen naar het CSG, leidt tot een verhoogde vraag bij de CSG's. Door al deze ontwikkelingen wordt de ASG-regeling in de praktijk steeds minder aanvullend op de huisartsenzorg.

In het volgende hoofdstuk worden oplossingen gezocht voor deze knelpunten.

## / 6 Toekomst van soa-zorg en seksualiteitshulpverlening

Vanuit infectieziektebestrijding is het belangrijk het aanbod zo laagdrempelig mogelijk te maken, zodat transmissieketens en seksualiteitsproblemen vroegtijdig opgespoord en behandeld kunnen worden. Voor effectieve soa-bestrijding moet, naast voorlichting, preventie en surveillance, aan een aantal **randvoorwaarden** voldaan zijn, in ieder geval:

- ▶ Kwalitatief goede zorg: medisch en in bejegening
- ▶ Financieel laagdrempelig: geen financiële drempels die tot zorgmijding leiden
- ▶ Toegankelijk: ook voor mensen met lage digitale of gezondheidsvaardigheden
- ▶ Tijdig: om transmissieketens te zo snel mogelijk doorbreken
- ▶ Discretie: voor specifieke groepen moet het mogelijk zijn anoniem of discreet te testen.

Op dit moment voorziet de GGD in kwalitatief goede zorg die financieel laagdrempelig en anoniem is. Gezien de strenge triage en wachtlijsten van de CSG's is de zorg echter niet snel, en niet voor iedereen toegankelijk. De huisarts scoort op die punten beter, maar hier moet voor testen en behandeling eigen risico betaald worden en niet alle huisartsen kennen de ingewikkeldheden rondom soa-zorg. Ook private aanbieders kennen een financiële drempel, en de kwaliteit tussen commerciële aanbieders is wisselend.

In het huidige stelsel voldoet dus geen enkele partij aan alle punten, en is te verwachten dat er mensen tussen wal en schip vallen. Bovendien wordt de capaciteit van het expertisecentrum dat de GGD is ook ingezet voor minder complexe vragen, doordat er voor cliënten een financiële prikkel is om naar de GGD te gaan.

Dit hoofdstuk is gewijd aan manieren om de knelpunten in het stelsel op te lossen. Een deel van de knelpunten kan onafhankelijk van het stelsel verbeterd worden. Er zijn echter ook knelpunten die alleen opgelost kunnen worden door fundamenteel andere keuzes te maken over de rolverdeling en/of financiering in het stelsel. Dit hoofdstuk bestaat daarom uit twee delen:

- ▶ We starten met voorliggende aanbevelingen. Deze aanbevelingen zijn erop gericht om de punten die ze adresseren te verbeteren en zijn in beginsel onafhankelijk van welk stelsel gekozen wordt.
- ▶ Vervolgens creëren we een aantal scenario's. Deze scenario's grijpen in op de rolverdeling binnen het stelsel en adresseren de problemen die in de voorliggende aanbevelingen nog niet opgelost zijn. Ze zijn er vooral op gericht om een oplossing te vinden voor de financiële krapte in combinatie met het steeds hogere aantal mensen dat aanspraak maakt op de regeling.

### 6.1 Voorliggende aanbevelingen

Onafhankelijk van welk toekomstscenario de voorkeur krijgt, adviseren we onderstaande punten door te voeren of heroverwegen.

#### **Herintroduceer structurele landelijke publiekscampagnes over veilig vrijen**

Er zijn het afgelopen decennium nauwelijks landelijke publiekscampagnes geweest over veilig vrijen. Tegelijk neemt de omvang van incorrecte informatie over anticonceptie op sociale media toe, evenals

het aantal soa's en abortussen. Daarom adviseren we structurele brede publiekscampagnes over veilig vrijen en seksualiteitshulpverlening te herintroduceren. Dit ter preventie van soa's, ongewenste zwangerschappen en voor een betere bekendheid van Sense. Deze massamediale campagnes zijn in eerste instantie voor iedereen zichtbaar, waarnaar de campagne per doelgroep of regio verder uitgewerkt kan worden. De winst is voornamelijk te behalen bij de doelgroep jongeren onder de 25. De toename van bewustzijn over veilig vrijen kan ook effect hebben op het aantal mensen dat bij een CSG aanklopt met een soa. Publiekscampagnes zullen soa-verspreiding echter nooit volledig tegengaan.

In deze maatschappelijke opgave kan Sense ook een rol spelen. Omdat Sense nu lang niet alle mensen in de doelgroep bereikt, dient het bereik en de bekendheid van Sense dan uitgebreid te worden. Bijvoorbeeld met meer contactmomenten of een bredere doelgroep. Dat heeft financiële implicaties.

### **Zet in op de landelijke implementatie van e-health**

Betrokkenen zien de meerwaarde van e-health voor Soa-zorg en seksualiteitshulpverlening, maar de landelijke implementatie verloopt stroef. Er zijn grote technische en juridische uitdagingen. Het zou behulpzaam zijn als alle CSG's met hetzelfde elektronische patiëntendossier werken. E-health landelijk implementeren kan het werk enigszins efficiënter maken, maar vooral de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg verbeteren. Door E-health breder te implementeren kunnen ook mensen die lang moeten reizen tot het CSG en mensen die veel belang hechten aan privacy en vertrouwelijkheid beter bereikt worden. Regionale verschillen worden daarmee verkleind.

### **Ontwikkel een visie op collectieve preventie**

Momenteel is er geen gedeeld beeld over wat goede collectieve preventie en gezondheidsbevordering op het gebied van seksuele gezondheid – binnen het wettelijke kader van de Wpg - inhoudt.<sup>64</sup> De omvang en aard van de activiteiten die ontplooid worden, wisselen sterk tussen gemeenten. Daarnaast is er onduidelijkheid over wat de gemeentelijke taak op dit vlak is en wat werkende elementen zijn om deze goed uit te voeren. Om preventieve activiteiten beter vorm te geven en daarmee de CSG's te kunnen ontlasten, is het verstandig voor GGD'en om samen met het veld een beeld te creëren van (1) welke activiteiten werken en (2) wat het doel van deze activiteiten is. Eventueel kunnen hierover ook afspraken vastgelegd worden, bijvoorbeeld in het Gezond en Actief leven Akkoord (GALA) of de regionale uitwerkingen daarvan.

### **Vergroot outreach-activiteiten, en biedt hiervoor ruimte in de regeling**

Sinds COVID-19 is het aantal outreach-activiteiten (outreachend testen en outreachende preventie) afgenomen. Outreach helpt om specifieke doelgroepen te bereiken, zeker de doelgroepen die het CSG anders niet weten te vinden. Vergroot daarom het aantal outreach-activiteiten, zoals consulten seksualiteitshulpverlening en outreachend testen. Deze kunnen gericht worden op de locaties waar de kans op transmissie groot is, en op plekken waar mensen wonen die hun weg in de zorg niet kennen (bijvoorbeeld in specifieke wijken).

In eerste instantie wordt hulp geboden aan mensen die binnen de doelgroep van de regeling vallen. Een deel van de testen/consulten seksualiteitshulpverlening kan op deze locaties -als bijvangst- ook verzorgd worden bij mensen die niet in de doelgroep van de regeling vallen (o.a. door leeftijd,

---

<sup>64</sup> Wel zijn er al diverse ondersteuningsmiddelen voor gemeenten beschikbaar. Zoals het themadeel Seksuele Gezondheid van de Handreiking Gezonde Gemeente ([Seksuele gezondheid | Loketgezondleven.nl](#)) en het overzicht van erkende interventies seksuele gezondheid ([Interventies seksuele gezondheid | Loketgezondleven.nl](#))

achtergrond en seksuele voorkeur), maar wel van belang zijn om te zien. Dat gaat voornamelijk om mensen in kwetsbare omstandigheden die zich niet op andere plekken in de zorg laten zien. Deze aanpak zorgt voor een focus op transmissie, waarbij er ook vol doende ruimte is om af te wijken om doelgroepen die de weg naar zorg zelf niet vinden te testen. Om dit te bewerkstelligen moet de regeling, in het kader van outreach, ruimte bieden voor het testen van een vastgesteld percentage andere groepen. Hierbij dient uiteraard passende en haalbare verantwoording ingericht te worden.

Deze aanbeveling betekent dat de doelen van de ASG-regeling breder gezien worden dan nu het geval is. Het doorbreken van soa-transmissie bij risicogroepen gaat daarmee ook om minder klassieke risicogroepen (vanuit het oogpunt van publieke gezondheid), maar juist groepen die nu vaak niet in beeld zijn. Ook inwoners in kwetsbare omstandigheden ouder dan 25 jaar kunnen op deze manier seksualiteitshulpvragen bespreken. De ASG-regeling en werkzaamheden die hieruit volgen moeten zich in deze lijn meer richten op het verminderen van gezondheidsverschillen, naast het borgen van publieke gezondheid. CSG's benoemen dit ook als belangrijke ontwikkeling.

### **Zorg dat je de juiste groepen bereikt met seksualiteitshulpverlening**

Uit het onderzoek zijn geen signalen dat Sense niet goed werkt of anders ingericht moet worden voor de doelgroepen die Sense weten te vinden. Zij worden hier naar behoren geholpen. De maatschappij is in de afgelopen vijftien jaar wel sterk veranderd. Alhoewel de kern van seksualiteitshulpverlening onveranderd blijft, verandert de doelgroep die behoefte heeft aan seksualiteitshulpverlening deels wel. Denk bijvoorbeeld aan verschillende migrantengroepen, afhankelijk van de vluchtelingenstroom. De manier waarop Sense mensen bereikt, moet hier continu op inspelen. Op dit moment wordt hier binnen de regeling niet actief op ingezet of op gestuurd.

Onderzoek daarom of alle doelgroepen die deze hulp nodig hebben, momenteel goed bereikt worden. En aan welke ondersteuning of hulp jongeren zelf behoefte hebben binnen deze counseling/lichte hulp.

