



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Nationaal Actieplan *soa, hiv en seksuele gezondheid*

2017-2022



Nationaal Actieplan soa, hiv en seksuele gezondheid

2017-2022

Colofon

© RIVM 2018

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding:
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2018-0034

Auteurs

S. David (auteur, eindredacteur), RIVM

B. van Benthem (auteur, redacteur), RIVM

F. Deug (auteur, redacteur), Soa Aids Nederland

P. van Haastrecht (auteur, redacteur), Rutgers

Contact

S. David

silke.david@rivm.nl

Dit Actieplan is in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport opgesteld door het RIVM-Centrum Infectieziektebestrijding, onder medewerking van Soa Aids Nederland, Rutgers, HIV Vereniging, Stichting Hiv Monitoring, Centra Seksuele Gezondheid van de GGD'en en betrokken beroepsorganisaties: NHG-SeksHAG, NVHB, NVVS, V&VN.

Inhoud

Publiekssamenvatting	7
Synopsys	9
Voorwoord	11
1 Karakter en afbakening plan	13
2 Visie en strategische doelen	15
3 Preventie en zorg	17
3.1 Hoe is het in Nederland geregeld?	17
3.2 Uitdagingen en aanpak	18
4 Surveillance soa en hiv en monitoring seksuele gezondheid	21
4.1 Belang van surveillance en monitoring	21
4.2 Hoe is het in Nederland geregeld?	21
4.3 Uitdagingen en aanpak	22
5 De Basis: Seksuele vorming en ontwikkeling	25
5.1 Seksuele gezondheid van de jeugd	25
5.2 Hoe is het in Nederland geregeld?	26
5.3 Uitdagingen en aanpak	26
6 Preventie, opsporing en behandeling van soa	31
6.1 Bestrijding soa	31
6.2 Hoe is het in Nederland geregeld?	31
6.3 Uitdagingen en aanpak	32
7 Preventie, opsporing en behandeling van hiv	35
7.1 Mensen met hiv in zorg	35
7.2 Uitdagingen en aanpak	36
8 Preventie van ongewenste zwangerschap	41
8.1 Stand van zaken anticonceptie en abortus	41
8.2 Hoe is het in Nederland geregeld?	41
8.3 Uitdagingen en aanpak	42
9 Preventie seksuele grensoverschrijding en seksueel geweld	45
9.1 Belang	45
9.2 Hoe is het in Nederland geregeld?	45
9.3 Uitdaging en aanpak	46
10 Het proces tot 2022	49
11 Overzicht doelstellingen actieplan voor 2022	51
Bijlage 1 Overzicht monitoringsinstrumenten	53
Lijst met afkortingen	54

Publiekssamenvatting

Het Nationale Actieplan soa, hiv en seksuele gezondheid presenteert voor de komende vijf jaar een integrale aanpak waarin een positieve benadering van seksualiteit centraal staat. Uitgangspunt van seksuele gezondheid is dat inwoners van Nederland goed geïnformeerd zijn om hierover verstandige keuzes te maken. Behalve goede preventieve maatregelen moeten zij bij problemen toegang hebben tot laagdrempelige en betaalbare zorg.

Het actieplan bestaat uit zes pijlers. Twee daarvan zijn overkoepelende onderwerpen: seksuele vorming en surveillance & monitoring. Seksuele vorming is de basis voor een gezonde seksuele ontwikkeling en is belangrijk om soa, hiv, ongewenste zwangerschap en seksueel geweld te voorkomen. Surveillance betekent bijhouden bij hoeveel mensen er problemen optreden. Deze gegevens zijn nodig om effectieve maatregelen, behandeling en beleid, op te kunnen zetten. Vervolgens wordt het effect daarvan in kaart gebracht (monitoring).

De andere vier pijlers benoemen specifieke doelen voor soa, hiv, ongewenste zwangerschap en seksueel geweld, vooral onder kwetsbare groepen. Een van de doelen is het verminderen van klachten door de geslachtsziekte chlamydia. Een andere ambitie: jaarlijks de helft minder mensen die syfilis, gonorrhoe en hiv oplopen. De volgende hiv-doelstellingen zijn in het actieplan opgenomen: 95 procent van de mensen met hiv in 2022 weet dat ze de ziekte heeft, 95 procent van hen is onder behandeling en bij 95 procent is het hiv-virus niet meer aantoonbaar.

Een ander streven is dat in Nederland geen mensen meer overlijden aan aids. Om ongewenste zwangerschappen te voorkomen is het belangrijk dat alle mensen in Nederland laagdrempelige toegang hebben tot anticonceptiemiddelen en goede informatie. Belangrijk is het tegengaan van seksueel geweld en zorg voor de slachtoffers. Op scholen is daarom structurele aandacht nodig voor grensoverschrijdend gedrag. Hiervoor staat (bij)scholing van professionals in zorg en onderwijs centraal.

Het Nationaal Actieplan soa, hiv en seksuele gezondheid 2017-2022 is onder de regie van het RIVM tot stand gekomen in samenwerking met de voornaamste veldpartijen die werken op het gebied van seksuele gezondheid.

Kernwoorden: Nationaal Actieplan, soa-bestrijding, hiv-bestrijding, seksuele gezondheid, seksuele vorming, ongewenste zwangerschap, seksueel geweld

Synopsys

National Action Plan on STIs, HIV and Sexual Health

2017-2022

The National Action Plan on STIs, HIV and Sexual Health presents an integral approach for the coming five years that is centred around a positive approach to sexuality. A principle of sexual health is that the inhabitants of the Netherlands should be properly informed and able to make sensible choices in the matter. As well as good preventive measures, they must have easily accessible and affordable care in the event of problems.

The action plan has six cornerstones. Two of them are overarching topics: sexuality education, and surveillance and monitoring. Sexuality education is the basis for healthy sexual development and is important for preventing STIs, HIV, unwanted pregnancies and sexual violence. Surveillance means keeping track of how many people experience problems. This data is needed if effective measures, treatment and policy are to be set up. The effect is then recorded (monitoring).

The other four cornerstones state specific objectives for STIs, HIV, unwanted pregnancies and sexual violence, particularly among vulnerable groups. One of those objectives is to reduce long term complications resulting from the sexually transmitted disease chlamydia. Another target is to halve the number of new cases annually of syphilis, gonorrhoea and HIV.

The following objectives for HIV have been included in the action plan: 95 per cent of people with HIV will by 2022 be aware that they have the virus, 95 per cent of them will be treated for it, and in 95 percent of these patients the HIV virus will no longer be detectable. Another target is that nobody will be dying of AIDS any more in the Netherlands. To prevent unwanted pregnancies, it is important that everyone in the Netherlands has easy access to contraception and proper information. Combating sexual violence is important, as is care for the victims. That is why schools will pay attention structurally to behaviour that crosses the line. Training and refresher courses for professionals in the healthcare and education sectors are central to this.

