

Vergaderjaar 2024–2025

32 239

Seksuele gezondheid

Nr. 19

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 juni 2025

Voor u ligt de voortgang van mijn beleid op het terrein van seksuele gezondheid. Ik richt mij daarbij voornamelijk op de publieke gezondheid, te weten gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering van de algehele samenleving en risicogroepen. Dit in aanvulling op de curatieve zorg, waar de individuele behandeling centraal staat.¹ Nederland heeft van oudsher een stevige infrastructuur voor seksuele gezondheid, met laagdrempelige en goede soa- en seksualiteitszorg via huisartsen, GGD'en en tweedelijnszorg. Voor de meeste mensen is er goede toegang tot anticonceptie. De hiv-preventie is robuust en effectief. Er is goede monitoring van soa's en hiv en een toegankelijk aanbod aan betrouwbare informatiebronnen en ondersteuningsmogelijkheden over anticonceptie, soa's en seksualiteit. Nederland is internationaal koploper in relationele en seksuele vorming, waardoor jongeren, passend bij hun leeftijd, kennis en vaardigheden opdoen om bewuste en veilige keuzes te maken.² Maar er zijn ook grote uitdagingen op dit terrein, denk aan de zorgelijke daling van het condoomgebruik en de stijging van bepaalde seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's). Ook circuleert misinformatie over anticonceptie, en gebruiken steeds meer meiden en jonge vrouwen geen anticonceptie. En rapporteren zij vaker seksuele grensoverschrijding en -geweld. Mis- en desinformatie zien we helaas ook rond relationele en seksuele vorming, zoals dit jaar weer het geval was rond de Week van de Lentekriebels. Tot slot is de vraag naar aanvullende soa-zorg door GGD'en groter dan het aanbod. Uw Kamer vraagt al geruimere tijd aandacht voor deze ontwikkelingen.³

¹ Deze domeinen raken wel aan elkaar.

² Bronvermelding te raadplegen via <https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2024/02/Achtergrond dossier-Relationele-en-seksuele-vorming.pdf>.

³ Bijvoorbeeld Aangangsel Handelingen II, 2023/24, nr. 1952; Kamerstuk 32 793, nr. 761; Aangangsel Handelingen II, 2024/25, nr. 292.

Deze Kamerbrief rapporteert over de voortgang van de Beleidsvisie Seksuele Gezondheid die in 2022 door mijn ambtsvoorgangers met uw Kamer is gedeeld.⁴ Ik richt mij vooral op de jeugd, mensen met een seksuele gezondheidsachterstand⁵ en mensen behorende tot hoog-risicogroepen voor soa's. Dit doe ik omdat deze mensen het grootste risico lopen op seksuele gezondheidsproblematiek en voor een doelmatig en doeltreffend beleid. Bij de jeugd komt daar bovenop dat zij gemiddeld genomen het langste profijt zullen hebben van een verbeterde en beschermde seksuele gezondheid. De maatregelen die ik in deze brief noem, zijn in lijn met het beleid zoals gepresenteerd in de Beleidsvisie 2022 en vormen een belangrijke stap in de richting van een toekomstbestendig stelsel van aanvullende seksuele gezondheidszorg en preventie: van goede kwaliteit en goed geborgd.

Het doel dat ik nastreef is dat iedereen de kennis, vaardigheden, zorg en ondersteuning heeft om zelf gezonde, veilige en plezierige keuzes te maken op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid en om die van anderen te herkennen en te respecteren. Samen met veldpartijen werk ik eraan dat iedereen voldoende kennis, toegang tot, vaardigheden en intentie heeft om een keuze voor anticonceptie en condoomgebruik te maken die bij diegene past. Dat soa's met ziekte- of psychosociale last zijn bestreden. Dat informatie over en toegang tot adequate zorg- en ondersteuning beschikbaar is voor wie dit nodig heeft. Dat iedereen voldoende kennis en vaardigheden heeft om wensen en grenzen bij zichzelf en de ander te herkennen en te respecteren, en de eigen wensen en grenzen aan te geven en is zich bewust van de gevolgen van het eigen handelen. En tot slot dat stigma en veroordeling verdwijnt, onder andere op het gebied van seksuele, genderdiversiteit en keuzevrijheid.

De inzet op seksuele gezondheid moet in samenhang gezien worden met de inspanningen (van andere ministeries) rond reproductieve gezondheid, het tegengaan van seksueel grensoverschrijdend gedrag en geweld, en het bevorderen van emancipatie. Denk aan de Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap: regie op een eventuele kinderwens heeft namelijk nauwe verbanden met het kunnen maken van passende keuzes rond seksuele gezondheid, bijvoorbeeld waar het gaat om de keuze om een condoom te gebruiken. Uw Kamer heeft recent een voortgangsrapportage ontvangen hierover.⁶ Daarbij raakt mijn inzet op seksuele gezondheid ook aan de inzet van het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW). Het Ministerie van OCW ondersteunt verschillende allianties (Kleurrijk en Vrij, Jong Gelijk en Act4Respect) om de acceptatie van lhbtq+ mensen te verhogen, en werkt samen met het Ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) aan een nieuwe aanpak voor het bevorderen van veiligheid van lhbtq+ mensen. Hiervoor verwijs ik u naar de brief over het emancipatiebeleid van 18 november 2024.⁷ Ook werken de ministeries van VWS, JenV, OCW en SZW samen met regeringscommissaris Hamer aan het voorkomen aan seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel geweld via het daarvoor bestemde Nationaal Actieprogramma. U bent recent geïnformeerd over de voortgang.⁸

⁴ Kamerstuk 32 239, nr. 10.

⁵ Er is sprake van een seksuele gezondheidsachterstand wanneer het fysieke, emotionele, mentale en/of sociale welzijn in relatie tot seksualiteit dusdanig laag is, dat dit het algemene welzijn van de persoon zelf negatief beïnvloedt en/of schadelijk is voor anderen. Te raadplegen via <https://doi.org/10.26481/mup.rep.aps.2501>

⁶ Kamerstuk 32 279, nr. 263.

⁷ Kamerstuk 30 420, nr. 414.

⁸ Kamerstuk 34 843, nr. 120.

Achtereenvolgens behandel ik in de brief de volgende onderwerpen:

- 1) gezondheidsbescherming, waaronder besluitvorming omtrent de ASG-regeling, mijn reactie op het recent uitgebrachte kostprijsonderzoek, en ontwikkelingen omtrent PrEP-zorg (het medisch begeleiden bij het gebruik van preventieve hiv-medicatie),
- 2) gezondheidsbevordering, waaronder mijn landelijke inzet om condoomgebruik te stimuleren en relationele en seksuele vorming in het onderwijs te stimuleren, en mijn inzet om regionale en lokale overheden verder te ondersteunen in hun verantwoordelijkheid rond seksuele gezondheidsbevordering, en
- 3) duurzame monitoring, waaronder mijn reactie op het recent uitgebrachte onderzoek naar monitoring van seksuele gezondheid.