### **Pas het verdeelmodel aan**

Het huidige verdeelmodel is gebaseerd op historische gegevens: het niveau van de ontvangen middelen van 2013. De werkelijkheid wijkt inmiddels steeds verder af van de situatie in 2013. Daardoor ontstaan grote verschillen tussen GGD'en die niet (langer) te rechtvaardigen zijn. Een aanpassing in de verdeling van middelen voor CSG's is noodzakelijk. Op hoofdlijnen zijn er drie manieren om de ASG-middelen te verdelen:

#### **1. Vindpercentage en consulten**

De verdeelsleutel wordt vastgesteld op basis van het vindpercentage en het aantal consulten per CSG per jaar<sup>65</sup>. Het voordeel is dat deze variant zeer actueel is: als er lokale uitbraken zijn worden middelen daar snel op aangepast. De balans in het verdeelmodel tussen het aantal consulten en het vindpercentage luistert heel nauw. Afhankelijk van welk van deze twee parameters het zwaarste weegt, wordt een van beide meer gestimuleerd (een hoog vindpercentage of veel consulten draaien). De twee gaan namelijk ten dele ten koste van elkaar. Indien het vindpercentage zwaar weegt is er een negatieve prikkel bij CSG's om minder outreach-activiteiten te doen. Het vindpercentage onder deze groepen is lager en outreach gaat ten koste van het aantal consulten dat het CSG kan uitvoeren. Bovendien stimuleert het prioriteren van de groep met de meeste kans op soa, die relatief efficiënt te behandelen zijn (zoals mensen met klachten of zeer hoogrisicogroepen). Het risico bestaat dat groepen in kwetsbare omstandigheden

---

<sup>65</sup> Wel is er een budgetplafond, de middelen per regio worden beperkt door het totaal aan beschikbare middelen.



daardoor minder worden gezien. Een ander nadeel is de beperkte stabiliteit in bedrijfsvoering door sterker wisselende subsidies.

## 2. Objectieve maatstaven

De verdeelsleutel wordt vastgesteld op basis van objectieve maatstaven, zoals het aantal inwoners in een regio en de vertegenwoordiging van vastgestelde doelgroepen in de regio. Dit creëert een goede en objectieve afspiegeling van de populatie van de regio in de verdeling van middelen. De toegang tot zorg tussen regio's wordt daarmee ook gelijkgetrokken. Een groot nadeel is dat objectieve gegevens over bijvoorbeeld het aantal MSM per regio niet beschikbaar zijn, terwijl veel MSM gebruik maken van deze regeling. In het resulterende model ontbreekt dus sowieso één belangrijke variabele, wat een serieuze beperking betekent op de voorspellende en verklarende waarde.

## 3. Historische gegevens

Ten slotte kan de verdeling vastgezet worden op historische gegevens, zoals vindpercentages, het aantal consulten of eerder ontvangen middelen. Dit garandeert stabiliteit en continuïteit in de te ontvangen middelen, en daarmee ook in de bedrijfsvoering. Het nadeel is dat nu een nieuw peiljaar kiezen altijd samenhangt met de startsituatie uit 2013. Tevens geeft deze verdeelsleutel op langere termijn hetzelfde probleem: het bevriest de huidige situatie en er is geen mogelijkheid om mee te bewegen met ontwikkelingen.

Elk van deze opties stimuleert negatieve prikkels. De nadelen van elk van de modellen zijn te groot om een 'pure' variant in te voeren. Een combinatie van deze drie opties is daarom noodzakelijk. Een nieuw verdeelmodel bevat daarom een combinatie van verschillende elementen uit deze verdeelmodellen: de mogelijkheid tot *herijking* uit variant 1 (actuele gegevens vanuit een voorgaand jaar), de *objectieve maatstaven* (zoals inwonersaantallen) uit variant 2 en de *stabiliteit* (bijvoorbeeld middels een bandbreedte die realistisch gezien op te vangen is in de bedrijfsvoering) uit variant 3.

De precieze uitwerking van het verdeelmodel ligt buiten de scope van dit onderzoek. Uit een vervolproces moet blijken hoe de *weging* van deze elementen eruitziet.

### **Blijf investeren in scholing op het gebied van seksuele gezondheidszorg aan huisartsen**

Om te voorkomen dat er door huisartsen niet passend wordt getest of onnodig doorverwezen wordt naar de CSG's, zouden huisartsen meer geschoold moeten worden op het gebied van soa-zorg. Zowel inhoudelijk als op het voeren van gesprekken over seksualiteit. Dat kan door meer nadruk te leggen op seksuele gezondheidszorg in de opleiding. Aan nascholing wordt wel gewerkt, maar behoeft doorlopend aandacht.

### **Verhelder aan beroepsgroepen wat de ASG-regeling inhoudt**

Voor verschillende beroepsgroepen, zoals huisartsen en seksuologen, is het niet altijd helder wat de ASG-regeling precies inhoudt. En wie ze dus wel- of niet door kunnen sturen naar het CSG. Communiceer daarom met de brancheverenigingen van deze beroepsgroepen om te verhelderen wat de regeling wel en niet betekent.

## 6.2 Toekomstscenario's

Voorgaande aanbevelingen lossen de financiële krapte en beschikbaarheid van zorg bij het CSG niet op. Onderstaande hoofdstuk richt zich daarom op scenario's voor de toekomst met betrekking tot

financiële krapte en beschikbaarheid van zorg waarin in ieder geval aandacht is voor de financiering van soa-zorg en seksualiteitshulpverlening. We nemen alleen de meest haalbare scenario's hieronder op. Het is van belang om binnen afzienbare tijd een variant te kiezen. En deze verder uit te werken en in meer detail door te rekenen.

Een veelgehoorde oplossingsrichting die minder haalbaar lijkt, en daarom niet opgenomen is als scenario, is het verlagen/afschaffen van het eigen risico voor soa-testen en behandeling in de Zvw. Daarmee zouden de kosten voor soa-testen en behandeling bij een CSG en via de huisarts of private aanbieder gelijk worden. Dit wordt zeker geopperd voor jongeren en minima (dit laatste kan via de minimapolis). Het doel daarvan is om soa-zorg in de Zvw toegankelijker te maken en zo de CSG's te ontlasten om juist meer complexere zorg, outreachende activiteiten en seksualiteitshulpverlening te doen. Door meer soa-zorg in reguliere zorg in de Zvw op te pakken, kunnen de CSG's zich richten op de complexe gevallen waar specialistische expertise voor nodig is. De redenen dat dit scenario minder haalbaar en effectief (voor de publieke gezondheid) is:

- ▶ Het eigen risico in de Zvw is stevig verankerd, en uitzonderingen zijn zeldzaam<sup>66</sup>. Deze oplossingsrichting is alleen een begaanbare weg als er met zekerheid te zeggen is dat er onwenselijke zorgmijding plaatsvindt. Het is momenteel niet duidelijk en onderzocht of dit het geval is. Daarnaast moet er voldoende politiek draagvlak voor zijn voor een dergelijke uitzondering, wat bij dit thema niet vanzelfsprekend is.
- ▶ Er zullen meer mensen aankloppen bij huisartsen, terwijl zij weinig ruimte hebben voor extra consulten. Bovendien zijn huisartsen geen specialisten op het gebied van soa-zorg.
- ▶ Verlagen/afschaffen van het eigen risico leidt tot meer kosten in de Zvw doordat het aantal soa-consulten bij huisartsen en private aanbieders toeneemt; premies zullen stijgen, tenzij de extra kosten anders worden opgevangen. Op termijn kunnen de extra soa's die worden gevonden wel leiden tot minder transmissie en daarmee minder soa's en complicaties. Dit heeft een drukkende werking op de hogere kosten in de Zvw. Hoe groot dit effect zal zijn, is nu niet te zeggen.
- ▶ Groepen die geen hoog risico op soa en transmissie hebben en doorgaans niet bij het CSG worden gezien, krijgen hiermee ook voordeligere soa-zorg. Vanuit publieke gezondheid is dit geen effectieve manier om middelen in te zetten.

We nemen daarom dit scenario niet op als een effectief scenario t.o.v. de doelen van de ASG-regeling.

## **1-scenario: Huidige situatie met meer financiële middelen vanuit VWS**

Kwalitatief is de regeling succesvol: het biedt laagdrempelige en hoogwaardige zorg aan de geselecteerde doelgroepen. In verband met de financiële krapte wijzen CSG's wel ongeveer de helft van de aanvragen van de doelgroep af en lopen de wachttijden voor een afspraak steeds verder op. Om dit financiële knelpunt op te lossen, zouden de ASG-middelen in dit scenario opgehoogd worden vanuit het Ministerie van VWS.

### **Impact op de kosten**

- ▶ De structurele kosten voor VWS stijgen in deze variant. De omvang waarmee de kosten stijgen, is afhankelijk van het gewicht dat aan soa-bestrijding wordt gehangen. Indien alle mensen uit de doelgroep gezien worden gaat het aantal consulten naar verwachting fors omhoog. In de praktijk zal het aantal consulten vermoedelijk nog hoger uitvallen (de wachtljsten hebben immers ook een verlagende werking, omdat een deel van de mensen geen hulp meer zoekt of alternatief aanbod benut). Het gaat dan om een aanzienlijke verhoging van de variabele kosten (zoals laboratoriumkosten en personeelskosten). De prikkel voor CSG's om het aantal consulten terug te

---

<sup>66</sup> Uitzonderingen zijn onder meer verloskundige zorg, kraamzorg, gecombineerde leefstijlinterventies.

brengen, selectief te triëren en efficiënt te werken neemt door meer financiële ruimte af, al zal waarschijnlijk de vraag naar seksualiteitshulpverlening nog wel het aanbod overstijgen. Aanvullend hierop kunnen CSG's meer inzet leveren op outreachende werkzaamheden. Binnen CSG's is geen consensus of het nodig is om voor iedereen die behoort tot een hoogrisicogroep ruimte te hebben in het zorgaanbod.