The National Action Plan on STIs, HIV and Sexual Health for 2017-2022 has been produced under the auspices of the RIVM (National Institute for Public Health) in cooperation with the key parties working in the field that are involved with sexual health.

Keywords: National Action Plan, combating STIs, combating HIV, sexual health, sexuality education, unwanted pregnancy, sexual violence

Voorwoord

Dit Nationale Actieplan is tot stand gekomen in samenwerking met de belangrijkste stakeholders op het gebied van soa, hiv en seksuele gezondheid. Hiervoor hebben in 2016 en 2017 consultatierondes plaatsgevonden met deze veldpartijen. Gezamenlijk is beoogd de uitdagingen in kaart te brengen, mogelijkheden voor verbetering te benoemen en aan te geven hoe en door wie deze verbeteringen kunnen worden gerealiseerd. VWS heeft het RIVM opdracht gegeven voor het Nationale Actieplan.

Het doel van dit Nationale Actieplan is bevordering van een gezond seksueel leven voor iedereen die in Nederland leeft. Uitgangspunt daarbij is een positieve benadering van seksualiteit en brede seksuele vorming als fundament. Dit plan is opgesteld vanuit het perspectief van de publieke gezondheid. Er is aandacht voor preventie van en keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap, preventie van seksuele grensoverschrijding/seksueel geweld en het verder terugdringen van soa en hiv door bestrijding te optimaliseren. Hiervoor zijn 6 pijlers geformuleerd.

De belangrijkste landelijke samenwerkingsorganisaties van het RIVM-CIb en stakeholders op het gebied van soa en seksuele gezondheid hebben zich aan dit plan gecommitteerd¹. Het beschrijft concrete acties en verantwoordelijken voor specifieke doelstellingen voor de jaren 2017-2022. De realisatie en financiering van de doelen vraagt in veel gevallen om verbintenissen met nieuwe opdrachtgevers.

¹ Soa Aids Nederland, Rutgers, HIV Vereniging, Stichting Hiv Monitoring, Centra Seksuele Gezondheid van de GGD'en en betrokken beroepsorganisaties: NHG-SeksHAG, NVHB, NVVS.

1

Karakter en afbakening plan

Achtergrond

Nederland kent een open en positieve benadering bij het bevorderen van seksuele gezondheid: de aanpak is gericht op het bevorderen van prettige, vrijwillige en veilige seks en niet uitsluitend op het voorkómen van problemen. Seks is over het algemeen goed bespreekbaar, problemen worden los van morele oordelen aangepakt en er wordt gefocust op wat werkt. Internationaal staat de Nederlandse integrale aanpak ten aanzien van seksuele rechten, seksuele vrijheid en voorzieningen in hoog aanzien, waarbij Nederland wordt gezien als gidsland.

Hoewel de seksuele gezondheid in Nederland bovengemiddeld goed is, is deze aanpak niet bij iedere inwoner van Nederland even succesvol. Soa, hiv, ongewenste zwangerschap en seksueel geweld veroorzaken nog steeds veel problemen en ziektebelasting. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben vaak een lage sociaaleconomische status, een lagere opleiding of een niet-westerse achtergrond. In deze groepen is vaak ook sprake van problematiek op het gebied van seksualiteit, en van soa en hiv. In het licht van het voorkómen en terugdringen van problemen in seksuele gezondheid wordt vaak voorbijgegaan aan een positieve benadering van seksualiteit. Ook hiervoor vragen we aandacht.

Waarom nú een plan?

Om in Nederland seksuele gezondheid op een hoog plan te behouden, is blijvend aandacht nodig. Uitgangspunt is een integrale aanpak, waarin zowel preventie van soa en hiv als het terugdringen van seksueel geweld en ongewenste zwangerschap centraal staat. Dit plan brengt de gezamenlijke ambities op dit gebied bijeen. Bovendien is de termijn van het Nationaal Plan soa/hiv 'bestendigen en versterken' in 2016 verstreken. Bestaande beleidsstukken rond seksuele gezondheid zijn uit 2009, met een update in 2011², en zijn daarmee aan vernieuwing toe.

² <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018743/2017-01-01>
<https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente>
<https://www.loketgezondleven.nl/preventie-het-zorgstelsel/alles-over-preventie-het-zorgstelsel>
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2009/11/27/seksuele-gezondheid>
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/12/04/kamerbrief-over-landelijke-nota-gezondheidsbeleid-2016-2019>

Internationaal heeft de WHO ambitieuze doelen gesteld, voor zowel seksuele gezondheid en rechten als voor soa en hiv³. Daarnaast heeft Nederland zich gecommitteerd aan de Sustainable Development Goals (SDG's: 17 doelstellingen voor duurzame ontwikkeling)⁴. Wij willen voor Nederland deze doelen voor de komende jaren scherpstellen op de onderwerpen uit dit actieplan alsmede bijbehorende acties formuleren.

Focus en pijlers

De focus in het voorliggende plan ligt op zes pijlers:

- monitoring en surveillance;
- bevordering van een gezond seksueel leven (gefaciliteerd door seksuele vorming);
- preventie en bestrijding van soa;
- preventie en bestrijding van hiv;
- preventie van ongewenste zwangerschap;
- preventie van seksuele grensoverschrijding/ seksueel geweld.

Het plan biedt een samenhangende aanpak vanuit het perspectief van publieke gezondheid. Educatie en voorlichting zijn bij al deze pijlers randvoorwaarden voor het individu om regie te kunnen voeren over de eigen seksuele gezondheid.

In dit plan krijgen vier onderwerpen prioriteit vanuit het perspectief van publieke gezondheid: soa, hiv, ongewenste zwangerschap en seksueel geweld.

De doelstellingen in dit plan zijn samen met de betrokken veldpartijen geformuleerd. Deze partijen hebben zich gecommitteerd aan de uitvoering ervan.

Seksuele gezondheid omvat meer onderwerpen dan de in dit actieplan geprioriteerde en uitgewerkte pijlers. Realisatie van de doelstellingen binnen de pijlers vraagt

bovendien om inzet van andere betrokken partijen; bijvoorbeeld van GGD'en, huisartsen en lokale overheden, het ministerie van OCW voor de realisatie van kerndoelen seksualiteitsonderwijs, van het ministerie van JenV voor verbetering van de positie van sekswerkers en mensen in detentie of van het ministerie van SZW voor een gerichte aanpak van inburgering en integratie van nieuwkomers rondom seksuele gezondheid. Deze partijen zullen, waar relevant, concreet worden benoemd en er zal worden gezocht naar samenwerking en financiering van activiteiten (zie verderop).

Financieel kader

Het RIVM-CIb (Centrum Infectieziektebestrijding) faciliteert in opdracht van VWS directie Publieke Gezondheid de totstandkoming van dit actieplan. De breedte van de onderwerpen raakt aan de grenzen van het mandaat van het RIVM-CIb en aan die van VWS-PG. Bij de bewaking van de uitvoering (en het verkrijgen van bijbehorende financiering) van de activiteiten dient er verbinding te worden gezocht met flankerend beleid van andere departementen. Bij de uitvoering ligt een grote verantwoordelijkheid bij de huisartsen, die een belangrijke rol spelen in alle pijlers van dit plan. Daarnaast ligt er voor een groot deel ook een verantwoordelijkheid bij de thema-instituten zelf, met name Rutgers. Dit betreft grote delen van de uitvoering van hoofdstukken 8 en 9: preventie van ongewenste zwangerschap en preventie van seksueel geweld.