1. Seksuele gezondheidsbescherming

Naar toekomstbestendige aanvullende seksuele gezondheidszorg

Met de specifieke uitkering Regeling aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG-regeling) bieden GGD'en aanvullende soa-zorg, PrEP-zorg en seksualiteitshulpverlening aan. Dit is vanuit het publieke gezondheids perspectief van groot belang: soa's vormen als infectieziekten immers een risico voor de volksgezondheid. Via de ASG-regeling worden soa's vroegtijdig opgespoord, behandeld, gemonitord, en voorkómen, waarmee verspreiding wordt tegengegaan. Ook andere seksuele gezondheidsproblematiek wordt gesignaleerd en behandeld, om gezondheidswinst te boeken en maatschappelijke kosten te voorkómen. Aanvullende soa-zorg is gericht op mensen met een verhoogd risico op soa's én een drempel om met hun zorgvraag naar de huisarts te gaan; PrEP-zorg op mensen met een verhoogd risico op hiv; seksualiteitshulpverlening op jongeren onder de 25 jaar.

De middelen voor de uitvoering van deze taken worden via het RIVM aan acht coördinerende GGD'en verstrekt. De ASG-regeling is aanvullend op de huisartsenzorg en aanvullend op de collectieve preventie verantwoordelijkheid van gemeenten op grond van de Wet publieke gezondheid.⁹

Voorlopig behouden specifieke uitkering en verkenning basispakket gemeenten

In het regeerprogramma is opgenomen dat specifieke uitkeringen in 2026 moeten zijn omgezet in fondsuitkeringen – om de autonomie van gemeenten te vergroten en administratieve lasten en controlelasten te verminderen.

Over de ASG-regeling heeft het – toen missionaire – kabinet besloten dat deze specifieke uitkering in 2026 behouden blijft, en dat wordt geëvalueerd in hoeverre een bijzondere fondsuitkering (BFU)¹⁰ een passend alternatief instrument is.¹¹ Ik zal in 2026 een evaluatie uitvoeren met als specifieke onderzoeksvraag of en hoe de BFU vormgegeven kan worden voor de ASG. Medeoverheden, GGD'en en het RIVM zullen goed betrokken worden bij dit evaluatieproces. Mijn ambtsgenoot van het Ministerie van BZK zal u eind 2026 verder informeren.

⁹ Artikel 2, tweede lid, onder d.

¹⁰ In het wetsvoorstel herziening Financiële-verhoudingswet wordt de BFU als nieuwe uitkeringsvorm geïntroduceerd. Dit wetsvoorstel is reeds in internetconsultatie gebracht.

¹¹ Kamerstuk 36 600 B, nr. 45.

De aangekondigde financiële korting van 10% gaat wel per 2026 in. Het overgrote deel van deze korting zal ingevuld worden door een vermindering van de aanvullende soa-zorg, seksualiteitshulpverlening en PrEP-zorg. Ik ben met de GGD'en, het RIVM en GGD GHOR NL in gesprek over de keuzes die hieromtrent gemaakt worden. Daarnaast verwacht ik dat (op basis van het kostprijsonderzoek waar ik later in deze brief op in zal gaan) een efficiëntieslag gemaakt kan worden.

In het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) is afgesproken om een voorstel uit te werken hoe taken en verantwoordelijkheden in wet- en regelgeving kunnen worden verankerd.¹² Dit geldt dan in ieder geval voor afspraken waarvoor structurele middelen zijn, zoals voor de huidige ASG-taken en verantwoordelijkheden omtrent aanvullende soa-zorg, PrEP-zorg en seksualiteitshulpverlening. Hierbij is conform het regeerprogramma aandacht voor het vergroten van de autonomie van gemeenten en het verminderen van de administratieve- en controlelasten, en worden de juridische en financiële implicaties bezien.

Aanvullende soa-zorg voor mensen met een drempel tot de huisarts

Mijn ambtsvoorgangers hebben een toekomstverkenning naar de ASG-regeling laten uitvoeren door onderzoeksbureau AEF.¹³ Hieruit bleek dat de meeste krapte bij GGD'en ligt in het aanbod van de soa-zorg: GGD'en geven aan naar schatting ongeveer 50% van de mensen uit hoog-risicogroepen die een verzoek hebben gedaan tot een afspraak, tijdig te kunnen zien.¹⁴

De aanvullende soa-zorg door de GGD is nadrukkelijk aanvullend op de huisarts om soa-transmissieketens te doorbreken, aangezien mensen hiervoor in eerste instantie naar de huisarts kunnen gaan – en dit in de meeste gevallen ook doen. Sommige mensen kunnen echter een dusdanige drempel ervaren om naar de huisarts te gaan, bijvoorbeeld vanwege schaamte of stigma, en kunnen zorg mijden – terwijl zij wel een verhoogd risico hebben op een soa. Daarom is een veilige plek voor het bespreken van seksuele gezondheid van essentieel belang voor de volksgezondheid.

Nagenoeg iedereen die bij de GGD aanvullende soa-zorg ontvangt, behoort tot een hoog-risicogroep. Maar dit is niet het enige criterium waaraan voldaan zou moeten worden voor toegang tot deze zorg. Hoewel in de toelichting op de regeling staat dat de regeling bedoeld is voor personen uit hoog-risicogroepen die daarnaast ook een te grote drempel ervaren om naar de huisarts te gaan, staat dit niet in de regeling zelf en wordt hier niet altijd op getriageerd. Terwijl dit wel nodig is om te garanderen dat het aanvullende zorgaanbod beschikbaar blijft voor diegenen die dit het meest nodig hebben omdat zij anders zorg zouden mijden. Dit doe ik vanuit het publieke gezondheidsbelang: om in het totaal van ons soa-zorg stelsel zoveel mogelijk mensen te helpen die zorg nodig hebben en daarmee soa's vroegtijdig op te sporen, te behandelen en daardoor transmissieketens te doorbreken, en soa's te voorkomen.

Om in de regeling te verduidelijken voor welke doelgroep de soa-zorg bedoeld is, ga ik in de regeling expliciet opnemen dat het aanvullende soa-zorg aanbod van GGD'en bedoeld is voor mensen met een verhoogd

¹² Citaat Gezond en Actief Leven Akkoord, pagina 45. Te raadplegen via <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-e8e739b2e77bf92b7bfed78d4569ae4ecbce8dac/pdf>.

¹³ Bijlage bij Kamerstuk 32 239, nr. 16.

¹⁴ Er is geen zicht op het aantal personen dat een verhoogd risico heeft op soa, maar – naast de huisarts te mijden – de GGD niet weet te vinden.

risico op een soa, die daarnaast ook een drempel ervaren om naar de huisarts te gaan. Deze drempel kan bijvoorbeeld ontstaan door financiële redenen, hardnekkig taboe, schaamte en stigma bij zowel cliënten als zorgverleners. Dit vraagt om laagdrempelige en anonieme toegang tot kwalitatieve goede soa- en seksualiteitszorg. Hiermee wordt de regeling nadrukkelijker in lijn gebracht met het bestaande beleidsdoel.

Hiermee verwacht ik dat meer mensen in een kwetsbare positie die anders zorg zouden mijden, terwijl zij wel een verhoogd risico hebben op een soa, gebruik kunnen maken van aanvullende, gratis en anonieme soa-zorg door GGD'en. Dit betekent ook dat andere personen aangewezen zijn op de huisarts of een andere zorgverlener, maar dat dit de personen zijn die – bij het ontbreken van plek bij de GGD – niet geneigd zijn om zorg te mijden. Zo tracht ik de publieke gezondheid het meest te beschermen: als zorgmijding wordt voorkómen, kunnen tijdig transmissieketens worden doorbroken. Dit sluit – binnen de huidige financiële kaders – aan bij de behoefte in het veld aan meer aandacht voor groepen die niet in reguliere zorg terechtkomen, zoals geconstateerd is in de toekomstverkenning.