## **Impact op het aantal gemiste soa's en transmissie**

- ▶ In dit geval kunnen meer mensen uit de doelgroep bij de CSG's terecht: de verwachting is daarom dat er meer soa's gevonden zullen worden. Er zal een tijdelijke toename zijn van het aantal soa's dat wordt gevonden, waarna het aantal gevonden soa's stabiliseert op een absoluut hoger aantal. Mogelijk neemt het aantal gevonden soa's af op termijn als de transmissie van soa's ook daadwerkelijk verminderd door deze extra financiën en daarmee hoger aantal gevonden soa's en soa-behandelingen. Hiermee zouden uiteindelijk ook kosten voor zowel CSG's als Zvw kunnen afnemen door afname van complicaties door soa's die onbehandeld blijven. Er worden daarom in absolute zin meer soa's gevonden. Extra financiën hebben dus een positief effect op het doorbreken van transmissieketens. Naarmate de groep die bij het CSG een consult krijgt, groter wordt, zal het vindpercentage wel afnemen. Dat komt omdat de mensen die nu niet door de triage komen, naar verwachting ook minder vaak een of meerdere soa's hebben. Alhoewel het aantal gemiste soa's zal afnemen, zullen bij groepen die hun weg naar de zorg niet kunnen vinden en ook niet via de aanvullende outreach-activiteiten bereikt worden nog soa's worden gemist.

## **Impact op seksualiteitshulpverlening**

- ▶ Seksualiteitshulpverlening kan nog steeds plaatsvinden bij het CSG. Mogelijk worden er meer seksualiteitshulpverleningsconsulten geregistreerd: deze gaan veelal hand in hand met soa-consulten.

## **Impact op het verdeelmodel**

- ▶ Geen impact als het verdeelmodel vormgegeven wordt zoals beschreven in voorgaande paragraaf.

## **Uitvoerbaarheid**

- ▶ Dit hangt af van de financiële mogelijkheden bij het ministerie van VWS. Daarnaast is een tweede afhankelijkheid de beschikbaarheid van voldoende medewerkers om de extra activiteiten uit te voeren.

## **Overige effecten**

- ▶ Het aantal patiënten bij huisartsen en bij private aanbieders kan teruglopen, omdat zij momenteel ook mensen uit de doelgroep zien die niet terechtkunnen bij het CSG wegens triage of wachtlijsten. Dit is een aandachtspunt vanuit de Wet Markt en Overheid.

## **2-scenario: Huidige situatie met een eigen bijdrage**

Dit scenario is hetzelfde als het 1-scenario, maar de financiële tekorten worden deels opgevangen door een eigen bijdrage van cliënten bij soa-testen. Er bestaat dan wel een aantal randvoorwaarden: de eigen bijdrage dient bijvoorbeeld zeer laag te zijn (bijvoorbeeld maximaal 25 euro<sup>67</sup>) omdat groepen anders niet meer langskomen. Daarnaast zou er een uitzonderingspositie moeten zijn voor

---

<sup>67</sup> Regio Oost heeft onderzoek gedaan naar welk bedrag mensen over hebben voor een soa-consult. Dat bedrag kwam toen op ongeveer 20 euro uit. Zie: Pelgrim, M. T. M., Kampman, K. J. G., Rexwinkel, H., Tostmann, A., & Hautvast, J. L. A. (2018). Overwegingen om te kiezen voor een soa-test bij de GGD. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 2018, 90-98.

jongeren en mensen met een inkomen tot bijv. 120 % van het Wettelijk Sociaal Minimum (minima-regeling): zodat zij de zorg niet gaan mijden. Als patiënten kiezen om deze gegevens niet willen verschaffen, dan moeten zij de eigen bijdrage voor het soa-consult wel betalen.

## Impact op de kosten

- ▶ Van alle consulten wordt 25 % verricht bij jongeren onder de 25 jaar. Het is niet bekend welk deel van de consulten van mensen in een huishouden met een inkomen Wettelijk Sociaal Minimum tot 120 % is, maar als we kijken naar landelijke percentages dan betreft het aantal mensen ongeveer 12,9 % gemiddeld over 2019-2021<sup>68</sup>. Zowel jongeren als mensen in een huishouden met een WSM tot 120 % kunnen de consulten niet zelf betalen en krijgen dit volledig vergoed. Dit betekent dat bij grofweg 65 -70 % een eigen bijdrage bij een soa-consult zou kunnen gelden, gebaseerd op de aanname dat het percentage mensen in een huishouden met een inkomen tot 120 % van het WSM<sup>69</sup>. Dit is goed uitvoerbaar omdat je uit kan gaan van leeftijd en stadspas.
- ▶ Niet de volledige 25 euro zal ten goede komen aan de CSG's, maar wel een groot deel. Dat betekent voor CSG's dat ze meer mensen binnen de gedefinieerde groepen kunnen helpen of dit geld in kunnen zetten voor outreachende activiteiten en seksualiteitshulpverlening. De kosten van de ASG-regeling dalen in deze variant niet, omdat naar verwachting ten minste een even grote groep mensen gezien zal worden. De samenstelling van deze groep zal wel anders zijn (zie impact op het aantal gemiste soa's).

## Impact op het aantal gemiste soa's en transmissie

- ▶ Het aantal mensen wat geholpen kan worden bij de CSG's kan toenemen als de extra inkomsten worden ingezet voor meer consulten dan wel de hoogrisicogroepen worden meer bereikt als er wordt ingezet op meer outreachende activiteiten.
- ▶ De eigen bijdrage gaat in tegen de laagdrempeligheid van de regeling. Er zullen naar verwachting groepen niet of minder vaak komen doordat ze moeten betalen. Dat zijn de groepen die nu wel door de triage komen, en dus een hoge kans op soa en soa-transmissie hebben, zoals bepaalde mensen met klachten en MSM. Als zij minder of niet komen testen en niet gebruikmaken van alternatieve (deels betaalde) manieren van testen, neemt de transmissie van soa's toe en worden de infectieziekten minder goed bestreden.
- ▶ Tegelijkertijd kunnen er door het uitblijven van deze groep andere mensen geholpen worden die binnen de doelgroep van de ASG-regeling vallen, maar nu niet door de triage komen omdat hun risico niet groot genoeg is. Of zij zich momenteel wel elders laten testen en behandelen is onduidelijk. Het zou gunstig zijn als zij zich wel laten testen. Omdat zij nu buiten de triage vallen is de kans op soa- en soa transmissie bij hen naar verwachting minder groot, maar dit kunnen wel inwoners in een kwetsbare positie zijn.
- ▶ De beschreven effecten zijn tegenovergesteld: het is onduidelijk wel effect sterker is. Dat hangt af van op welke wijze de extra inkomsten worden ingezet, het aantal mensen dat niet meer komt testen en de aard en omvang van hun klachten.

## Impact op het verdeelmodel

- ▶ In deze situatie dient in het verdeelmodel rekening te worden gehouden met de eigen bijdrage. Als er in bepaalde regio's bijvoorbeeld meer mensen wonen uit de doelgroep die uitgezonderd zijn van de eigen bijdrage, zal deze GGD daarvoor gecompenseerd moeten worden. Hier kan op

---

<sup>68</sup> [Huishoudens naar sociaal minimum, gemiddeld 2019-2021 \(cbs.nl\)](#). NB: de groepen waarvoor minima-regelingen gelden wisselt tussen gemeenten en kan zowel 110 % als 120 % als 130 % van het wettelijk sociaal minimum zijn.

<sup>69</sup> Er zit overlap in de groep onder de 25 jaar en < 120 % WSM, maar dat hebben we in deze berekening buiten beschouwing gelaten om tot een grove indicatie te komen.

voorhand een eerste inschatting van gemaakt worden (bijvoorbeeld op basis van het aandeel jongeren in de regio of bij het CSG), maar dit moet vervolgens aangescherpt worden achteraf met cijfers van het aantal consulten bij mensen onder de 25 jaar en bij mensen die onder minima-regeling vallen.

## **Impact op seksualiteitshulpverlening**

- ▶ Seksualiteitshulpverlening kan nog steeds plaatsvinden bij het CSG. Doordat er zowel meer inkomsten komen van eigen bijdragen bij consulten als minder consulten in totaal, komt er extra capaciteit vrij welke ook deels voor seksualiteitshulpverlening kan worden ingezet, waaronder voor groepen in kwetsbare posities.
- ▶ Gezien jongeren zijn uitgezonderd van de regeling heeft dit scenario beperkt invloed op de seksualiteitshulpverlening die zij ontvangen. Wel kan dit scenario ertoe leiden dat andere groepen minder snel een afspraak maken bij het CSG vanwege de perceptie dat elk consult geld kost, ook consulten seksualiteitsverlening.

## **Uitvoerbaarheid**

- ▶ Er gaan administratieve lasten gepaard met het invoeren van deze regeling en het bijhouden van, maar het levert ook extra middelen, gericht testen (minder preventief door bepaalde groepen) en mogelijk extra capaciteit op. Daarnaast is een tweede afhankelijkheid de beschikbaarheid van voldoende medewerkers om de extra activiteiten van de aanvullende middelen van de eigen bijdrage uit te voeren.

## **Overige effecten**

- ▶ De negatieve prikkel om naar CSG's te gaan vanwege de lage kosten ten opzichte van zorg via huisartsen wordt kleiner, al blijft het CSG aanzienlijk goedkoper, waardoor mensen mogelijk iets sneller naar de huisarts of private aanbieders gaan. Dat kan leiden tot meer belasting van de huisartsenzorg verder, terwijl deze al zwaar onder druk staat. Het versterkt echter wel het aanvullende karakter van de ASG-regeling ten opzichte van het reguliere zorgstelsel.

## **3-scenario: Laagdrempelige basisinfrastructuur, met aanvullende complexe soa-zorg bij CSG's**

Er zijn diverse vormen van soa-zorg en seksualiteitshulpverlening, bijvoorbeeld bij huisartsen, CSG's en private aanbieders. In dit scenario is er vanuit de Zvw een laagdrempelige basisinfrastructuur voor soa-testen. Een basisinfrastructuur houdt in dat er duidelijke plaatsen zijn waar inwoners zich kunnen melden voor soa-testen, met zeer korte wachttijden. Deze infrastructuur richt zich in beginsel op alle doelgroepen en zorgvragen.