Het plan richt zich op het optimaal benutten van de bestaande middelen van de overheid en van andere bronnen voor bestrijding van soa en hiv en bevordering van seksuele gezondheid. De uitvoering van de noodzakelijke acties zal soms ook buiten VWS liggen, bijvoorbeeld bij het ministerie van OCW of JenV.

De belangrijkste financieringsbronnen van huidige activiteiten op het gebied van seksuele gezondheid zijn, naast de reguliere gezondheidszorg vanuit de Zorgverzekeringswet en financiering vanuit gemeenten:

- De subsidies van VWS directie PG voor de thema-instituten Soa Aids Nederland en Rutgers, Stichting Hiv Monitoring en Hiv Vereniging.
- De opdrachtverstrekking van VWS aan het RIVM voor surveillance en bestrijding, regie/coördinatie.
- De Aanvullende regeling Seksuele Gezondheid (ASG) vanuit VWS, directie PG.
- Andere ministeries, zoals OCW en JenV, zijn op dit moment – vaak op projectbasis of via allianties – financiers van programma's of interventies, respectievelijk op het gebied van emancipatie, onderwijsprogramma's en in relatie tot geweld.
- De bijdragen van de gemeenten op grond van WPG voor eigen beleid en dat van de GGD'en.

³ Commission Staff Working Document, Action Plan on HIV/AIDS in the EU and neighbouring countries: 2014-2016, SWD(2014). Communication from the Commission to the Council and the European Parliament on combating HIV/AIDS within the European Union and in the neighbouring countries, 2006-2009, COM(2005). Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on Combating HIV/AIDS in the European Union and neighbouring countries, 2009-2013, COM(2009). Declaration of States and Governments from Europe and Central Asia under the aegis of WHO, Dublin 23/24 februari 2004. <https://www.huiselijkgeweld.nl/beleid/landelijk/verdrag-van-de-raad-van-europa-inzake-het-voorkomen-en-bestrijden-van-geweld-tegen-vrouwen-en-huiselijk-geweld>

⁴ <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/> of <http://www.sdgnerland.nl/>

2

Visie en strategische doelen

Visie

In Nederland wordt een positieve benadering van seksualiteit en een brede seksuele vorming gezien als het fundament voor een gezond seksueel leven. Er is aandacht voor bevordering van gezonde seksuele keuzes en gezonde seksuele relaties, maar ook voor de preventie en het terugdringen van problemen op het gebied van seksuele gezondheid. De negatieve gezondheids- en welzijnseffecten van de transmissie van soa en hiv, van seksueel geweld en van ongewenste zwangerschap worden zo veel mogelijk beperkt.

De waarden voor seksuele gezondheid – persoonlijke autonomie, weerbaarheid, respect en besef van wederkerigheid – en seksuele vorming staan centraal, en goede integrale hulpverlening rondom seksuele gezondheid wordt geborgd.

Strategische doelen

Strategisch doel 1

Inwoners van Nederland zijn goed geïnformeerd en in staat om keuzes te maken over hun seksuele gezondheid, met als doel prettige, vrijwillige en veilige seks, beschermd tegen soa en hiv, seksueel geweld en ongewenste zwangerschap.

Strategisch doel 2

Inwoners van Nederland hebben toegang tot passende, betaalbare gezondheidsvoorzieningen, zorg, advies, ondersteuning en bescherming bij hulpvragen en problemen rond hun seksuele gezondheid, inclusief soa en hiv.

3

Preventie en zorg

3.1 Hoe is het in Nederland geregeld?

Publieke én reguliere zorg

Preventie wordt zowel door de burger zelf, de publieke gezondheidszorg en de curatieve zorg (eerstelijns-, tweedelijnszorg) uitgevoerd. Voor de preventie en het terugdringen van seksuele grensoverschrijding, seksueel geweld, ongewenste zwangerschappen, soa en hiv is een taak weggelegd voor:

- de publieke gezondheidszorg;
- de reguliere gezondheidszorg.

Voor een optimale seksuele gezondheid in Nederland is het belangrijk dat de publieke sector en de reguliere sector goed op elkaar inspelen en waar nodig nauw samenwerken.

Publieke gezondheidszorg

Zorg voor de publieke gezondheid is vastgelegd in de Wet Publieke Gezondheid (Wpg). Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering hiervan. Publieke gezondheidszorg heeft tot doel de gezondheid van (nog) gezonde burgers te bevorderen en beschermen. Daarbij gaat het voor gemeenten vooral om:

- collectieve preventie, die is gericht op de gehele bevolking (universele preventie);
- preventie die is gericht op specifieke (risico)groepen (selectieve preventie).

Ter ondersteuning van en in samenwerking met regionale en lokale uitvoering van voorlichting en preventie worden landelijk:

- informatiekkanalen voor voorlichting aan algemeen publiek en risicogroepen onderhouden;
- preventieve interventies ontwikkeld en getest, en wordt brede implementatie gestimuleerd.

Reguliere gezondheidszorg

Bij de zorg voor soa, hiv en seksuele gezondheid zijn in Nederland veel zorgverleners betrokken, zoals huisartsen, sociaal-verpleegkundigen, soa-artsen, internist-infectiologen, (arts-)seksuologen, dermatologen, medisch microbiologen, verloskundigen en gynaecologen. Huisartsen spelen een belangrijke rol als poortwachter: zij nemen naar schatting 60 procent van alle soa-consulten en 80 procent van alle soa-diagnoses voor hun rekening⁵; daarnaast gaat 85 procent van de vrouwen naar de huisarts voor anticonceptie. Huisartsen hebben een belangrijke signaalfunctie bij seksueel geweld. Ook bij vermoeden van (ongewenste) zwangerschap, nazorg bij een miskraam of abortus speelt de huisarts een grote rol. Doorverwijzing naar en samenwerking tussen zorgverleners uit de eerste en tweede lijn en de publieke gezondheidszorg moeten goed zijn geborgd.

⁵ RIVM jaarrapport 2017; https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2017/Juni/Sexually_transmitted_infections_including_HIV_in_the_Netherlands_in_2016

Preventie binnen de reguliere zorg is onder meer vastgelegd in de Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg. Deze reguliere preventie is gericht op het individu en bestaat uit:

- Maatregelen om ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen, gericht op mensen met beginnende gezondheidsklachten of complexe leefomstandigheden.
- Maatregelen om verergering of complicaties van een ziekte te voorkomen, of om de zelfredzaamheid te ondersteunen (zorggerelateerde preventie).