De acht coördinerende GGD'en beamen dat – gezien de hogere vraag naar soa-consulten dan zij kunnen bieden – hun soa-zorg zich dient te richten op de groep mensen met een verhoogd risico op soa's én een drempel om naar de huisarts te gaan. Een kwantificering van de groep die zorg bij de huisarts zou mijden vanwege te hoge drempels is op voorhand echter lastig te maken. Het vergt namelijk voor elk individu een professionele inschatting van de mate waarin diegene een dergelijke drempel ervaart. Ondanks dat is er consensus onder de GGD'en dat de nadere specificatie van de doelgroep niet zal leiden tot een vermindering van het totale aanbod aanvullende soa-zorg bij de GGD'en. Zij verwachten een verschuiving van doelgroepen binnen de hoog-risicogroepen. Voor de zekerheid benadruk ik dat deze wijziging dus géén bezuinigingsmaatregel betreft.

Het is voor GGD'en niet gemakkelijk het onderscheid te maken tussen wie wel en wie geen drempel ervaart. Dit vraagt in ieder geval om een gezamenlijke ontwikkeling van de definitie van een drempel en manier van triage. Samen met inhoudelijk experts, de coördinerende GGD'en en het RIVM zal ik dit verder uitwerken. Om voor dit implementatieproces voldoende tijd te nemen, laat ik deze verduidelijking ingaan per 2027.

Verkenning soa-zorg GGD'en onder Zorgverzekeringswet

Parallel aan de hierboven beschreven beoogde herziening van de ASG-regeling verken ik of de soa-zorg die GGD'en bieden aan mensen die geen drempel ervaren om naar de huisarts te gaan, onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) aangeboden kan worden. Hiermee wil ik voorkomen dat druk op huisartsen eventueel toeneemt. Mensen die geen drempel ervaren om naar de huisarts te gaan, zouden in dit geval de keuze krijgen om voor soa-zorg naar de huisarts of naar de GGD te gaan. Voor sommige mensen kan de GGD immers nog steeds een aantrekkelijkere zorgverlener zijn dan de huisarts, met meer expertise, neutrale bejegening en vertrouwelijkheid (bijvoorbeeld in het geval de huisarts een bekende is). De soa-zorg bij GGD'en zou dan voor deze groep – net als bij de huisarts – niet meer gratis en anoniem zijn. Deze zorg valt dan onder het eigen risico en kan worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Als uit mijn verkenning blijkt dat GGD'en soa-zorg in het kader van de Zvw mogen aanbieden, is het vervolgens aan de individuele GGD zelf of zij dit gaan

implementeren, het is dus facultatief.¹⁵ Het mogelijk aanbieden van soa-zorg onder de Zvw staat ook los van de soa-zorg die GGD'en vanuit de ASG-regeling bieden. Het zou dan gaan om een additioneel aanbod dat naast de bestaande ASG-zorg komt te staan. Dit additionele aanbod heeft dan ook geen gevolgen voor de huidige taken van de GGD'en op het gebied van infectieziektenbestrijding die zij op basis van de ASG-regeling uitvoeren.

Om de uitvoeringsconsequenties voor GGD'en in kaart te brengen, is in opdracht van de acht coördinerende GGD'en reeds een werkgroep gestart.

Voor mijn verkenning heb ik het Zorginstituut Nederland (ZIN) reeds gevraagd om een advies uit te brengen over in hoeverre de diagnostiek en behandeling van soa's door de GGD-en onder de Zvw valt. Dit advies wordt in oktober 2025 opgeleverd.

Transformatie zorgpaden soa-zorg

Een andere manier om de aanvullende seksuele gezondheidszorg toekomstbestendig te maken is door te onderzoeken of de zorgpaden bij huisarts en GGD beter kunnen worden ingericht. De GGD-regio's Friesland en Rotterdam doen met ondersteuning van Soa Aids Nederland een beroep op middelen die beschikbaar zijn gesteld vanuit het Integraal Zorgakkoord (IZA) voor het transformeren van de soa-zorg in deze regio's. De transformatie richt zich op het digitaliseren van een deel van de soa-zorg, waarbij het aandeel fysieke zorg wordt gereduceerd, tijdlijnen van diagnostiek worden verkort en er minder administratieve last is voor de zorgverleners. Beperkte capaciteit komt vrij voor mensen die juist meer aandacht nodig hebben. Als de IZA transformatiemiddelen worden toegekend dan worden de leerervaringen in deze twee koploper regio's gebruikt om de transformatie in de soa-zorg ook in andere regio's mogelijk te maken.

Efficiëntie verbeteren op basis van kostprijsonderzoek

Het afgelopen jaar is KPMG in opdracht van het Ministerie van VWS gestart met een kostprijsonderzoek naar de ASG-regeling. Het onderzoek diende te beantwoorden wat een doeltreffend en doelmatig niveau van budget is dat het Ministerie van VWS beschikbaar moet stellen aan GGD'en per hoofdactiviteit (aanvullende soa-zorg, aanvullende seksualiteitshulpverlening en aanvullende PrEP-zorg). Het onderzoek is op 17 december 2024 opgeleverd. Mijn ambtsvoorganger heeft toegezegd het kostprijsonderzoek en de reactie daarop te delen zodra dat mogelijk is.¹⁶ U vindt het kostprijsonderzoek als bijlage 1.

In het kort concludeert KPMG dat het niet mogelijk is om een betrouwbare raming te maken van de omvang van de doelgroep en daarmee de benodigde omvang van het aanbod. Verder blijken er grote regionale verschillen te zijn in de kosten voor de ASG-zorgtaken. Deze verschillen zijn het gevolg van (lokale) keuzes in de uitvoering, personeelsinzet, schaalgrootte en verschillen in doelgroep per regio. Zo is functiedifferentiatie – waarbij lager ingeschaald personeel bepaalde taken kan uitvoeren – minder gemakkelijk in een kleine regio dan in een grote regio, waardoor de zorg in een kleine regio relatief duurder is. Ook kiezen sommige regio's, mede afhankelijk van de doelgroep in de regio, vaker voor het

¹⁵ Mits de zorgverzekeraar de GGD contracteert als zorgverlener, hiertoe zijn zorgverzekeraars niet verplicht.

¹⁶ Tijdens het plenaire debat over de wijziging van de Wet publieke gezondheid op 17 april 2024. Verslag te raadplegen via <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/wetsvoorstellen/detail?cfg=wetsvoorstel details&qry=wetsvoorstel%3A36334>.

verrichten van outreach-activiteiten. Deze activiteiten vergen meer capaciteit dan een soa-spreekuur, maar zijn soms nodig om bepaalde doelgroepen te bereiken. Hierdoor zijn verschillen in kostenniveaus deels verklaarbaar en deels onvermijdelijk.