Soa-zorg is specialistisch werk, maar grotendeels wel te vatten in standaard beslisbomen. De complexiteit komt vooral vanuit psychosociaal complexere situaties: mensen met een LVB die extra tijd nodig hebben om goed te begrijpen hoe zij zichzelf (en hun partner) in de toekomst kunnen beschermen, of mensen in kwetsbare situaties zoals een afhankelijkheidsrelatie. De infrastructuur behandelt alle minder complexe zorgvragen en kan deze door het hoge volume efficiënt afhandelen. Daardoor blijven de kosten laag. Zorgverzekeraars betalen een deel van de kosten, cliënten betalen via een eigen bijdrage het andere deel van de kosten (dit staat los van het eigen risico). Op dit moment bestaat er vanuit de beleidsregel innovatie een prestatie die deze bekostiging mogelijk maakt.<sup>70</sup> Een laagdrempelige basisinfrastructuur kan vormgegeven worden door private aanbieders, door (of in samenwerking met) huisartsen of door CSG's zelf.

---

<sup>70</sup> Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten - ZIZ - uitkomstgerichte soa zorg (ez)

Aanvullend hierop kunnen specifieke groepen mensen doorverwezen worden naar een CSG voor gratis soa-zorg en seksualiteitshulpverlening. Dit wordt vanuit een regeling betaald. Het gaat dan om:

- ▶ Mensen met sociaal complexe zorgvraag (o.a. psychosociaal), die begeleiding nodig hebben om tot gezond seksueel gedrag te komen (deze kunnen gesignaleerd worden binnen de laagdrempelige soa-infrastructuur);
- ▶ Jongeren onder de achttien, die mogelijk zorg mijden omdat ze op de polis van hun ouders staan en bang zijn dat hun ouders dit kunnen zien;
- ▶ Minima, waar mogelijk ook de verlaagde kosten een te hoge drempel zijn (de selectie kan via de minimapas);
- ▶ Jongeren onder de 25 die laagdrempelige seksualiteitshulpverlening nodig hebben;
- ▶ Mensen die een hoog risico op een soa hebben en per se anoniem willen testen – denk aan MSM in een heterorelatie – zouden ook een uitzonderingsgroep kunnen zijn, aangezien het risico bestaat dat zij anders zorg mijden.

## **Randvoorwaarden**

- ▶ Deze optie is enkel mogelijk met een voldoende hoog testvolume en daarmee niet altijd dichtbij beschikbaar in dunbevolkt gebied (maar dit geldt ook voor de CSG's).
- ▶ De laagdrempelige basisinfrastructuur moet discretie, lage kosten en korte wachttijden bieden. Daarnaast moet het proces van aanmelden tot behandeling en partnerwaarschuwingen strak gestroomlijnd zijn (dit is goed te organiseren bij een hoog volume), zodat transmissie zo snel mogelijk doorbroken wordt.
- ▶ Mensen met klachten gaan naar de laagdrempelige infrastructuur. Hier wordt op gestuurd doordat de wachtlijsten in de infrastructuur kort zijn (en bij het CSG langer).
- ▶ Als anoniem testen voor hoogrisicogroepen onderdeel wordt van de regeling, is hier een telefonische triage voor nodig. Dit om te voorkomen dat mensen om oneigenlijke redenen naar het CSG gaan.
- ▶ De huidige prestatie binnen de beleidsregio innovatie moet structureel gemaakt worden, zodat dit concept duurzaam levensvatbaar is.
- ▶ Er dient passende bekostiging en contractering te zijn door alle zorgverzekeraars in alle regio's.
- ▶ Er moet een goede samenwerking met de GGD zijn waarin niet alleen het wederzijds doorsturen van cliënten geregeld is, maar ook samenwerking op regionale surveillance.
- ▶ Huisartsen moeten op de hoogte zijn van het bestaan van de basisinfrastructuur, zodat zij ernaar kunnen verwijzen.
- ▶ De verwachting is dat het volume bij het CSG in deze variant significant lager wordt. De aanbieders die de basisinfrastructuur leveren, moeten daarom gegevens leveren aan het RIVM, zodat surveillance geborgd is.

## **Impact op de kosten**

- ▶ De kosten voor mensen, die niet onder een uitzondering vallen maar eerst wel onder de regeling vielen, stijgen over het algemeen: zij moeten nu terecht bij een private aanbieder en kunnen dus geen gratis zorg meer krijgen. Deze kosten zijn wel aanzienlijk lager dan de kosten van testen via de huisarts.
- ▶ De kosten voor zorgverzekeraars kunnen stijgen, omdat zij deze zorg (deels) bekostigen. Tegelijkertijd zijn de kosten per patiënt binnen de basisinfrastructuur aanzienlijk lager dan bij de huisarts, wat de kosten juist dempt. Er zijn geen precieze cijfers over het aantal soa-testen dat aangevraagd wordt door huisartsen, maar aangezien er meer soa's gevonden worden bij de huisarts dan bij het CSG, zou dit ook tot lagere kosten in de Zvw kunnen leiden.

- ▶ De kosten voor VWS binnen de ASG-regeling zullen waarschijnlijk dalen. Hoe groot de daling zal zijn is onduidelijk, omdat er weliswaar aanzienlijk minder casussen naar het CSG gaan, maar complexe casussen mogelijk gemiddeld meer tijd kosten.

## **Impact op het aantal gemiste soa's en transmissie**

- ▶ In deze variant worden alle ingewikkeldere casussen (die niet binnen de standaard beslisbomen vallen) gebundeld bij het CSG, waardoor in de basisinfrastructuur korte wachtlijsten zijn. Dat is effectief tegen transmissie (mensen worden immers eerder behandeld).
- ▶ Niet alle doelgroepen zullen zich echter laten testen, omdat dit geld kost. Daardoor worden soa's gemist. Zie voor een toelichting op welke doelgroepen dit zijn het vorige scenario.
- ▶ Ook zorgt het gebrek aan privacy bij laag-complexe vragen dat niet iedereen zich zal laten testen (zie vorige scenario).

## **Impact op seksualiteitshulpverlening**

- ▶ De impact op seksualiteitshulpverlening is tweeledig. Aan de ene kant kan dit doorgaan bij het CSG en komt er ook meer ruimte voor. Aan de andere kant zullen veel mensen nu alleen een soa-consult krijgen en is er geen moment/ingang voor ook seksualiteitsvragen in dit consult. Hiermee zal er in totaal vermoedelijk minder seksualiteitshulpverlening worden geboden aan het brede publiek, omdat er niet altijd gesignaleerd wordt dat seksualiteitshulpverlening nodig is en passend naar een CSG verwezen wordt.

## **Impact op het verdeelmodel**

- ▶ De basisinfrastructuur wordt niet bekostigd vanuit de ASG-regeling, dus het verdeelmodel is gericht op het gedeelte dat overblijft bij het CSG.
- ▶ Het budget voor de sociaal complexe zorg die door de CSG's wordt geboden moet rekening houden met de complexiteit van de zorgvraag, en de inefficiënties die daarin zitten. Het is niet duidelijk hoe dit verdeeld is over regio's. Deels kan dit nog steeds objectief bepaald worden (op basis van het aantal mensen met laag inkomen, of het aantal jongeren tussen 16 en 25), maar het is niet duidelijk of dat de lading dekt, of dat er ook nog rekening gehouden moet worden met het aantal consulten. On de overgangsfase is bovendien erg bepalend of een laagdrempelige infrastructuur in de regio aanwezig is of (nog) niet. Gezien de onzekerheden zou er sprake moeten zijn van een groeimodel, waarbij het model aangepast wordt op basis van de regionale infrastructuur, impact en effecten.

## **Uitvoerbaarheid**

- ▶ Een basisinfrastructuur is een grote verandering die tijd kost en waarbij met alle stakeholders moet worden verkend op welke wijze dit kan worden ingericht. Daarbij zijn de zorgverzekeraars belangrijk omdat een basisinfrastructuur betekent dat er meer zorg vanuit de Zvw wordt betaald en er moet worden onderzocht in gezamenlijkheid met het ministerie van VWS hoe dit kan worden opgevangen.

## **Overige effecten**

- ▶ De druk op CSG's neemt af. Hierdoor hebben ze meer tijd voor andere taken zoals outreachende activiteiten en seksualiteitshulpverlening. Tegelijkertijd zal er niet altijd passend verwezen worden naar het CSG voor seksualiteitshulpverlening.
- ▶ Ook kan de huisarts op deze manier ontlast worden: het is in feite een alternatief voor huisartsenzorg. Het zorgt ervoor dat er niet oneigenlijk gebruik wordt gemaakt van het CSG.

## **Beschouwing van de scenario's**

Bovenstaande scenario's richten zich op het oplossen van de financiële krapte en beschikbaarheid van soa-zorg en seksualiteitshulpverlening. Alhoewel deze problemen in het 1- en 2-scenario op korte termijn opgelost worden, zullen hier binnen het huidige ecosysteem op termijn dezelfde knelpunten opnieuw ontstaan. De huisartsenzorg blijft overbelast en daarmee blijft er een prikkel om (onterecht) door te verwijzen naar het CSG. Tegelijkertijd volgen huisartsen gemiddeld beperkt nascholing op het gebied van seksualiteit en soa's. Binnen het huidige ecosysteem heeft het 3-scenario daarmee op termijn de meeste potentie. Dit scenario ontlast de huisarts en zorgt dat de kwaliteit van zorg geborgd kan worden. Tegelijkertijd is dit scenario het moeilijkste te realiseren van de drie: het vraagt om een grote verandering in het stelsel van soa-zorg, en een randvoorwaarde is dat de huidige innovatieve beleidsregel structureel wordt. Desondanks is dit scenario voor het borgen van de soa-zorg en seksualiteitshulpverlening het meest hoopgevend. Werk daarom dit scenario verder uit: op inhoudelijke overwegingen, draagvlak en financiën.



## / 7 Samenvatting bevindingen

In opdracht van VWS deed AEF van april tot december 2023 onderzoek naar huidige ASG-regeling, en hoe deze er in de toekomst uit zou moeten zien. Daarvoor voerden wij interviews, analyseerden wij beschikbare data vanuit GGD'en en het RIVM en zetten we een mini-enquête uit.