Voor een optimale seksuele gezondheid is het belangrijk dat de publieke sector en de curatieve sector goed op elkaar inspelen en waar nodig nauw samenwerken.

Aanvullende seksuele gezondheidszorg

De regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG) is onderdeel van de subsidieregeling publieke gezondheid. Hierdoor maakt VWS het mogelijk om buiten de ziektekostenverzekeraars om laagdrempelig en gesubsidieerd (dus zonder kosten voor de cliënt) hoogrisicogroepen op soa en hiv te testen en te behandelen, en jongeren seksualiteitshulpverlening te verstrekken bij de Centra Seksuele Gezondheid (CSG's) van de GGD'en. In 2012 is de ASG-regeling geëvalueerd en is vastgesteld dat deze goed en doelmatig was belegd bij de GGD'en en niet concurrentievervalsend werkte richting huisartsen. Per 2015 is een financieel maximum geïntroduceerd, om de doelmatigheid te vergroten. In 2017 is de huidige regeling geëvalueerd en zal het juridisch-financiële stelsel geanalyseerd worden. VWS/ RIVM-CIb en de veldpartijen zetten zich ervoor in dat landelijke uniforme aanvullende hulpverlening op gebied van soa, hiv en seksuele gezondheid blijft geborgd, met toegang tot laagdrempelige zorg voor hoogrisicogroepen.

Kwetsbare groepen

In het plan wordt vaak de term kwetsbare groepen en risicogroepen gebruikt. Of mensen tot een risicogroep worden gerekend hangt af van individuele factoren als leeftijd, sociaaleconomische status, geletterdheid, opleiding of culturele/migratie achtergrond en seksueel risicogedrag. Risico wordt ook ingeschat op basis van gezondheidsvaardigheden, gender en seksuele geaardheid. Kwetsbaarheid wordt bovendien veroorzaakt door omgevingsfactoren, zoals de verhoogde aanwezigheid van infecties, sociale normen over seksuele grensoverschrijding en de afwezigheid van voorzieningen in de directe leefomgeving.

Doelstelling voor 2022

Kwalitatief goede, passende, betaalbare en laagdrempelige voorzieningen voor zorg, advies, ondersteuning en bescherming bij hulpvragen en problemen rond seksuele gezondheid, inclusief soa en hiv, zijn beschikbaar voor iedereen in Nederland.

3.2 Uitdagingen en aanpak

Belangrijkste knelpunten in het huidige stelsel zijn:

- vergoeding van het testen op soa in de reguliere zorg;
- kwaliteit van de zorg / Implementatie en verbetering van bestaande interventies en richtlijnen;
- laagdrempeligheid, breder bereik en kosteneffectiviteit;
- doorverwijzing en ketenzorg;
- verbinding van preventie en curatie.

Vergoeding soa-tests in de reguliere zorg

Vergoeding van de reguliere zorg is geregeld via de Zorgverzekeringswet. Kosten voor testen op en behandeling van soa worden door de verzekeraar vergoed, maar komen vanwege het eigen risico vaak voor rekening van de patiënt (kosten huisartsenconsult vallen wel binnen de basis verzekerde zorg).

Aanpak

Ontwikkelen van creatieve oplossingen door lokale/regionale partijen, zoals gemeenten, GGD'en en zorgverzekeraars, om dekking van kosten die een barrière vormen voor laagdrempelige toegang tot testen op soa te bewerkstelligen.

Betrokken partijen:

Landelijke overheid: VNG; Landelijke partijen: GGD-GHOR Nederland, GGD; Zorgverzekeraars, Zorgverleners.

Kwaliteit van zorg / Implementatie en verbetering van bestaande interventies en richtlijnen

Om zorgprofessionals in staat te stellen hun werk goed te kunnen doen, is blijvend aandacht noodzakelijk voor deskundigheidsbevordering in de vorm van bij- en nascholing. Momenteel worden tools ontwikkeld zodat onder meer huisartsen adequaat kunnen reageren op voor hen relatief zeldzame problematiek. Dit geldt

bijvoorbeeld voor seksuele problemen, seksueel geweld of online partnerwaarschuwing bij soa. Hiervoor bestaan toenemend alerts in de huisartsen informatiesystemen. Laagdrempelige bij- en nascholing op het gebied van seksuele gezondheid aan eerstelijnszorgverleners (onder anderen huisartsen en doktersassistenten) vindt met succes plaats, onder meer via de digitale leerweken van Soa Aids Nederland.

Aanpak

- Versterken van aandacht voor de kwaliteit van zorg (conform richtlijnen) bij onder meer huisartsen; bijvoorbeeld via gerichte nascholingen of regelmatige casuïstiekbeschrijvingen in bijvoorbeeld Huisarts & Wetenschap, NTvG.
- Up to date houden van (behandel)richtlijnen en draaiboeken.

Betrokken partijen:

Landelijke overheid: RIVM-CIb; Onderwijspartijen: NSPOH; Wetenschappelijke verenigingen en Beroepsverenigingen: NHG (SeksHAG), V&VN, NVDV en NVMM (multidisciplinaire werkgroep tweedelijnsrichtlijnen), NVVS (borging kwaliteit van trainingen), NVIB (WASS).

Laagdrempeligheid, bereik en kosteneffectiviteit

Toegankelijkheid van zorg

Gezondheidsvaardigheden van mensen kunnen door een aantal factoren negatief worden beïnvloed, waardoor wij hen kunnen beschouwen als kwetsbare groepen (zie hierboven). Hierdoor zijn deze mensen vaak niet in staat de juiste hulp te vinden in het huidige stelsel. Vaak horen deze mensen ook tot de risicogroepen voor ongewenste zwangerschap, seksueel geweld en het oplopen van soa en hiv. Zij kunnen bij de aanvullende hulpverlening van de CSG's terecht, maar ook hier is extra aandacht voor deze groepen nodig om toegankelijkheid van zorg te vergroten en rekening te houden met hun specifieke wensen.

Er zijn verschillende evidence based richtlijnen en interventies ontwikkeld om preventie, tests en behandeling te optimaliseren. Maar toch bestaan er barrières om deze voldoende te implementeren.

E-health

In de reguliere en aanvullende seksuele gezondheidszorg wordt steeds meer gekeken naar de kosteneffectiviteit van vormen van hulpverlening, met als uitgangspunt burgers te ondersteunen in hun zelfredzaamheid.

Technische mogelijkheden bieden kansen om mensen via e-health tijdig en op maat te bereiken met soa-informatie, in een uitbreiding van de zogenaamde *stepped care*-benadering. Binnen de soa-bestrijding wordt het (online dan wel face to face) aanbod afgestemd op de complexiteit van de hulpvraag en wordt gebruikgemaakt van online tools (e-health) voor informatievoorziening. Ook binnen het e-health traject Sense worden verschillende interventies ontwikkeld en zodanig aan elkaar gekoppeld dat jongeren worden geholpen passend bij hun informatie- of hulpbehoefte. Voorbeelden zijn de website sense.info en de sense infolijn (telefoon en chat) voor eenvoudige hulpvragen, Sense online hulp voor complexere hulpvragen, en online partnerwaarschuwing. Goede doorverwijsmogelijkheden naar reguliere en aanvullende zorg zijn hierbij belangrijk. De *stepped care*-benadering houdt tevens rekening met specifieke groepen die wel risico lopen, maar niet makkelijk kunnen worden bereikt met het reguliere (face to face) zorgaanbod. Dit betreft groepen mensen die niet of minder zelfredzaam zijn. Momenteel wordt binnen het aanvullende aanbod van de ASG-regeling geëxperimenteerd met e-healthinterventies en een online spreekuur om het bereik bij deze groepen te onderzoeken.