KPMG doet enkele aanbevelingen. Bijvoorbeeld rond kennisdeling, een passende functiemix en gezamenlijke inkoop van laboratoriumdiensten en materiaal. Ik heb de aanbevelingen besproken met de coördinerende GGD'en en het RIVM. De GGD'en zijn zelf verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering en hebben aangegeven gezamenlijk mogelijkheden tot verdere efficiëntie te verkennen, waarbij ze ook zullen kijken naar de voorbeelden die KPMG noemt. Deze ontwikkeling juich ik toe. Het is namelijk belangrijk dat – naast kwaliteit van zorg en doelbereik – een efficiënte besteding van middelen wordt nagestreefd. Wel benadrukken de GGD'en dat zij door de krapte de afgelopen jaren al verschillende efficiëntieslagen gemaakt hebben, de verwachting is dan ook dat hiermee slechts beperkte winst kan worden behaald.

In lijn met het lopende beleid om de administratieve lasten in de zorg te verlichten, zal ik de verantwoordingslasten verlagen. Zo zal ik het aparte tarief voor start- en vervolgconsulten van PrEP-zorg schrappen, omdat uit het kostprijsonderzoek blijkt dat er legitieme verschillen tussen regio's zijn in de kosten voor zorg. Wat voor de ene regio een reëel tarief voor een startconsult is, is dat niet altijd voor een andere regio. De verantwoording vindt in het nieuwe geval plaats op basis van werkelijk gemaakte kosten met een maximum van het budgetplafond, zoals ook voor andere onderdelen van de ASG-regeling geldt. Dit maakt de verantwoording eenduidiger en makkelijker. Het RIVM bespreekt met de coördinerende GGD'en welke aanpassingen verder kunnen worden gedaan om de lasten bij het aanvraag- en verantwoordingsproces te verminderen.

Verdeelsleutels ASG-regeling herijken

Toekomstbestendige aanvullende seksuele gezondheidszorg vraagt ook om een juiste verdeling van middelen over de regio's. De verdeling van het budget over de coördinerende GGD'en wordt bepaald aan de hand van twee verdeelsleutels: één voor soa-zorg en seksualiteitshulpverlening en één voor PrEP-zorg. Uit de eerder genoemde toekomstverkenning blijkt dat de huidige verdeelsleutels niet optimaal werken. Mijn ambtsvoorganger heeft toegezegd deze te herzien.¹⁷

Het RIVM heeft mij inmiddels geadviseerd over een aangepaste verdeelsleutel voor PrEP-zorg. Deze nieuwe verdeelsleutel is tot stand gekomen in nauwe samenspraak met de acht coördinerende GGD-regio's. Het proces rond het herijken van de verdeelsleutel voor de soa-zorg en seksualiteitshulpverlening is inmiddels gestart. De twee verdeelsleutels worden via GGDGHOR Nederland met de directeuren publieke gezondheid van de GGD'en afgestemd. Ik verwacht dit najaar de nieuwe verdeelsleutels voor PrEP-zorg en soa-zorg en seksualiteitshulpverlening te kunnen vaststellen, indien dit gehaald wordt zullen deze 1 januari 2027 in werking treden.

Gewijzigd beleid PrEP-zorg

Om hiv te voorkomen is en blijft het van belang om alle mensen die baat kunnen hebben bij PrEP te bereiken, te informeren en PrEP-zorg aan te bieden. Daarom wordt sinds 1 augustus 2024 PrEP-zorg structureel door de GGD'en aangeboden. Iedereen met een geïndiceerd verhoogd risico op

¹⁷ Kamerstuk 32 239, nr. 16.

hiv kan gratis PrEP-consulten en bijbehorende diagnostiek bij de GGD krijgen. PrEP-gebruikers moeten de betreffende medicatie sinds 1 augustus 2024 zelf betalen. Dit heeft echter geen gevolgen voor de toegankelijkheid of kwaliteit van de PrEP-zorg die door GGD'en wordt aangeboden. Mede als gevolg daarvan hebben GGD'en ruimte om meer PrEP-gebruikers van PrEP-zorg te voorzien.

Momenteel monitort het RIVM de effecten van het gewijzigde PrEP-beleid. De eerste rapportages van het RIVM laten zien dat GGD'en nu meer mensen helpen: het aantal mensen dat PrEP-zorg krijgt, is toegenomen van 8.500 in juli 2024 naar bijna 11.000 in januari 2025. Dit najaar verwacht ik een volledig overzicht met een cijfermatige onderbouwing van de effecten van deze beleidswijziging. Ik zal uw Kamer hierover eind van dit jaar nader informeren.

PrEP-zorg is één van de maatregelen die bijdraagt aan de ambitie van het demissionaire kabinet om Nederland naar 0 nieuwe hiv-infecties te brengen. Voor een overzicht van alle maatregelen hieromtrent, verwijs ik u naar mijn antwoorden op Kamervragen.¹⁸

2. Seksuele gezondheidsbevordering

Voor het toekomstbestendige stelsel van aanvullende seksuele gezondheidszorg en preventie is inzet op zowel landelijk niveau als lokaal en regionaal niveau vereist. Deze inzet moet goed op elkaar aansluiten, zodat maatregelen op de verschillende niveaus elkaar versterken.

Landelijke inzet van preventie

Condoomgebruik en betrouwbare informatie over anticonceptie stimuleren

De afgelopen jaren zijn er verschuivingen te zien in het condoomgebruik en het anticonceptiegebruik. Zo blijkt uit onderzoek dat het condoomgebruik is gedaald, zowel onder jongeren als volwassenen.^{19, 20} Uit dezelfde onderzoeken blijkt ook dat het gebruik van hormonale anticonceptie over het algemeen afneemt. De anticonceptiepil wordt minder gebruikt en het gebruik van een koper- of hormoonspiraal is licht toegenomen, met name onder vrouwen van 18 tot en met 25 jaar. Ook is er sprake van verspreiding van onjuiste (online) informatie over anticonceptie te zien. Deze ontwikkelingen baren mij zorgen, in het licht van het voorkomen van soa's en onbedoelde zwangerschappen – zoals meermaals aangegeven bij uw Kamer. Het is mijn taak om me in te zetten voor het stimuleren van het condoom- en anticonceptiegebruik, als onderdeel van landelijke bevordering van de seksuele en reproductieve gezondheid.

Sinds mijn aantreden als Staatssecretaris heb ik actie ondernomen op dit gebied. Zo heb ik besloten om niet te bezuinigen op de kennisinstituten Soa Aids Nederland, Rutgers en Fiom – terwijl er sprake was van een forse subsidietaakstelling, volgend uit het hoofdlijnenakkoord. Zij leveren op structurele basis betrouwbare informatie over soa's, condooms, anticonceptie, onbedoelde en ongewenste zwangerschappen. Deze organisaties spelen een cruciale rol in kennis- en expertiseontwikkeling op seksuele en reproductieve gezondheid en zijn daardoor goed op de

¹⁸ Aanhangsel Handelingen II 2024/25, nr. 735

¹⁹ «Seks onder je 25», Rutgers, <https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2024/03/Boek-S25-2023-DEF.pdf> (2024).