### **Het doel van de ASG-regeling kan onder de huidige randvoorwaarden en ontwikkelingen niet worden behaald**

Het doel van de ASG-regeling is het doorbreken van transmissie en soa bij risicogroepen en het detecteren en bespreken van seksualiteitshulpvragen (Sense) bij jongeren onder de 25 jaar. Momenteel kan echter maar ongeveer 50% van de mensen die als risicogroep zijn aangemerkt geholpen worden met soa-zorg. Het is niet bekend wat er precies met de afgewezen mensen gebeurt, en of zij hulp zoeken op een andere plek. Indien het huidige systeem op deze wijze in stand wordt gehouden, kan er in de toekomst steeds minder voldaan worden aan de doelen van de ASG-regeling omdat de transmissie (en daarmee het aantal mensen met soa's) zal toenemen. Dat het doel van de regeling niet behaald wordt, ligt in de hieronder beschreven ontwikkelingen.

### **Huisartsen verwijzen door naar CSG's – die zeer gewaardeerd worden door cliënten**

De ASG-regeling zou aanvullend moeten zijn op de zorg vanuit de huisartsen en de inzet op collectieve preventie van gemeenten. Het grootste deel van de soa-testen wordt ook nog altijd door de meer dan 11.000 huisartsen afgenomen. Doordat huisartsen onder druk staan, niet altijd de specialistische kennis in huis hebben en niet altijd weten voor wie de centra seksuele gezondheidszorg (CSG) bedoeld zijn, verwijzen ze door naar CSG's voor een soa-consult.

Uit het onderzoek bleek dat er waardering is voor de CSG's: zij leveren een belangrijke bijdrage aan het bestrijden van soa. De grote meerwaarde van de CSG's zit in de expertise, toegankelijkheid (o.a. doordat de zorg gratis is) en anonimiteit. Op basis van het doelgroepenbeleid en de zeer strenge triage van CSG's, kunnen de gevallen met de hoogste kans op transmissie terecht bij de CSG's.<sup>71</sup> Voor deze groepen is extra deskundigheid nodig, zoals de kennis om te testen op meerdere lichaamslocaties of het testen op de zeldzamere soa's. Daarmee groeit de expertise van de CSG's steeds verder; soa-artsen en verpleegkundigen zijn goed op de hoogte van verschillende soa's en de beste diagnose en behandeling daarvan. Daardoor hebben CSG's zich over de jaren heen ontwikkeld tot een specialistisch centrum. Al met al leveren CSG's hoogwaardige soa-zorg en seksualiteitshulpverlening. CSG's bieden laagdrempelige soa-zorg, doordat er geen kosten zijn, discretie mogelijk is en de behandeling oordeelloos is. Het CSG is daarmee voor veel mensen aantrekkelijker dan de huisarts of private aanbieder. Ook de bundeling met PrEP-zorg, die de huisartsen slechts beperkt bieden, maakt dat groepen naar de GGD trekken. Dit leidt tot een verhoogde vraag bij de CSG's.

### **Het budgetplafond met indexering ter correctie van het prijspeil leidt tot efficiëntie én krapte in de soa-bestrijding**

Dankzij het budgetplafond zijn CSG's efficiënt; zij hanteren een doelgroepenbeleid en richten kernprocessen efficiënt in. Het budgetplafond heeft daarmee een positieve impact gehad op de

---

<sup>71</sup> Tegelijkertijd treedt er wel enige verdringing op door doelgroepen die de route naar het CSG goed weten te vinden en met voorwendselen ook de triage kunnen omzeilen.

effectiviteit van het inzetten van publieke middelen voor de infectieziektebestrijding. Er vallen echter meer mensen binnen de doelgroep dan de CSG's op basis van deze middelen aan kunnen. Doordat de subsidie tot dusverre (jaarlijks) enkel geïndexeerd is op basis van loonontwikkeling ontstaat extra krapte: de toename in kosten (door gestegen lonen, hogere materiaalkosten, gewijzigd testbeleid, meer behandelingen door een hoger vindpercentage en duurdere behandelingen) is hoger dan waarvoor geïndexeerd wordt. Op basis van een rondvraag onder CSG's kan ongeveer 50 % van de mensen uit de doelgroep die zich melden bij een CSG daar ook getest worden.

### **Er is behoefte aan meer aandacht voor groepen die niet in reguliere zorg terechtkomen**

Op dit moment gaat er conform het doel van de ASG-regeling veel aandacht naar de groep mensen met het hoogste risico op een soa, zodat de transmissie van soa's beperkt wordt. Het CSG helpt daarmee mensen die over het algemeen zelf ook de weg in het zorgstelsel weten te vinden en zich ook op alternatieve manieren hadden kunnen testen. Nagenoeg alle betrokkenen pleiten daarom ook voor *meer* aandacht voor de groep mensen die wel binnen de geselecteerde doelgroepen vallen, maar hun weg in het zorgstelsel niet weet te vinden en door een lager risico op soa's vaker niet door de triage komt. Bij hen kan de transmissie van soa beperkt worden, omdat ze zich anders niet laten testen. Het nadeel is dat de vindpercentages lager zijn, dus dat het 'directe' effect van de ASG-regeling op de transmissie afneemt. Binnen de huidige financiering kunnen CSG's niet beide groepen helpen. Momenteel is immers het bedienen van iedereen binnen de hoogrisicogroepen al niet mogelijk.

### **De financiële tekorten verdringen outreach-activiteiten**

CSG's werken minder outreachend dan voorheen, onder meer door de tekorten bij CSG's. Het organiseren van outreach-activiteiten kost relatief veel geld en zorgt daarnaast ook voor een toename van het aantal testen wanneer doelgroepen succesvol bereikt worden. Bovendien is het vindpercentage bij groepen die via outreachende activiteiten bereikt worden doorgaans lager dan bij groepen die het CSG zelf weten te vinden. Dit alles maakt dat er beperkt prikkels zijn om groepen die niet in de reguliere zorg terechtkomen te bereiken.

### **Alle betrokkenen zien het belang van seksualiteitshulpverlening, maar knelpunten in de soa-zorg vragen de meeste aandacht**

CSG's en ketenpartners onderstrepen het belang van seksualiteitshulpverlening middels Sense-consulten, zeker gezien de ontwikkelingen rondom gender, openheid over seksueel geweld en foutieve online-informatie over anticonceptie. Desondanks voert het gesprek over de knelpunten op het gebied van soa-zorg de boventoon, en vragen deze knelpunten momenteel de meeste aandacht van CSG's. Hierdoor sneeuwt de inzet op seksualiteitshulpverlening onder.

### **De knelpunten in het stelsel vragen om verruimde en/of aanpassingen in de financiering dan wel een herijking van de verschillende rollen en taken**

De ASG-regeling zou volgens de huidige opzet aanvullend moeten zijn op de zorg vanuit de huisartsen en de inzet op collectieve preventie van gemeenten. Het grootste deel van de testen wordt ook nog altijd door de huisartsen afgenomen. Cliënten zien echter veel voordelen in het bezoeken van een CSG: de medewerkers worden als deskundiger op dit onderwerp gezien, cliënten kunnen hier anoniem terecht, medewerkers worden gezien als minder oordelend en de zorg is gratis. Het is daarmee voor veel mensen aantrekkelijker dan naar de huisarts gaan. Ook de bundeling met PrEP-zorg, die de huisartsen zeer beperkt bieden, maakt dat groepen naar de GGD trekken. Dit in combinatie met de druk bij huisartsen die leidt tot een andere prioritering, leidt tot een verhoogde vraag bij de CSG's.

Tegelijkertijd klinkt vanuit meerdere CSG's het signaal dat zij vanuit gemeenten zeer beperkte middelen ontvangen.<sup>72</sup> Daardoor wordt er minder aan outreach (informerende en outreachende testen) en preventie gedaan in deze gemeenten. De combinatie met het ontbreken van grote landelijke campagnes over gezond en veilig seksueel gedrag, geeft het beeld dat CSG's 'dweilen met de kraan open'.

## We doen daarom acht voorliggende aanbevelingen

### 1. Pas het verdeelmodel aan

De werkelijkheid wijkt inmiddels steeds verder af van de situatie waarop het verdeelmodel is gebaseerd. Daardoor ontstaan verschillen tussen GGD'en die niet te rechtvaardigen zijn. Een aanpassing in de verdeling van middelen voor CSG's is noodzakelijk. Daar zijn verschillende varianten voor mogelijk (op basis van vindpercentage en consulten; objectieve maatstaven; historische gegevens). Omdat elk van deze benaderingen individueel te veel nadelen heeft, is een combinatie van deze opties noodzakelijk. Daarin zit dan de mogelijkheid tot herijking, objectieve maatstaven en stabiliteit voor de bedrijfsvoering (bijvoorbeeld middels een bandbreedte). Onderzoek hoe de *weging* van deze elementen eruit moet zien.

### 2. Herintroduceer structurele landelijke publiekscampagnes over veilig vrijen

De omvang van incorrecte informatie over anticonceptie, het aantal soa's en het aantal abortussen neemt toe. De landelijke campagnes zijn juist afgeschaald. Daarom adviseren we structurele brede publiekscampagnes over veilig vrijen en seksualiteitshulpverlening te herintroduceren. Dit ter preventie van soa's, ongewenste zwangerschappen en voor een betere bekendheid van Sense. Dat heeft financiële implicaties.

### 3. Zet in op de landelijke implementatie van e-health

Betrokkenen zien de meerwaarde van e-health voor Soa-zorg en seksualiteitshulpverlening, maar de uniforme implementatie van e-health loopt, ondanks de duidelijke meerwaarde, stroef. E-health kan de toegankelijkheid van de zorg verbeteren, door anonimiteit te bieden en lange reistijd te voorkomen.

### 4. Ontwikkel een visie op collectieve preventie

Er is geen gedeeld beeld over wat goede collectieve preventie en gezondheidsbevordering op het gebied van seksuele gezondheid inhoudt. De omvang en aard van de activiteiten die ontplooid worden, wisselen sterk tussen gemeenten (en daarmee GGD'en). Ook is er onduidelijkheid over de gemeentelijke taak op dit vlak en de werkzame elementen om deze goed uit te voeren. Om preventieve activiteiten beter vorm te geven en daarmee de CSG's te kunnen ontlasten, is het verstandig een beeld te creëren van (1) welke activiteiten effectief zijn en (2) wat het doel van deze activiteiten is. Eventueel kunnen hierover ook afspraken vastgelegd worden, bijvoorbeeld in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) of de regionale uitwerkingen daarvan.