Aanpak

- Behoud van gesubsidieerde, laagdrempelige toegang tot aanvullende hulpverlening seksuele gezondheid, met extra aandacht voor de meest kwetsbare groepen (met name personen met lage SES, LVB'ers en Nederlanders met een migratieachtergrond, inclusief asielzoekers).
- Preventie en zorg moeten op een kwalitatief hoog niveau worden aangeboden, met specifieke aandacht voor groepen met verhoogd risico.
- Het bestaande hulpverleningsaanbod dient te worden uitgebreid door inzet van aanvullende, innovatieve methoden om toegankelijkheid te bevorderen.
- Versterkte inzet op eHealth-interventies op het gebied van seksuele gezondheid.

Betrokken partijen:

Landelijke overheid: VWS, RIVM-CIb, GGD'en (CSG's); Landelijke thema-instituten: Rutgers, Soa Aids Nederland, Pharos; Overige organisatie: Fiom; Zorgverleners.

Doorverwijzing en ketenzorg

Het plan zet in op een goede verbinding van preventie met curatie. Algemene preventie als voorlichting over seksuele gezondheid heeft tot doel het vergroten van kennis en weerbaarheid. Bij het optreden van problematiek, bijvoorbeeld soa, is snelle behandeling essentieel om verdere verspreiding te stoppen. Dat werkt dus ook preventief. Verbinding tussen preventie en curatie en afstemming tussen alle partners zijn belangrijk voor een goede doorverwijzing en ketenzorg.

Op dit moment bestaan er weinig mogelijkheden binnen de eerste lijn om (preventief) seksuele gezondheidszorg aan te bieden.

Bij de CSG's worden steeds vaker cliënten met een verzoek om een soa-test maar zonder hoogrisicoprofiel doorverwezen naar de reguliere zorg of naar andere specialisten, zoals hiv-behandelaren, dermatologen, gynaecologen en seksuologen. Onduidelijk is wat er met deze personen daarna gebeurt en in hoeverre zij effectief en tijdig worden voorzien in hun zorgbehoefte. Het zorgstelsel maakt het vaak niet mogelijk om zonder bijzondere afspraken tussen GGD en behandelaar/verzekeraar personen snel en direct (zonder tussenkomst van de huisarts) door te verwijzen naar passende tweedelijnszorg. Hierdoor bestaat de kans dat mensen niet in zorg raken, laat worden behandeld en dat soa en hiv zich verder verspreiden.

Aanpak

- Effectief gebruik van de keten door preventieconsulten te realiseren in de eerste lijn.
- Directe doorverwijzing vanuit CSG naar tweede-/derdelijnszorg wordt geregeld; hiertoe worden afspraken gemaakt tussen zorgverleners (en verzekeraars) om doorverwijzing tussen aanvullende en reguliere zorg mogelijk te maken.
- De zorgpartners maken afspraken over de stroomlijning van de zorgketen, zodat de patiënt adequaat wordt verwezen en behandeld; hiervoor zijn organisatie en samenwerking in de keten, alsmede richtlijnen die dit borgen nodig.

Betrokken partijen:

Landelijke overheid: GGD'en; Landelijke partijen: GGD-GHOR Nederland; Zorgverleners eerste-, tweede- en derdelijnszorg; Zorgverzekeraars.

Verbinding preventie en curatie

Vergoeding preventie

Nederland kent een dichotoom zorgstelsel met enerzijds de individuele reguliere gezondheidszorg en anderzijds de publieke gezondheidszorg. Deze twee terreinen staan niet los van elkaar: in de praktijk overlappen zij elkaar. Het Nederlandse verzekeringsstelsel houdt geen rekening met deze overlap, verhindert optimale implementatie van effectieve interventies, en vergoedt preventieve interventies en middelen slechts bij uitzondering. Op het gebied van seksuele gezondheid bestaat de vraag naar vergoeding van bijvoorbeeld het aanbieden van PrEP aan hiv-negatieve risicogroepen, soa-screening bij asymptomatische MSM, individuele preventieve coaching ter voorkoming van seksuologische problematiek of het aanbieden van preventieve, langdurige anticonceptie aan kwetsbare vrouwen en meisjes.

Inzet van bestaande preventieve interventies

Op het gebied van preventie bestaan tal van programma's alsmede interventies die zijn geaccrediteerd en opgenomen in de interventiedata-base van het RIVM-CGL. De inzet van deze interventies kan worden verbeterd. In dit plan wordt hier nog gedetailleerder op ingegaan.

Aanpak

- Aanpassing van het huidige zorgstelsel voor optimale implementatie van publieke gezondheid en curatieve zorg (preventie en curatie) staat hoog op de agenda van de nationale autoriteiten.
- Onderzoek naar vergoeding van preventieve interventies op individueel niveau binnen de verzekerde zorg; daarbij is samenwerking van GGD'en en gemeentes nodig om proactief in gesprek te gaan met verzekeraars om de voordelen van vergoeding van preventieve maatregelen te bespreken.
- Versnelde inzet van duurzame evidence-based preventie-initiatieven/interventies op het gebied van seksuele gezondheid.

Betrokken partijen:

Landelijke overheid: VWS, gemeenten (VNG), RIVM, GGD'en (CSG's); Landelijke partijen: Hiv Vereniging; Landelijke thema-instituten: Rutgers, Soa Aids Nederland; Wetenschappelijke- en Beroepsverenigingen: NHG (SeksHAG), NVHB, NVVS, NVDV, NVIB (WASS); Zorgverleners eerste-, tweede- en derdelijnszorg.

4 Surveillance soa en hiv en monitoring seksuele gezondheid

4.1 Belang van surveillance en monitoring

Surveillance en monitoring geven inzicht in het aantal infecties en de problematiek op het gebied van seksuele gezondheid, inclusief soa en hiv. Voor de preventie van ongewenste zwangerschap en seksueel geweld is de monitoring van de implementatie van erkende interventies van belang. Surveillance en monitoring betreffen het beeld van de situatie op een gegeven moment, op trends over de tijd en in specifieke populaties, en van de impact en mate van implementatie van (erkende) interventies. Dit laatste is vooral ook van belang voor de preventie van ongewenste zwangerschap en seksueel geweld. Daarmee ontstaat een evidence-based basis voor preventie, bestrijding en beleid. In surveillance en monitoring maken we gebruik van verschillende databronnen.