²⁰ «Monitor Seksuele Gezondheid 2023», Rutgers, https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2024/09/Rapport_monitor_seksuele_gezondheid_2023.pdf (2024).

hoogte van strategieën en interventies om de seksuele en reproductieve gezondheid van mensen in Nederland te bevorderen. In lijn hiermee ondernemen ze activiteiten om onder verschillende doelgroepen bewustzijn te creëren en vaardigheden te ontwikkelen. Denk aan de ondersteuning aan scholen en GGD'en bij het geven van relationele en seksuele vorming, de online informatievoorzieningen voor jongeren (bijvoorbeeld Sense.info en Seggsy), en het leren om over condoomgebruik te onderhandelen met sekspartners (pilotproject met GGD'en en verpleegkundigen, gericht op jongeren). Daarnaast liep van december 2024 tot en met januari 2025 een sociale media campagne over verschillende anticonceptiemethoden en anticonceptiegebruik. De campagne was gericht op jongeren en had als doel om hen, op basis van betrouwbare informatie, te helpen een anticonceptiemethode te kiezen die bij hen past. De campagne is succesvol geëvalueerd: het leidde tot 141.000 clicks naar Sense.info en er was veel betrokkenheid van de doelgroep op sociale media kanalen. Naast deze (lopende) acties heb ik aanvullende plannen voor de toekomst.

In de voortgangsrapportage over de Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap, die uw Kamer op 14 april 2025 van mij heeft ontvangen, ga ik in op mijn voornemens rondom het stimuleren van anticonceptiegebruik (breder dan alleen condoomgebruik) en betrouwbare informatie daarover.²¹ Ik wil hier nogmaals benadrukken dat ik er met name naar streef dat keuzes over anticonceptie gemaakt kunnen worden op basis van feitelijke en kloppende informatie. De toename van onjuiste informatie over anticonceptie maakt dit moeilijker. In de voortgangsrapportage leest u welke acties ik op dit gebied zal nemen.

Mijn voornemens rondom het stimuleren van het condoomgebruik licht ik hier toe. De focus op het condoomgebruik heeft te maken met mijn ambitie om soa's met ziekte- en/of psychosociale last te bestrijden. De stijging van het aantal gonorroe-diagnoses, die de afgelopen jaren te zien was, is daarbij een concrete aanleiding.²² Op dit moment doen het RIVM en Soa Aids Nederland onderzoek naar effectieve interventies voor het stimuleren van condoomgebruik, zoals eerder gedeeld met uw Kamer.²³ In dit onderzoek wordt, op basis van gedragswetenschappelijk onderzoek naar condoomgebruik, een interventie ontwikkeld en op effectiviteit getest. Uit eerder onderzoek is bekend dat een interventie het meest effectief is als deze niet te generiek is, maar zich op een specifieke doelgroep richt.²⁴ Aangezien de stijging van gonorroe en de daling van het condoomgebruik het meest zichtbaar en zorgelijk is onder jonge, heteroseksuele mannen en vrouwen die aan het begin van een nieuwe (seksuele) relatie staan, zal de interventie zich op deze doelgroep richten. Voor deze groep heb ik dan ook de ambitie om het percentage dat nooit een condoom gebruikte met de laatste sekspartner in ieder geval terug te brengen naar het percentage uit 2012.²⁵ De resultaten en aanbevelingen van het onderzoek verwacht ik dit najaar. Op basis hiervan zal ik gerichte activiteiten voor het stimuleren van condoomgebruik inzetten. Dit zal in gezamenlijkheid gebeuren met de vernieuwde Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap. Ik verwacht uw Kamer eind 2025 te infor-

²¹ Kamerstuk 32 279, nr. 263.

²² «Thermometer seksuele gezondheid. Seksueel overdraagbare aandoeningen in beeld. November 2024.», RIVM, <https://www.rivm.nl/documenten/thermometer-seksuele-gezondheid-seksueel-overdraagbare-aandoeningen-in-beeld-november> (19 november 2024).

²³ Aanhangsel Handelingen II, 2024/25, nr. 292; Kamerstuk 32 239, nr. 18.

²⁴ De Vries, A., Daas, C., Willemstein, I., de Wit, J., & Heijne, J. (2024). Interventions Promoting Condom Use Among Youth: A Systematic Review. *Journal of Adolescent Health*, 74(4), p. 13, <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.11.014>.

²⁵ Gebaseerd op de percentages uit het onderzoek Seks onder je 25° 2012. Voor jongens betekent dit: van 40% naar 25%. Voor meiden betekent dit: van 46% naar 36%.

meren over mijn concrete inzet met betrekking tot het stimuleren van condoomgebruik.

Relationele en seksuele opvoeding ondersteunen

Ouders en verzorgers hebben als primaire opvoeders essentiële sleutels in handen om kinderen en jongeren te ondersteunen bij een gezonde, veilige en gelukkige ontwikkeling. Zo ook op het gebied van relaties en seksualiteit. Om opvoeders hierbij te ondersteunen, werken Rutgers en Soa Aids Nederland van 2023 tot en met 2025 aan het project «Seksuele opvoeding door ouders», dat is gesubsidieerd door de ministeries van VWS en OCW. Naast het creëren van bewustzijn over de cruciale rol als ouder of verzorger, worden met dit project handelingsperspectief, tools en vaardigheden geboden aan ouders en verzorgers. Zo kunnen ouders en verzorgers zelf bepalen welke manier van voorlichting en educatie bij hen past en hierover met hun kind in gesprek gaan. Dit wordt gerealiseerd via verschillende online campagnes, onderzoeken met ouders en verzorgers, en ondersteunende voorlichtingsmaterialen. Het project is tevens onderdeel van het Nationaal Actieprogramma Aanpak Seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel geweld (NAP). Een gezonde, veilige en positieve relationele en seksuele ontwikkeling heeft namelijk ook een positief effect op het voorkomen en bestrijden van seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Recent is vanuit het project «Seksuele opvoeding door ouders» een onderzoek opgeleverd waarin behoeften van ouders en verzorgers zijn opgehaald aangaande relationele en seksuele opvoeding thuis en relationele en seksuele vorming in het onderwijs.²⁶ Het onderzoek bevestigt dat ouders en verzorgers seksuele opvoeding belangrijk vinden, maar niet altijd gemakkelijk. Ouders geven aan behoefte te hebben aan een centrale laagdrempelige plek voor het bespreken van hun vragen en onzekerheden. Ook hebben ze behoefte aan betere communicatie vanuit de school over relationele en seksuele vorming. Rutgers en Soa Aids Nederland hebben de inzichten uit het onderzoek meegenomen in de (door)ontwikkeling van voorlichtingsmaterialen en in de ontwikkeling van de tweede online campagne. Deze campagne is eind maart live gegaan en richt zich op ouders met kinderen van 0 tot 18 jaar. In het laatste jaar richt het project zich op het ontwikkelen van de derde online campagne, het (door)ontwikkelen van informatie, materialen en tools en het borgen daarvan via de website www.seksueleopvoeding.info. Daarmee worden de opbrengsten van dit project ingebed in het reguliere werk van Rutgers en Soa Aids Nederland.

Ik ben blij dat deze betrouwbare informatievoorziening voor ouders en verzorgers er is en doorontwikkeld wordt. Zo kunnen opvoeders na afloop van het project blijven kennismaken van wat werkt bij relationele seksuele opvoeding en dit in praktijk brengen in lijn met de waarden en perspectieven van henzelf en hun kind. Uiteindelijk blijft het namelijk de primaire verantwoordelijkheid van de ouders en verzorgers om bij te dragen aan een gezonde, veilige en gelukkige ontwikkeling van hun kind. Ik moedig hen bij deze nogmaals aan om zich van deze belangrijke rol bewust te zijn en om op zoek te gaan naar een manier van relationele en seksuele opvoeding die bij hen past.