### 5. Vergroot outreach-activiteiten en biedt hier ruimte voor in de regeling

Outreachinge zorg en preventie helpt om specifieke doelgroepen te bereiken die het CSG anders niet weten te vinden. Vergroot daarom het aantal outreach-activiteiten (zoals outreachende testen), zodat ook deze groep bereikt wordt. Een deel van de testen kan ook op locatie afgenomen worden bij mensen die niet direct in de doelgroep van de regeling vallen, maar wel van belang zijn om te zien. De regeling moet ruimte bieden om een klein percentage buiten de doelgroep te testen. Deze aanpak zorgt voor naast een focus op transmissie, dat er ook voldoende ruimte is om af te wijken om doelgroepen in kwetsbare omstandigheden te testen. De doelen van de ASG-regeling worden hiermee breder gezien dan nu het geval is. Het doorbreken van soa-transmissie bij risicogroepen gaat daarmee ook

---

<sup>72</sup> De omvang van gemeentelijke bijdragen hebben we door het ontbreken van deze gegevens niet kunnen nagaan.

om minder klassieke risicogroepen (vanuit het oogpunt van publieke gezondheid), maar juist groepen die nu vaak niet in beeld zijn. De ASG-regeling en werkzaamheden die hieruit volgen moeten zich in deze lijn meer richten op het verminderen van gezondheidsverschillen, naast het borgen van publieke gezondheid.

**6. Onderzoek of alle doelgroepen bereikt worden met seksualiteitshulpverlening**

De maatschappij verandert sterk. Daarmee veranderen de doelgroepen die behoefte hebben aan seksualiteitshulpverlening. Het is belangrijk dat de hulpverlening wendbaar is en voldoende kan meebewegen met de behoefte vanuit de maatschappij. GGD'en zouden dus continu moeten kijken of er nieuwe groepen (binnen de doelgroep onder de 25) zijn die ze niet bereiken, maar die wel vragen over seksualiteit hebben. Onderzoek daarom welke groepen Sense nu bereikt en of daarmee alle groepen die je wil bereiken, bereikt worden. Indien dit niet het geval is, voer hier dan actief beleid op. Zoals het aanboren van nieuwe kanalen om deze jongeren te bereiken. In 2018 is een dergelijk onderzoek uitgevoerd door Rutgers en Soa Aids Nederland.

**7. Blijf investeren in scholing op het gebied van seksuele gezondheidszorg aan huisartsen**

Om te voorkomen dat er door huisartsen niet passend wordt getest of onnodig doorverwezen wordt naar de CSG's, zouden huisartsen meer geschoold moeten worden op het gebied van soa-zorg. Zowel inhoudelijk als op het voeren van gesprekken over seksualiteit. Dat kan door meer nadruk te leggen op seksuele gezondheidszorg in de opleiding. Aan nascholing wordt wel gewerkt, maar dit behoeft doorlopend aandacht.

**8. Verhelder aan beroepsgroepen wat de ASG-regeling inhoudt**

Voor verschillende beroepsgroepen, zoals huisartsen, is het niet helder wat de ASG-regeling precies inhoudt en wie ze dus wel of niet door kunnen sturen naar het CSG. Communiceer daarom met de brancheverenigingen van deze beroepsgroepen om te verhelderen wat de regeling wel en niet inhoudt.

**Kies (een variant op) een scenario om de financiële en capaciteitsvraagstukken bij het CSG op te lossen**

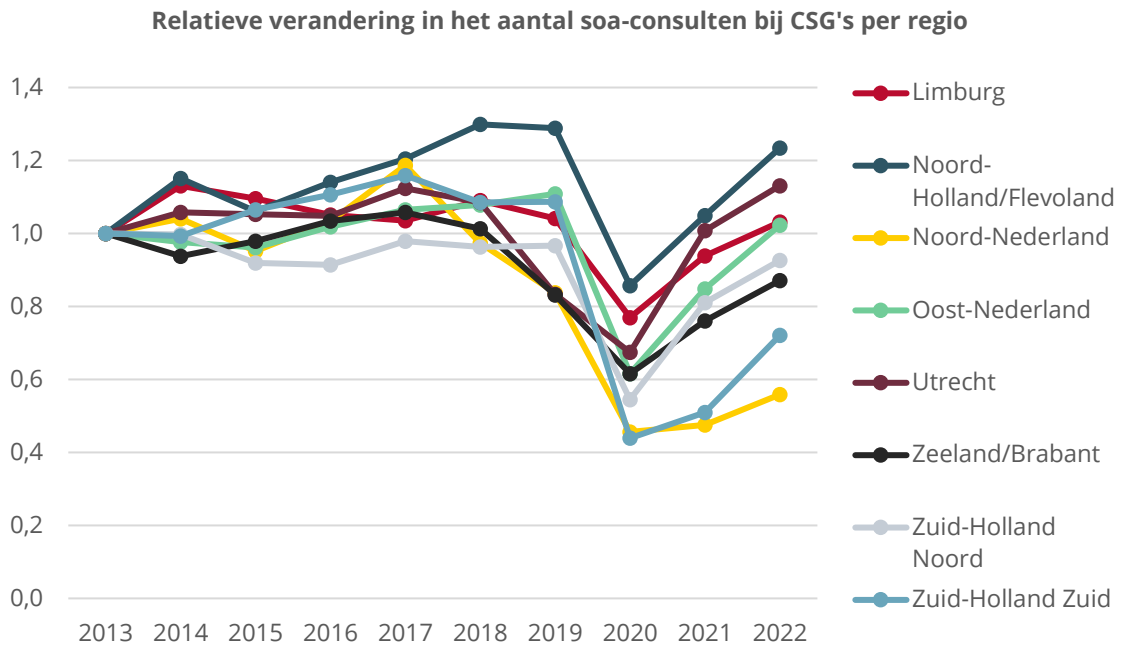
Voorgaande aanbevelingen lossen de financiële krapte en beschikbaarheid van zorg bij het CSG niet op. Om te spreken over effectieve soa-bestrijding moet de zorg kwalitatief goed, financieel laagdrempelig, toegankelijk en tijdig beschikbaar zijn. De CSG's voorziet in kwalitatief goede zorg die financieel laagdrempelig is. Gezien de strenge triage en wachtlijsten van de CSG's is de zorg echter niet snel en niet voor iedereen toegankelijk. De huisartsenzorg biedt dat wel, maar hier geldt een eigen risico. Ook hebben niet alle huisartsen de juiste kennis over soa's. De kwaliteit tussen private aanbieders is wisselend en bevat net als de huisartsenzorg een financiële drempel.

De mogelijkheden om de financiële tekorten en capaciteitsvraagstukken op te lossen, terwijl aan de doelen van de ASG-regeling vastgehouden kan worden, zijn:

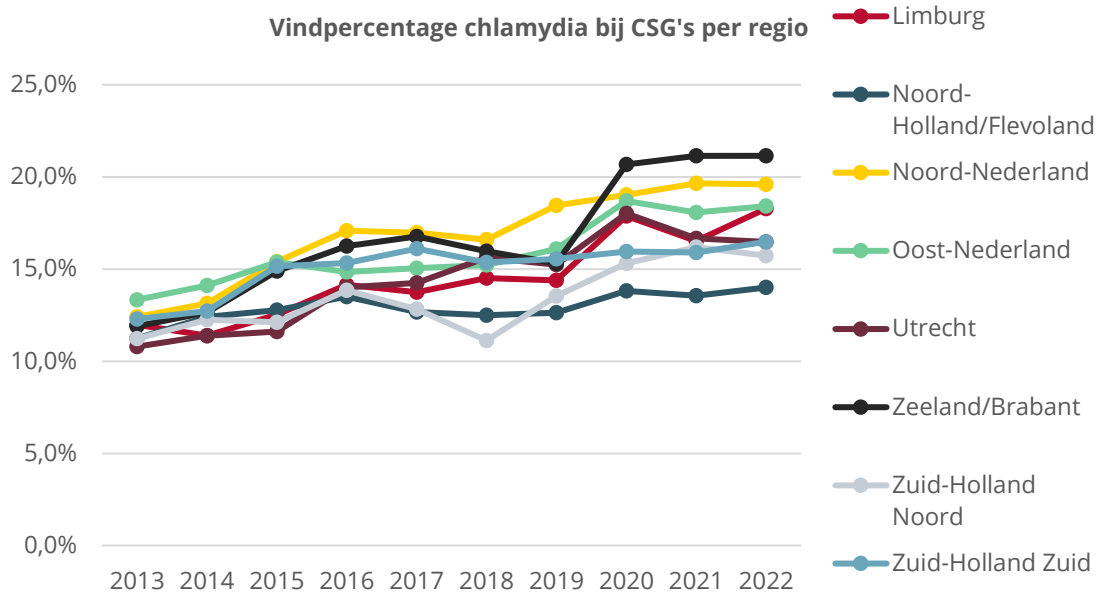
- (1) De huidige situatie behouden, met meer financiële middelen vanuit VWS in de ASG-regeling.
- (2) De huidige situatie behouden en een kleine eigen bijdrage bij het CSG invoeren.
- (3) Laagdrempelige basisinfrastructuur met aanvullende (psychosociaal) complexe soa-zorg bij CSG's.

Het verdient aanbeveling om het derde scenario nader uit te werken, omdat dit scenario in het huidige ecosysteem op termijn de meeste knelpunten tackelt terwijl de kwaliteit van zorg geborgd kan worden.