Bijlage 1 bevat een overzicht van de primaire bronnen voor de soa/hiv-surveillance en voor de monitoring van seksuele gezondheid in Nederland.

4.2 Hoe is het in Nederland geregeld?

Soa surveillance

Verschillende databronnen (SOAP; NIVEL primary health care database; Stichting Hiv Monitoring) maken het mogelijk om een goed beeld te krijgen van de mensen die zich op eigen initiatief laten testen. Dat zijn vaak mensen met een verhoogd risico op soa. Vergeleken met

andere Europese landen hebben we in Nederland goed zicht op de demografische factoren en risicofactoren doordat die onderdeel zijn van de surveillance. Het jaarlijkse RIVM jaarrapport soa/hiv⁶ geeft een overzicht van al deze bronnen. Deze data worden ook gebruikt als input voor de Europese database van het ECDC.

Voor het monitoren van de soa-prevalentie in Nederland wordt een steekproef uit de algemene bevolking gedaan via de leefstijlmonitor voor chlamydia (Pecan-studie) en in de huidige ronde van de nationale seroprevalentiestudie (Pienter) voor hiv. In de vorige Pienter-ronde (2006/2007) is al de seroprevalentie van HBV, HCV, HSV en chlamydia bepaald. Een nationale schatting voor chlamydia is eerder gedaan via het chlamydia-pilot-project en de chlamydia-screening implementatie CSI⁷.

⁶ RIVM jaarrapport 2017; https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2017/Juni/Sexually_transmitted_infections_including_HIV_in_the_Netherlands_in_2016

⁷ Van den Broek IV, et al. 'CSI Effectiveness of yearly, register based screening for chlamydia in the Netherlands: controlled trial with randomised stepped wedge implementation'. *BMJ*. 5 juli 2012;345:e4316. doi: 10.1136/bmj.
Van Bergen JE, et al. 'Rationale, design, and results of the first screening round of a comprehensive, register-based, Chlamydia screening implementation programme in the Netherlands'. *BMC Infect Dis*. 7 oktober 2010;10:293. doi: 10.1186/1471-2334-10-293.

Monitoren van de seksuele gezondheid

Monitoring van seksuele gezondheid in Nederland wordt uitgevoerd door Rutgers, in twee periodieke bevolkingsstudies: het participatief actieonderzoek Seks onder je 25^e, onder jongeren van 12 tot 25 jaar, in samenwerking met Soa Aids Nederland, en het onderzoek Seksuele gezondheid in Nederland, onder volwassenen. In 2012 is VWS in het kader van het leefstijlbeleid⁸ gestart met een harmonisatie van de monitoring door verschillende thema-instituten. Hiervoor werden bestaande monitoractiviteiten opgenomen in de Leefstijlmonitor (LSM). Jaarlijks worden enkele kernvragen over seksuele gezondheid meegenomen in de gezondheidsenquête van het CBS (de LSM-Kern). Daarnaast vindt elke vier jaar een aanvullende module plaats (de LSM-A) waarin seksuele gezondheid breder wordt bevraagd onder de volwassen Nederlandse bevolking.

In 2016 vond de dataverzameling voor de LSM-A (aanvullende module) seksuele gezondheid en voor Seks onder je 25^e parallel plaats. Dat betekent dat er een monitorinstrument is voor jongeren en volwassenen van 12 tot 80 jaar, waarin seksuele gezondheid breed wordt uitgevraagd via een grote aselecte representatieve steekproef uit de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA). Jongeren van 12 tot en met 16 jaar worden via scholen geworven. Op basis van deze steekproef wordt een uitgebreide beschrijving van de seksuele gezondheid in Nederland gegeven.

Rutgers gebruikt bovendien verschillende bestaande zorgregistraties rondom seksuologische hulpverlening, onder meer om een beeld te krijgen van de omvang van behandeling van seksuele disfuncties (bijvoorbeeld via registratie van patiëntencontacten in de eerste lijn, seksuologen en instellingen) en abortus.

Doelstellingen voor 2022

Beschikbaarheid van:

- Actuele betrouwbare cijfers op het gebied van soa, hiv en seksuele gezondheid om preventie en bestrijding te versterken.
- Actuele betrouwbare cijfers over de implementatie van erkende interventies op het gebied van seksuele vorming, preventie van seksueel geweld, ongewenste zwangerschap, soa en hiv.
- Verklaringen en betekenis bij de actuele cijfers van soa, hiv en seksuele gezondheid.

⁸ Landelijke nota gezondheidsbeleid: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2011/05/25/aanbieden-landelijke-nota-gezondheidsbeleid>

4.3 Uitdagingen en aanpak

Uitdagingen soa- en hiv-surveillance

We houden goed zicht op de trends van soa en hiv onder hoogrisicogroepen dankzij de gegevens van de CSG's. We weten echter niet goed hoe vaak soa voorkomen onder de algemene bevolking. In Nederland bestaat geen meldingsplicht voor de meeste soa en hiv (met uitzondering van acute en chronische hepatitis B en acute hepatitis C). Voor een inzicht in de prevalentie van soa zijn wij afhankelijk van de huisartsensurveillance (NIVEL zorgregistraties eerste lijn). Die surveillance levert momenteel een redelijk goed inzicht in trends in soa-consulten onder de Nederlandse bevolking. Er zijn wel beperkingen door de manier van coderen (voor chlamydia bestaat geen specifieke code; syfilis is niet gespecificeerd op infectieus stadium), door het ontbreken van epidemiologische data over risicogroepen en door onzekerheid van schattingen van zeldzame soa (syfilis, hiv en acute HCV in risico MSM). Laboratoriumgegevens zijn niet goed geregistreerd bij de huisarts. Laboratoria zelf leveren geen gestandaardiseerde data, en zeker niet op nationaal niveau; bovendien ontbreken hier nog veel meer epidemiologische data over risicogroepen. Andere databronnen (ziekenhuis, apotheek) zijn eveneens bewerkelijk, beperkt en variabel van kwaliteit. Inzicht in gebruik en uitkomsten van zelftests ontbreekt vrijwel geheel. Ook bestaat er nog geen landelijk klinisch registratiesysteem voor hepatitis B en C. De surveillance in hoogrisicogroepen (via de CSG's) funktioneert daarom als een sentinel surveillance, waarbij veranderingen in de triagering representativiteit en continuïteit van de gegevens kan beïnvloeden. Gonokokkenresistentie wordt via het GRAS-project binnen de CSG's gesurveilleerd. Er is echter op dit moment geen gonokokkenresistentiesurveillance via huisartsen waar een populatie met een gemiddeld lager risico wordt gezien.

De uitdagingen samengevat:

- behoud van een goede landelijke monitoring en surveillance (soa, hiv en resistentieontwikkeling), onder meer om effect van interventies op het gebied van soa en hiv te meten;
- sentinel surveillance in hoogrisicogroepen verder ontwikkelen op basis van resultaten van regelmatig terugkerende populatiesurveys (in combinatie met onderstaande monitors voor seksuele gezondheid);
- klinisch registratiesysteem HBV/ HCV implementeren;
- monitoringsysteem opzetten voor online tests;
- optimaliseren van vroegsignalering en partnerwaarschuwing;
- realtime monitoring en vroegsignalering;
- optimaliseren van surveillance van gonokokkenresistentie.