²⁶ «Ze groeien op in een andere wereld», Rutgers en Soa Aids Nederland, <https://rutgers.nl/onderzoeken/ouders-en-relationele-en-seksuele-opvoeding/> (11 maart 2025).

Naast ouders en verzorgers hebben scholen een verantwoordelijkheid ten aanzien van relationele en seksuele vorming. Relationele en seksuele vorming op school draagt eraan bij dat kinderen en jongeren eigen grenzen en wensen kunnen aangeven, die van een ander kunnen respecteren, beter in staat zijn om eigen verantwoorde keuzes te maken en een positiever zelfbeeld hebben.

Kaders voor het onderwijs

De verantwoordelijkheid van scholen op het gebied van relationele en seksuele vorming is geborgd in de landelijke wettelijke kerndoelen. Op dit moment wordt het curriculum voor het po, vo en so aangepast. Zo sluit het onderwijs beter aan op wat kinderen en jongeren in de huidige tijd moeten leren.²⁷ De opgeleverde conceptkerndoelen beschrijven duidelijker en concreter wat van scholen verwacht wordt aangaande relationele en seksuele vorming. De onderwijspraktijk test nu de conceptkerndoelen (fase van beproeven). Hierna worden de kerndoelen verder aangescherpt. De definitieve conceptkerndoelen over relationele en seksuele vorming worden naar verwachting eind 2025 opgeleverd. Dan volgt er nog een overgangperiode van de oude naar de nieuwe kerndoelen waarover het Ministerie van OCW op een later moment communiceert.

Scholen bepalen zelf hoe zij invulling geven aan de kerndoelen bijvoorbeeld wanneer en hoe zij lesgeven en welke lesmaterialen zij gebruiken. Deze vrijheid is verankerd in artikel 23 van de Grondwet. Wel is het van belang dat scholen bij de keuze voor lesmateriaal inzichten uit wetenschap en praktijk betrekken. Het Ministerie van OCW heeft dan ook veel aandacht voor de kwaliteit én het gebruik van leermiddelen.²⁸ Daarnaast is het belangrijk dat relationele en seksuele vorming goed aansluit bij de leeftijd en belevingswereld van kinderen en jongeren, dat volgt ook uit het hoofdlijnenakkoord en het regeerprogramma.²⁹

Het educatieve aanbod relationele en seksuele vorming voor scholen is breed en divers. Zo zijn er lesmethoden met een doorlopende leerlijn, die onderzocht zijn op wetenschappelijke onderbouwing en die betrouwbare en leeftijdsadequate informatie over relaties en seksualiteit geven. Aanvullend hierop zijn er allerlei andere lesmaterialen en -methoden, al dan niet met een doorlopende leerlijn of bijvoorbeeld onderzocht op wetenschappelijke onderbouwing. Het Loket Gezond Leven van het RIVM onderzoekt verschillende lesmaterialen, als zijnde leefstijlinterventie, op onder andere aansluiting bij de leeftijd en de mate van wetenschappelijke onderbouwing.³⁰ Dit overzicht kan scholen en leraren ondersteunen in hun keuze voor lesmateriaal. Daarnaast is het gehele aanbod te vinden via seksuelevorming.nl en in de database van de Gezonde School.^{31, 32}

²⁷ «Actualisatie van de kerndoelen», SLO, <https://www.slo.nl/thema/meer/actualisatie-kerndoelen-examenprogramma/actualisatie-kerndoelen/> (30 januari 2025).

²⁸ Kamerstuk 32 034, nr. 54.

²⁹ Kamerstuk 36 471, nr. 37 & Kamerstuk 36 471, nr. 96

³⁰ «Leefstijlinterventies die werken», Loket Gezond Leven (RIVM), <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies>.

³¹ «Lesaanbod», Rutgers, <https://seksuelevorming.nl/lesaanbod/>.

³² «Gezonde School-activiteiten voor het primair onderwijs», Gezonde School, <https://www.gezondeschool.nl/node/129>.

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat relationele en seksuele vorming op school gebaat is bij de inzet van (thema)brede en onderbouwde lesmethoden, toegeruste leerkrachten, integratie in een veilige en positieve schoolomgeving en met een mogelijkheid voor ondersteuning bij implementatie.³³ Om scholen hierbij te ondersteunen, financiert het Ministerie van VWS daarom kennisinstituten als Rutgers en Soa Aids Nederland. Deze kennisinstituten bieden onder meer betrouwbare informatie aan scholen, leerkrachten, ontwikkelaars van lesmaterialen en GGD'en over wat (wetenschappelijk gezien) werkt bij relationele en seksuele vorming. Voorbeelden hiervan zijn seksuelevorming.nl, netwerkbijeenkomsten en het kennisdossier relationele en seksuele vorming.³⁴

Andere initiatieven van Rutgers en Soa Aids Nederland zijn de Week van de Lentekriebels en de Week van de Liefde, gericht op het po, vo, so en middelbaar beroepsonderwijs (mbo). Met deze themaweken stimuleren zij scholen om structureel met relationele en seksuele vorming aan de slag te gaan, op een manier die past bij de school en de leerlingen. Veel scholen besteden tijdens de themaweken dan ook (extra) aandacht aan relationele en seksuele vorming, met zelfgekozen lesmaterialen. Ook grijpen scholen deze themawerken aan om de kennis van hun leerkrachten bij te spijkeren, hun visie en beleid aan te scherpen en met ouders in gesprek te gaan.

Van 31 maart tot en met 4 april 2025 vond de Week van de Lentekriebels plaats. Ik heb in deze week ook een deelnemende basisschool bezocht. De gesprekken die ik daar had met ouders, leraren en schoolleiding bevestigde voor mij het belang van betrouwbare informatie over relationele en seksuele vorming en van goede communicatie tussen ouders en school. Ook zag ik hoe leerlingen met veel interesse en openheid de les volgden. Ik ben dan ook zeer te spreken over deze initiatieven. Daarom blijf ik – via instellingssubsidie aan Rutgers en Soa Aids Nederland – de organisatie van de Week van de Lentekriebels en de Week van de Liefde de komende jaren mogelijk maken.

Naast de kennisinstituten hebben GGD'en een belangrijke rol in het stimuleren van relationele en seksuele vorming in het onderwijs. GGD'en hebben expertise op het gebied van (seksuele) gezondheidsbevordering en vormen de verbindende schakel voor scholen, ouders en gemeenten. Dit is onder andere zichtbaar in de Gezonde School Aanpak, waar het thema Gezonde Relaties en Seksualiteit onderdeel van uitmaakt. De afgelopen jaren heeft het Ministerie van VWS via het Stimuleringsprogramma Gezonde Relaties en Seksualiteit een impuls gegeven aan dit thema binnen de Gezonde School. Het Stimuleringsprogramma loopt af in 2025 en dit jaar wordt volop ingezet op borging. Om ervoor te zorgen dat scholen ook na afloop van deze regeling ondersteuning krijgen voor het geven van relationele en seksuele vorming, maak ik het thema Relaties en Seksualiteit weer een geïntegreerd onderdeel van de Gezonde School. In de voortgangsrapportage over de Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap, waar ik eerder in deze brief naar verwees, ga ik nader in op mijn besluit hieromtrent.