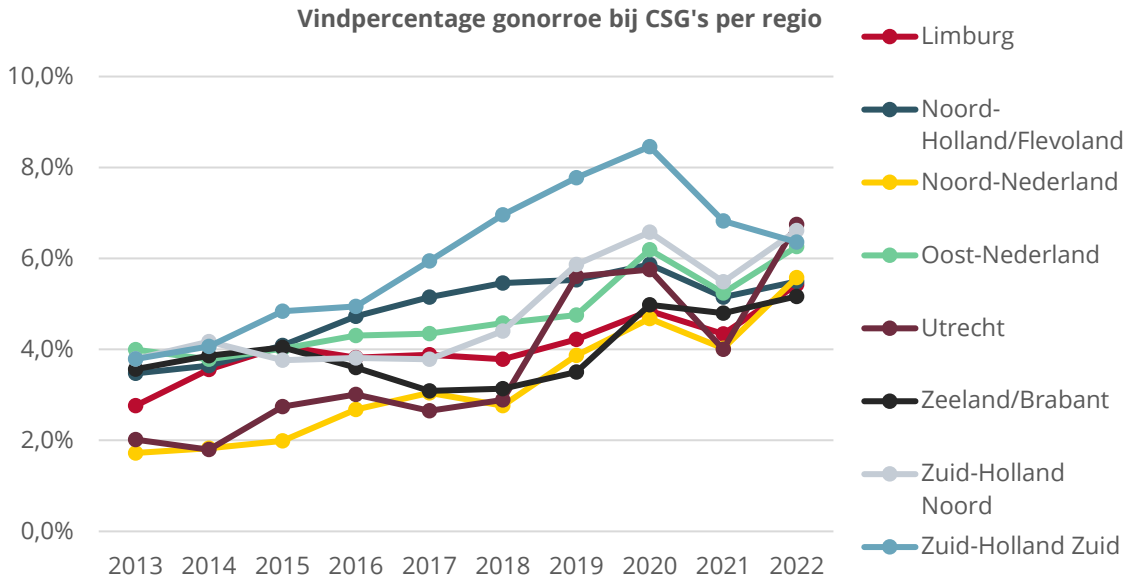
# / A Bijlage 1 - Verschillen per regio



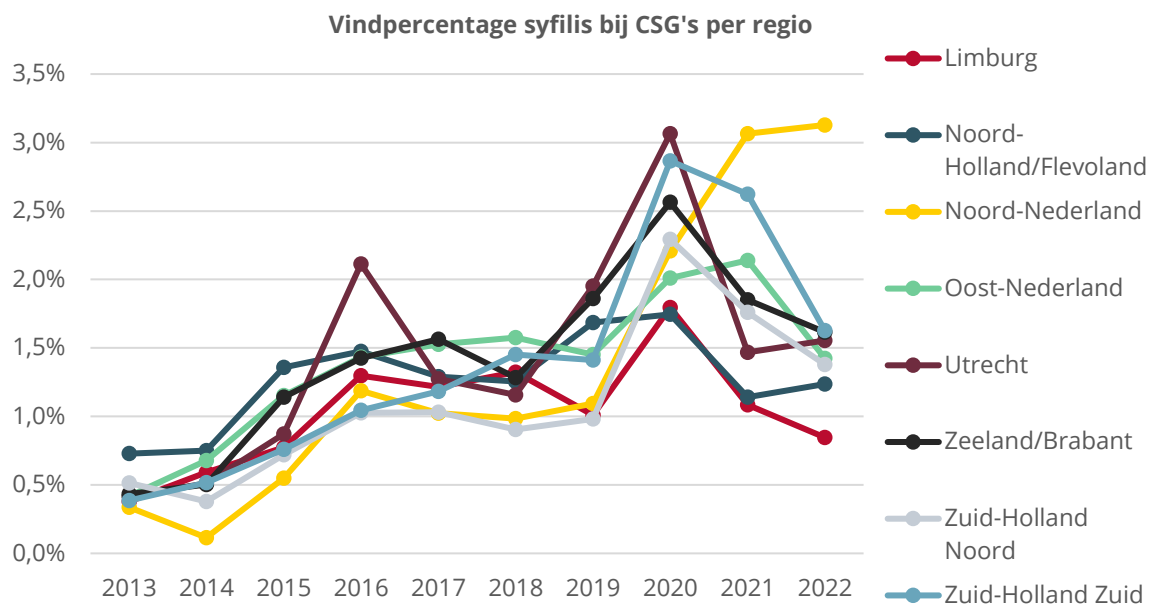
Bron: RIVM



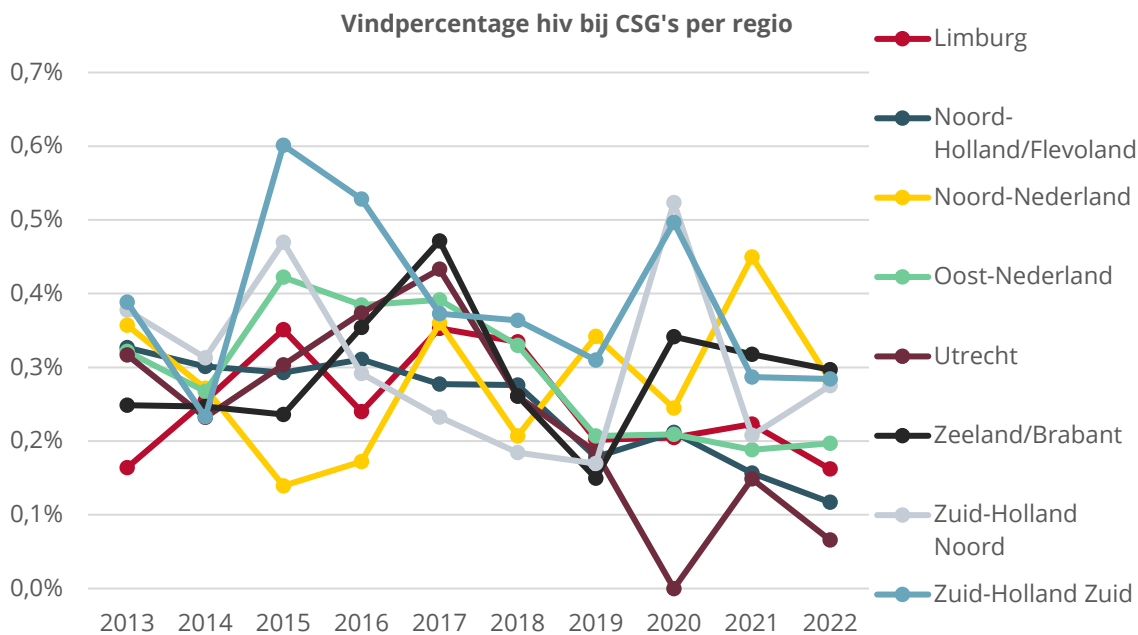
Bron: RIVM



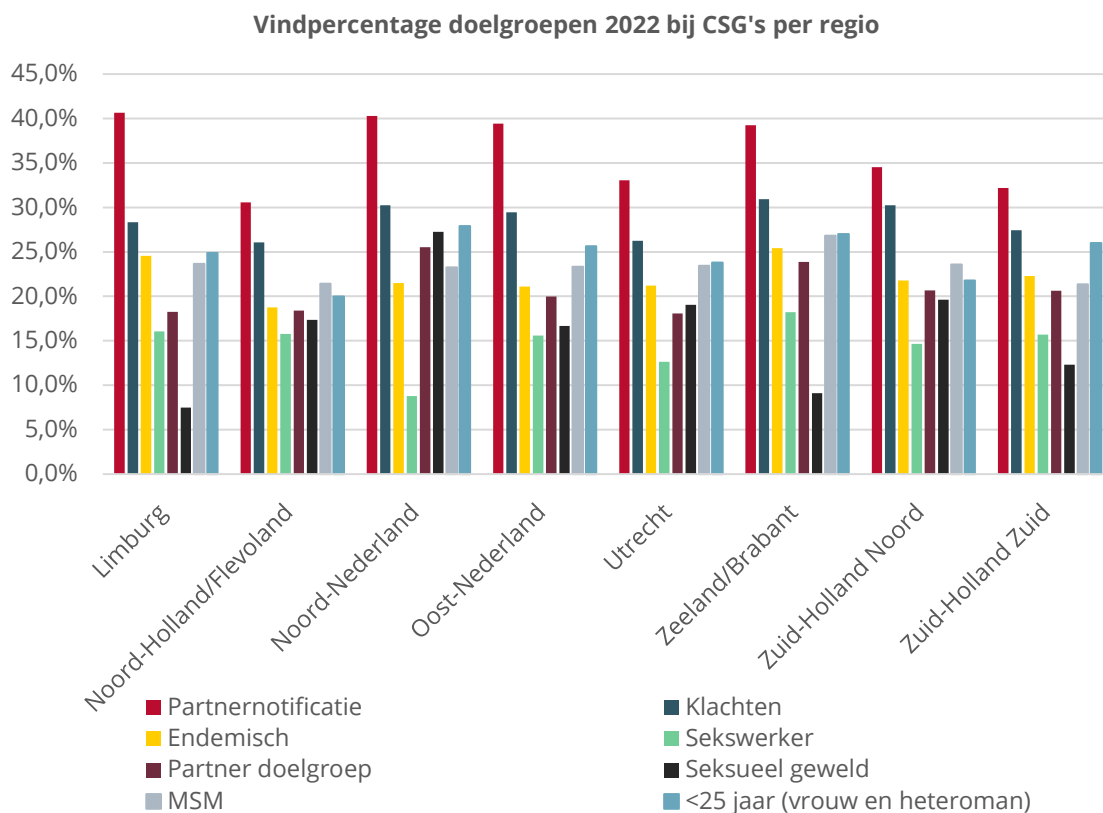
Bron: RIVM



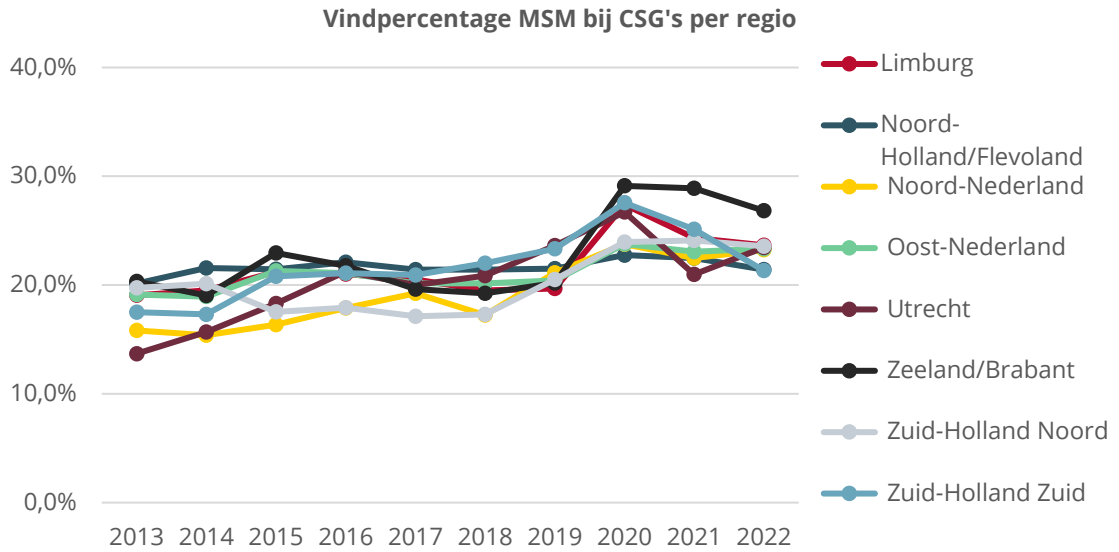
Bron: RIVM



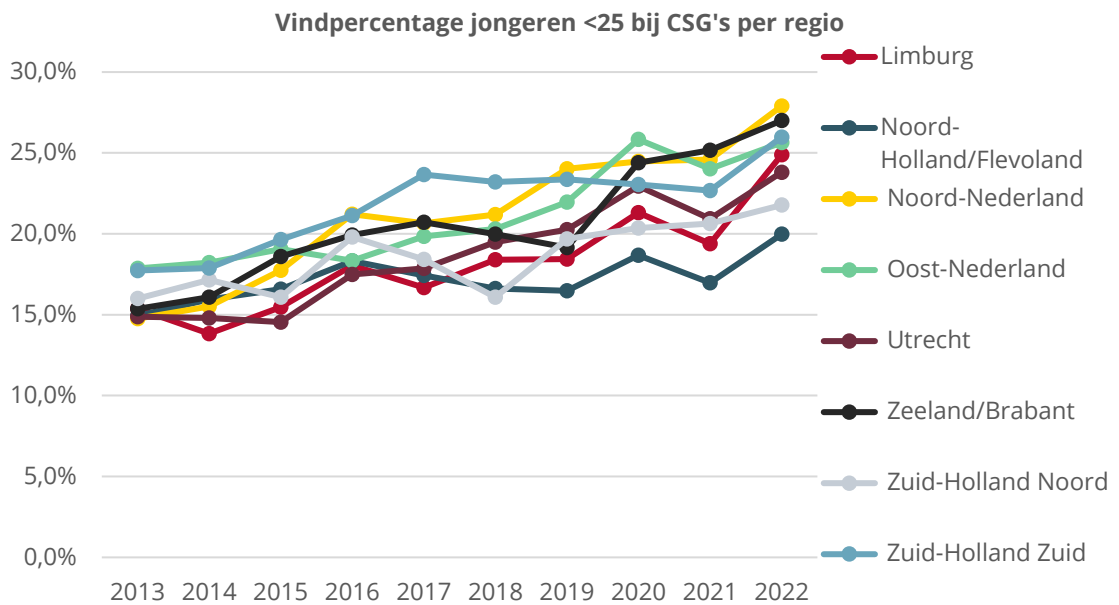
Bron: RIVM



Bron: RIVM