Aanpak

- Om goed zicht te houden op de soa-prevalentie onder de algemene bevolking en onder risicogroepen, worden aanvullend periodieke cross-sectionele studies uitgevoerd. Deze sluiten aan bij bestaande surveys, zoals Pienter, en bij de verdiepende module seksuele gezondheid van de leefstijlmonitor (LSM-A).
- Surveillance van hoogrisicogroepen blijft belangrijk. Borging van het surveillancesysteem met een veranderende financieringsstructuur is noodzakelijk om het huidige inzicht in het voorkomen van soa onder hoogrisicogroepen te behouden.
- Daarnaast kan voor een aantal soa worden overwogen de meldingsplicht (opnieuw) in te voeren zodat het melden van infecties en daarmee het opsporen van contacten wettelijk is geregeld. Voor deze afweging is een stroomdiagram ontwikkeld als leidraad. Meldingsplicht zou kunnen worden uitgebreid naar chronische hepatitis C, hiv, syfilis en gonorrhoe en LGV, zoals ook in de meeste andere West-Europese landen is ingevoerd.
- Klinische registratiesystemen zoals voor hiv dienen ook te worden opgezet voor hepatitis B en hepatitis C, zodat ook voor deze infecties een cascade of care in beeld kan worden gebracht. Dit geeft zicht op waar nog winst is te behalen met betrekking tot preventie en opsporing, en daarmee kan worden berekend of de specifieke WHO-doelstellingen voor hiv en hepatitis B en C kunnen worden behaald. Het nationale hepatitisplan heeft hiertoe de kaders aangegeven. De lopende pilots moeten worden geïmplementeerd en duurzaam worden gefinancierd.
- Vanwege het toenemende aanbod en gebruik van tests die online te koop zijn, willen we de mogelijkheden onderzoeken voor een monitoringssysteem van online testaanbod. Ook zouden data uit informatiesystemen van laboratoria en verzoekers verder kunnen worden benut.
- Monitoringsystemen zodanig aanpassen dat real-time monitoring mogelijk is en kan worden gekoppeld aan vroegsignalering (cluster- en uitbraakonderzoek) en aan partnerwaarschuwing en -opsporing, bijvoorbeeld door real-time monitoring te gebruiken om netwerken te identificeren en te penetreren door intensievere partnerwaarschuwing (zie ook hoofdstuk 6, preventie soa).
- Om zicht te krijgen in het gevoeligheidspatroon van gonokokken die bij de huisarts worden gediagnosticeerd, zal komend jaar een pilot worden gedaan naar de haalbaarheid hiervan in huisartspraktijken.

Betrokken partijen:

Landelijke overheid: RIVM-CIb, GGD'en (CSG's);
Landelijke partijen: NIVEL, SHM, MML's; Landelijke
thema-instituten: Rutgers en Soa Aids Nederland.

Uitdagingen monitoren seksuele gezondheid

Er zijn vanuit dit Nationaal actieplan vier onderwerpen waarvoor periodieke monitoring belangrijk is: seksueel gedrag, seksuele vorming, seksueel geweld en ongewenste zwangerschap, anticonceptie en abortus. Seksueel gedrag en ongewenste zwangerschap, anticonceptie en abortus zijn in de bestaande monitor (LSM-A en Seks onder je 25^e) en in de Landelijke abortusregistratie voldoende opgenomen. Toch werd naar aanleiding van monitor seksuele gezondheid onder LHBT de noodzaak van een verdiepende monitoring bij MSM naar specifiek risicogedrag in deze groep wenselijk geacht. Een duurzame financieringsstructuur voor uitvoering van Seks onder je 25^e (inclusief jongeren met een lichamelijke of verstandelijke beperking) ontbreekt, evenals de koppeling van een laboratoriumcomponent aan deze monitor voor het meten van de soa-prevalentie onder de algemene bevolking. De parallele uitvoering van de LSM-A en Seks onder je 25^e in 2016 levert veel meerwaarde op. Daarmee ontstaan een evidence-based basis voor beleid en bestrijding (op landelijk en gemeentelijk niveau) en de basis voor thema-instituten om gezamenlijk met GGD'en interventies te ontwikkelen en te implementeren. Daarnaast zou het wenselijk zijn om periodiek effectmetingen uit te voeren. Hiervoor werden in het verleden, met impuls gelden vanuit ZonMW-programma's, goede resultaten behaald. Verschillende landelijke thema-instituten zetten in op implementatie van interventies op het gebied van onderwijs en het terugdringen van seksueel geweld. Monitoringinstrumenten waarmee kan worden gestuurd op verbetering van de implementatiegraad ontbreken op dit vlak.

De zorgregistraties die onder meer Rutgers gebruikt voor het bepalen van hun strategie en activiteiten, zoals interventie (door)ontwikkeling, zijn niet voor dit doel ingesteld. Dit maakt verbinding van gegevens uit deze registraties en uitkomsten van effectmetingen kwetsbaar.

De uitdagingen samengevat:

- Het uitvoeren van een structurele 4-jaarlijkse monitor seksuele gezondheid van 12-80-jarigen om seksuele gezondheid breed te actualiseren, met voldoende mogelijkheid om relevante subgroepen, zoals LHBT en mensen met een migrantenachtergrond, te beschrijven.
- Het monitoren van implementatie van erkende seksuele vormingsinterventies in het onderwijs en voor de preventie van seksueel geweld.
- Het uitvoeren van effectevaluaties van erkende interventies in het onderwijs en voor de preventie van seksueel geweld.

Aanpak

- Voor seksueel gedrag en seksueel geweld zijn we afhankelijk van de 4-jaarlijkse verdiepende module van de LSM. Er is behoefte aan actuelere cijfers. Wij willen de mogelijkheden verkennen om deze data uit nieuw of bestaand onderzoek te halen, met een jaarlijks cijfer voor seksueel geweld en voor grensoverschrijdend gedrag in Nederland.
- Op basis van de monitordata worden rapportages gemaakt voor diverse doel- en risicogroepen: jongeren, LHBT-personen en mensen met een migrantenachtergrond. Deze laatste groep is in een landelijke monitor moeilijk te bereiken: daarvoor is een specifiek monitorinstrument nodig.
- Voor het monitoren van de implementatiegraad van erkende interventies willen wij bekijken wat nodig en mogelijk is voor een landelijk monitorsysteem. Hiermee kan het gebruik van interventies op het gebied van seksuele vorming in het onderwijs en van interventies ter preventie van seksueel geweld en grensoverschrijdend gedrag in kaart worden gebracht. Vervolgens kan bijvoorbeeld worden bepaald welke school gebruikmaakt van welke interventie; hierbij is het belangrijk om regionaal voldoende dekking te hebben (zie ook hoofdstuk 5).
- We zullen de mogelijkheden verkennen voor duurzame financiering van meer periodieke effectevaluaties.