³³ Zie voor een nadere onderbouwing https://www.loketgezondleven.nl/sites/default/files/2022-03/WatWerkt_Seksuele_gezondheid_onderwijs.pdf

³⁴ «Kennisdossier relationele en seksuele vorming», Rutgers, <https://rutgers.nl/kennisdossier-relationele-en-seksuele-vorming/>.

Met bovengenoemde activiteiten en ontwikkelingen lever ik een bijdrage aan de integrale aanpak voor relationele en seksuele vorming. Als internationale koploper op het gebied van relationele en seksuele vorming ben ik trots op waar we nu staan. De komende jaren blijf ik samen met het Ministerie van OCW, kennisinstituten en GGD'en samenwerken en verkennen hoe we relationele en seksuele vorming nog beter kunnen maken voor kinderen en jongeren.

Lokale en regionale inzet van preventie

Huidige taak gemeenten

Op basis van de Wet publieke gezondheid (Wpg) zijn gemeenten verantwoordelijk voor de inzet van preventieprogramma's, advies, voorlichting en begeleiding aan jeugdigen en ouders op het gebied van seksueel gedrag (waaronder seksueel overdraagbare aandoeningen en anticonceptie). Via het gemeentefonds ontvangen gemeenten middelen voor de uitvoering van deze taken. Hieronder schets ik mijn inzet, waarbij ik tevens invulling geef aan de afspraak in het regeerprogramma om met gemeenten afspraken te maken over bewezen effectieve maatregelen op het gebied van seksuele gezondheidsbevordering. Dit is in lijn met reeds ingezet beleid uit de Beleidsvisie Seksuele gezondheid van 2022, om gemeenten te ondersteunen en te stimuleren om aandacht te besteden aan seksuele gezondheidsbevordering.

Verkenning verduidelijking wettelijke taak gemeenten op gebied van seksuele gezondheidsbevordering

Uit mijn gesprekken met gemeenten blijkt dat er soms onduidelijkheid bestaat over de wettelijke taak die zij hebben rond seksuele gezondheidsbevordering. Gemeenten staan weliswaar dicht bij de inwoners, waardoor zij goed zicht hebben op de problematiek, maar zij geven in diverse gesprekken met mij aan dat zij niet altijd weten wat werkt en hoe zij hun rol op het gebied van seksuele gezondheid kunnen inrichten. Soms wordt ten onrechte gedacht dat daaraan uitvoering wordt gegeven via de uitvoering van de ASG-regeling, maar dit is nadrukkelijk aanvullend op de verantwoordelijkheid van gemeenten op het gebied van seksuele gezondheid. Door deze onduidelijkheid komt het beleid rond seksuele gezondheidsbevordering lokaal wisselend tot stand. Met aandacht voor de autonomie van gemeenten en het verminderen van de administratieve- en controlelasten, verken ik daarom hoe de huidige wettelijke taak van gemeenten op seksuele gezondheidsbevordering nader (wettelijk) geconcretiseerd kan worden in de Wpg. Het gaat hier om een verdere concretisering, niet een uitbreiding of extra taak.

Onderzoeken van een regionale ketenaanpak seksuele gezondheid

In navolging van succesvolle ketenaanpakken met lokale en regionale partners denk ik na over het inrichten van een ketenaanpak voor de bevordering en bescherming van de seksuele gezondheid van inwoners.³⁵ In een ketenaanpak werken professionals vanuit verschillende domeinen samen om mensen in een kwetsbare situatie tijdig te signaleren en hen hulp en ondersteuning te bieden. Voor seksuele gezondheid denk ik aan samenwerking tussen professionals uit de domeinen zorg, publieke gezondheid, welzijn, gemeenten, onderwijs en veiligheid. De GGD kan als regievoerder of coördinator een centrale rol innemen (binnen de regionale preventie-infrastructuur) bij het opstarten, uitvoeren, monitoren en implementeren van de ketenaanpak, inclusief het maken van afspraken

³⁵ Zoals Kansrijke Start en Valpreventie, zie: Kamerstuk 32 793, nr. 824.

tussen de verschillende domeinen, en heeft op onderdelen een rol in de uitvoering. De komende maanden ga ik in gesprek met onder andere kennisinstituten, geïnteresseerde gemeenten en GGD'en over de mogelijkheden om een ketenaanpak seksuele gezondheid te ontwikkelen. Bij positieve uitkomsten zal ik dit in twee of drie regio's uittesten. Daarbij is het uitgangspunt dat zoveel mogelijk wordt aangesloten bij bestaande domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden en dat preventie en zorg aansluiten bij de behoefte van inwoners.

Het tegengaan van seksuele gezondheidsachterstanden

De sectie Applied Social Psychology van Maastricht University heeft het afgelopen jaar in opdracht van het Ministerie van VWS onderzoek gedaan naar de behoeften van en zorg en ondersteuning voor groepen met een risico op een seksuele gezondheidsachterstand. Het rapport «Seksuele gezondheidsverschillen in Nederland verkleinen» is in december 2024 opgeleverd.³⁶

De onderzoekers beschrijven welke groepen risico lopen op een seksuele gezondheidsachterstand en constateren dat veel mensen behoren tot meerdere van deze groepen.³⁷ Dit kan leiden tot extra kwetsbaarheden met betrekking tot seksuele gezondheid. De onderzoekers concluderen dat veel bestaande zorg- en ondersteuningsinitiatieven onvoldoende aansluiten bij de behoeften van deze groepen. De zorg en ondersteuning is onvoldoende toegankelijk en wordt regelmatig als niet passend of negatief ervaren. Er wordt aanbevolen om de zorg en ondersteuning voor specifieke doelgroepen te verbeteren door de (regionale) samenwerking tussen (zorg-) professionals, organisaties en instellingen te versterken. Daarmee kunnen expertise en eventuele middelen gebundeld worden. Verder zien de onderzoekers een sociale kaart als mogelijke oplossing om mensen uit doelgroepen en (zorg)professionals duidelijkheid te geven over het bestaande zorg- en ondersteuningsaanbod op het gebied van seksuele gezondheid. Om specifieke doelgroepen te bereiken die zelf niet snel zorg en ondersteuning zoeken, bevelen de onderzoekers aan om meer outreachend te werken (ook door zorgprofessionals) en meer in te zetten op deskundigheidsbevordering van professionals binnen seksuele gezondheid.³⁸

Deze aanbevelingen onderschrijven grotendeels de lijn die ik al in gang heb gezet om te komen tot een lokale en regionale preventieaanpak op het gebied van seksuele gezondheid. Ook sluiten ze aan bij de herziening van de ASG-regeling, waarmee wordt beoogd dat het soa-zorgaanbod beschikbaar blijft voor personen met een verhoogd risico op soa's en die een drempel ervaren tot de zorg.