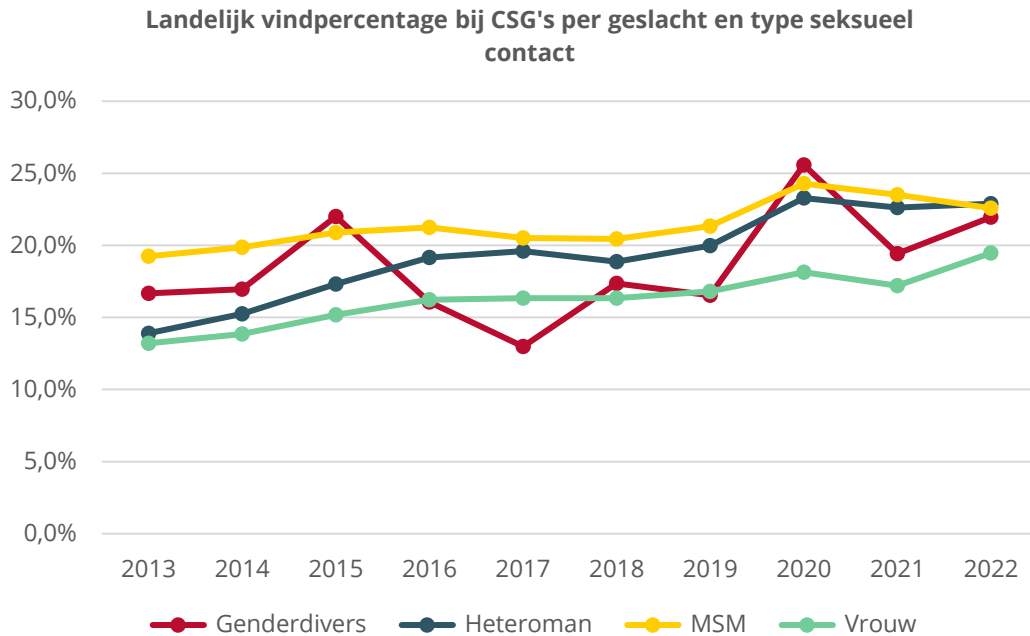
Bron: RIVM



Bron: RIVM

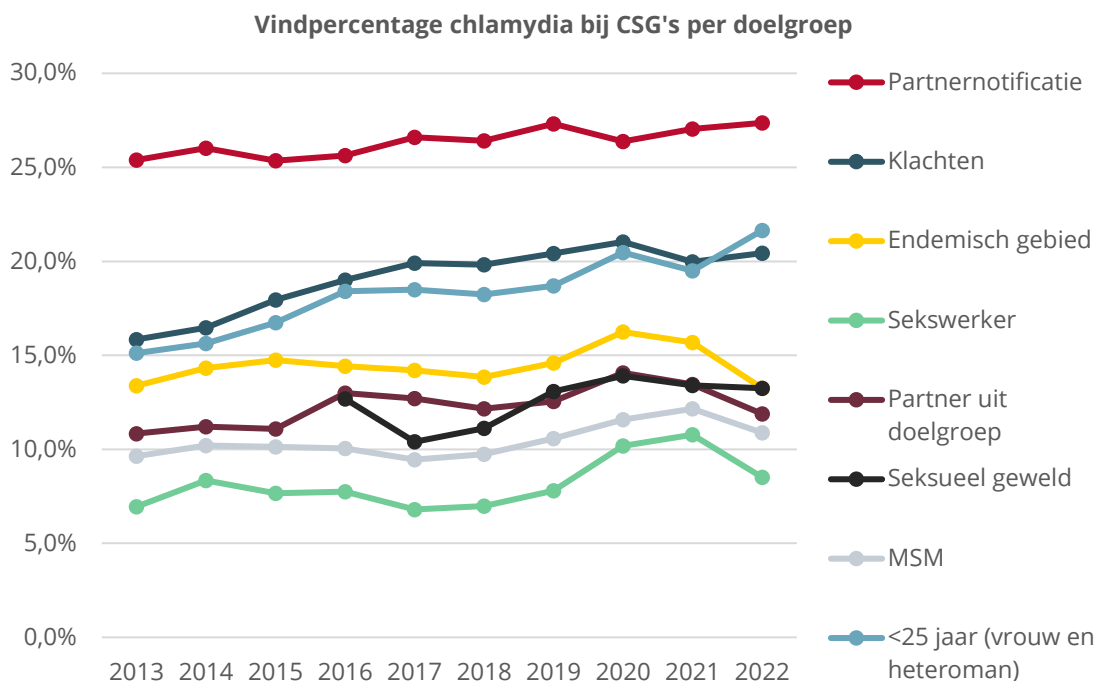


## / B Bijlage 2 - Verschillen per geslacht en type seksueel contact

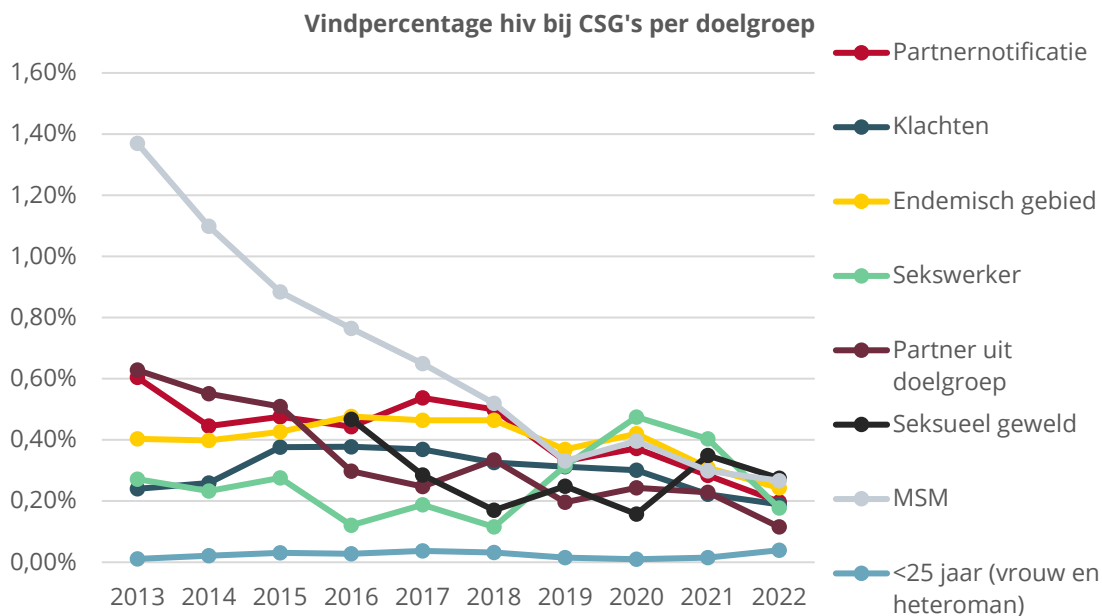


Bron: RIVM

# / C Bijlage 3 - Verschillen per doelgroep



Bron: RIVM <sup>73</sup>



Bron: RIVM

<sup>73</sup> Een persoon kan in meerdere doelgroepen vallen