Verbinding seksuele gezondheid met de GALA-doelen

In de Voortgangsrapportage Seksuele gezondheid van april 2024 is uitgebreid ingegaan op verbinding van seksuele gezondheid met de GALA-doelen. Zoals ik eerder heb aangegeven, ben ik mede naar aanleiding van de motie Tielen in gesprek gegaan met kennisinstituten, de

³⁶ Te raadplegen via: <https://doi.org/10.26481/mup.rep.aps.2501>

³⁷ Groepen met risico op seksuele gezondheidsachterstand: mensen met een migratieachtergrond, mensen met een praktisch opleidingsniveau, mensen die moeite hebben met lezen en schrijven, mensen met een (licht) verstandelijke beperking, mensen met een lichamelijke beperking of een chronische aandoening of ziekte, LHBTQI+ mensen, mensen die van weinig geld moeten rondkomen, jongeren in jeugdzorg, en mensen die sekswerk doen.

³⁸ Voorbeelden van outreachend werken zijn voorlichtingen geven of soa-testen aanbieden op locaties waar mensen uit de doelgroep komen, zoals op scholen, asielzoekerscentra of evenementen.

VNG, enkele gemeenten en GGD'en om te horen wat er nodig is om seksuele gezondheidsbevordering op lokaal niveau te versterken en te koppelen aan de doelen en onderdelen uit het Gezond en Actief Leven Akkoord.³⁹ Ik sprak toen de verwachting uit dat ik gemeenten begin 2025 van informatie zou voorzien over het belang van seksuele gezondheidsbevordering en hen zou inspireren met goede voorbeelden. Inmiddels kan ik u melden dat de eerste inspirerende voorbeelden rond de zomer op de website van Loket Gezond Leven van het RIVM worden opgenomen.⁴⁰ Op Loket Gezond Leven kunnen professionals informatie en interventies vinden voor gezondheidsbevordering en preventie in hun (lokale) praktijk. Professionals vinden daar ook een themadossier Seksuele gezondheid, dat de komende tijd dus wordt aangevuld. Dit breng ik bij gemeenten onder de aandacht via de communicatiekanalen van Loket Gezond Leven, VNG en de kennisinstituten. Ik beschouw de motie Tielen hiermee als afgedaan.

3. Monitoring seksuele gezondheid

Inzicht in zowel de stand van de seksuele gezondheid in Nederland als in trends en ontwikkelingen op dit gebied is cruciaal voor het bepalen van beleidsinzet. Momenteel dragen verschillende periodieke monitoringsonderzoeken bij aan het vergaren van dit inzicht. Denk bijvoorbeeld aan Seks onder je 25^e, de Monitor Seksuele Gezondheid (volwassenen), de surveys naar seksuele gezondheid van mannen die seks hebben met mannen en van sekswerkers, het soa-jaarrapport en de jaarlijkse hiv-monitor. Het bestaan van brede monitoring op specifieke thema's van seksuele gezondheid is bovendien essentieel voor ontwikkeling en evaluatie van effectieve interventies.

Een van de speerpunten uit de beleidsvisie seksuele gezondheid van 2022 was om de seksuele gezondheid vollediger en structureler in beeld te brengen. Daarom heeft mijn ambtsvoorganger in 2023 het RIVM de opdracht gegeven om inzichtelijk te maken in hoeverre seksuele gezondheid in brede en positieve zin in Nederland gemonitord wordt en wat witte vlekken zijn. Het onderzoek van het RIVM is inmiddels opgeleverd in twee delen.^{41, 42} Uit het onderzoek blijkt dat de representatieve en structurele databronnen in Nederland veel indicatoren bevatten voor seksuele gezondheid in brede zin. De algehele seksuele gezondheid wordt daarmee redelijk in kaart gebracht. Voor sommige onderwerpen van seksuele gezondheid zijn echter geen of een beperkt aantal indicatoren beschikbaar. Omdat informatie over seksuele gezondheid versnipperd beschikbaar is, adviseert het RIVM data over seksuele gezondheid op hoofdpunten te bundelen op één centrale plek.

Ik ben verheugd om bevestigd te zien dat de seksuele gezondheid in Nederland op veel punten gemonitord wordt via de bestaande monitors. De aanbeveling van het RIVM om informatie uit bestaande monitors te bundelen op één plek, neem ik ter harte. Concreet zal ik verkennen of de al bestaande centrale plekken, te weten VZinfo en de Staat van Volksgezondheid en Zorg, geschikt en haalbaar zijn voor het verder integreren van informatie over seksuele gezondheid uit bestaande monitors.^{43, 44} Parallel hieraan ga ik, samen met het RIVM, in gesprek met beheerders van

³⁹ Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 189.

⁴⁰ <https://www.loketgezondleven.nl/>.

⁴¹ Te raadplegen via <https://www.rivm.nl/publicaties/seksuele-gezondheid-in-nederland-monitoren-verkenning-van-relevante-onderwerpen-en> (24 juni 2024).

⁴² Te raadplegen via <https://www.rivm.nl/publicaties/selectie-van-onderwerpen-en-indicatoren-voor-dashboard-seksuele-gezondheid> (14 februari 2025).

⁴³ <https://www.vzinfo.nl/>.

⁴⁴ <https://www.staatvenz.nl/>.

bestaande monitors om de resultaten van dit onderzoek te bespreken. Daarbij zal verkend worden of en hoe de bestaande vragenlijsten en registraties aangepast of aangevuld kunnen worden, bijvoorbeeld met indicatoren voor de onderwerpen en doelgroepen die mogelijk nog onvolledig in kaart worden gebracht.

Op de lange termijn werk ik aan een duurzame monitor Publieke Gezondheid, zoals eerder aangegeven in de beantwoording van vragen tijdens de begrotingsbehandeling van VWS.⁴⁵ In dit kader zal ik samen met het RIVM bezien of en op welke manier seksuele gezondheid hierin een plek krijgt. Uiteraard houd ik uw Kamer hiervan op de hoogte.

Tot slot

Tot slot verwijs ik naar de motie die door Kamerlid Dobbe van de SP is ingediend op 11 juni 2025, waarin de regering wordt verzocht om te voorkomen dat er wordt bezuinigd op seksuele gezondheid en samen met gemeenten en de GGD'en in kaart te brengen wat hiervoor nodig is.⁴⁶ Gemeenten zijn zelf verantwoordelijk voor de budgettaire keuzes die zij maken op het gebied van seksuele gezondheid. Wel benadruk ik richting gemeenten het belang van inzet op collectieve preventie en infectieziektebestrijding, waarin zij een verantwoordelijkheid hebben op grond van de Wpg. In deze brief heb ik mijn acties omschreven om gemeenten hierin te ondersteunen en te stimuleren. Ten aanzien van de ASG-regeling is er nu geen dekking om de reeds ingeboekte bezuiniging van 10% op te heffen. Hiermee acht ik de motie afgedaan.

Met de voortgang van het beleid op seksuele gezondheid zoals in deze brief omschreven, in samenhang met de overige overheidsinzet waar ik aan het begin van deze brief aan refereerde, vertrouw ik erop dat de seksuele en reproductieve gezondheid van alle inwoners in Nederland optimaal ondersteund wordt. Ik spreek graag mijn grote waardering uit voor de zeer bevlogen en kundige partijen en mensen in dit veld, waaronder de kennisinstituten, GGD'en, het RIVM en zorg- en onderwijs-professionals. Deze partijen en mensen zijn stuk voor stuk nodig om in gezamenlijkheid zorg te dragen voor de seksuele en reproductieve gezondheid van alle inwoners in Nederland.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
V.P.G. Karremans

⁴⁵ Handelingen II, 2024/25, nr. 22, item 36.

⁴⁶ Kamerstuk 32 793, nr. 838.