Betrokken partijen:

Landelijke overheid: RIVM-CIb, GGD'en (CSG's);
Landelijke partijen: CBS, ZonMW, NIVEL, LOPS;
Landelijke thema-instituten: Rutgers, Soa Aids Nederland; Zorgverleners: abortusklinieken.

5

De Basis: Seksuele vorming en ontwikkeling

Een gezonde en veilige seksuele ontwikkeling vormt de basis voor plezierige en gezonde seksualiteit. Om dit te bereiken en te behouden zijn informatie en opvoedingsondersteuning, educatie, preventie, en soms ook signalering en zorg nodig. Seksuele vorming stelt kinderen en jongeren in staat verantwoorde keuzes te maken op het terrein van relaties en seksualiteit. Ze ontwikkelen hiermee hun eigen seksuele identiteit en seksuele leefstijl en leren binnen respectvolle en gelijkwaardige relaties om seksualiteit veilig, prettig en gewenst vorm te geven. Jongeren hebben grote behoefte om te weten of hun eigen lichamelijke en seksuele ontwikkeling past bij normale ontwikkelingspatronen bij jongeren. Daarnaast is ondersteuning bij seksuele ontwikkeling van jongeren belangrijk om seksuele risico's als grensoverschrijding, soa/hiv, ongewenste zwangerschap en seksuele problemen te voorkomen.

Belangrijke voorwaarde voor realisatie van een gezonde seksuele levensloop – zonder ziekte, beperkingen en dwang – is een preventieaanbod passend bij de levensfase. Hiervoor is een efficiënt systeem van voorlichting, bewustwording, signalering en advies noodzakelijk. Daarnaast dienen risicogroepen – onder andere mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden – gericht te worden ondersteund om de juiste keuzes te maken en om hulp te vinden.

5.1 Seksuele gezondheid van de jeugd

De seksuele gezondheid van de jeugd in Nederland is recent onderzocht. Een aantal cijfers uit Seks onder je 25^e geeft een iets gunstiger beeld dan in 2012⁹. Jongeren beginnen later aan seks, bij de eerste keer beschermen ze zich beter tegen zwangerschap, seksuele grensoverschrijding is iets gedaald en een grote meerderheid van de jongeren geniet van seks. Er zijn echter ook zorgen:

- Seksuele grensoverschrijding en seks tegen de wil is onder jongeren nog steeds hoog: 11 procent van de meisjes en 2 procent van de jongens is ooit gedwongen om onvrijwillig iets seksueels te doen of toe te staan.
- 6 procent van de jongens en 14 procent van de meisjes heeft minstens één vervelende ervaring met sexting.
- Het condoomgebruik met de laatste partner is afgenomen. Bij losse contacten gebruikt 75 procent niet altijd een condoom.
- Jonge starters beschermen zich minder goed tegen soa of zwangerschap en hebben meer ervaring met seksuele dwang.

⁹ Graaf, H. de, Nikkelen, S., Van den Borne, M., Twisk, D., & Meijer, S., 'Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2017'. Delft: Eburon.

5.2 Hoe is het in Nederland geregeld?

Seksuele vorming en opvoeding

Naast de ouders heeft ook het onderwijs een belangrijke taak in de seksuele vorming en opvoeding van kinderen en jongeren. Seksuele vorming in het onderwijs is sinds eind 2012 verplicht, met ook aandacht voor seksualiteit en seksuele diversiteit. Dit is onder meer vastgelegd in kerndoelen voor het basisonderwijs (BO), het voortgezet onderwijs (VO) en het speciaal onderwijs (SO)¹⁰. Om dit te faciliteren, investeert VWS in voorlichting en vorming door subsidiëring van thema-instituten. Daarnaast zijn er online kanalen gericht op jongeren: zoals Sense.info en jouwggd.nl. Jaarlijks bezoeken 1,5 miljoen jongeren Sense.info. De online informatie over seksualiteit werd door jongeren in 2012 gemiddeld met een 8 gewaardeerd.

Ondersteuning gezonde seksuele ontwikkeling

Seksuele ontwikkeling hangt samen met biologische, psychosociale en culturele aspecten. Deze ontwikkeling kan in belangrijke mate thuis en op school worden ondersteund door seksuele opvoeding en vorming. De jeugdgezondheidszorg volgt en ondersteunt ouders en kinderen bij een gezonde seksuele ontwikkeling (onder meer via de jeugdmonitor) en gebruikt hierbij de JGZ-richtlijn seksuele ontwikkeling 0-19 jaar. De Centra voor Jeugd en Gezin ondersteunen ouders bij seksuele opvoedingsvragen. Sinds 2013 biedt het extra contactmoment in de JGZ¹¹ een kans om seksuele gezondheid bij tieners aan te kaarten. De huisarts en Sense bij de GGD spelen een rol bij signalering van seksuele problemen en ondersteuning van een gezonde seksuele ontwikkeling.

GGD'en ondersteunen scholen en docenten vanuit hun publieke gezondheidstaak, vaak vanuit een Gezonde School-aanpak.

Doelstellingen

- Seksuele vorming is in alle onderwijstypen duurzaam geborgd.
- Meer kinderen en jongeren, waaronder kwetsbare groepen, weten betrouwbare (online) informatie te vinden over seksuele gezondheid in brede zin en krijgen evidence-based seksuele vorming passend bij hun ontwikkelingsfase.
- Hierdoor werken we aan de afname van het vóórkomen van soa en hiv, seksuele grensoverschrijding en ongewenste zwangerschap, en bevorderen we respectvol, veilig en gezond gedrag.

5.3 Uitdagingen en aanpak

De Inspectie van het Onderwijs constateert in 2016 dat de structurele borging van de seksuele vorming achterblijft en dat de kwaliteit verbetering behoeft¹². Scholen vinden seksuele vorming belangrijk, maar zijn vrij om zelf invulling te geven aan de kerndoelen. Het onderwijsaanbod is versnipperd, weinig doelgericht, docentafhankelijk en te weinig geborgd in een doorlopende leerlijn, schoolbeleid of schoolcurriculum. Bestaande erkende¹³ lesmaterialen worden nog lang niet op alle scholen structureel ingezet. Naar schatting 30 procent van de scholen in het primair onderwijs gebruikt het lespakket Kriebels in je Buik (BO) en 40 procent van de scholen gebruikt Lang Leve de Liefde (VO). In het mbo wordt seksuele vorming beperkt aangeboden en is nauwelijks geborgd. Goed onderbouwde lesmaterialen ontbreken nog voor het (voortgezet) speciaal onderwijs. Vanwege lage prioriteit en beperkte capaciteit, is de ondersteuning van scholen door GGD'en niet in alle regio's optimaal. In het meerjarenplan Gezonde School-aanpak is het thema niet geprioriteerd. Docenten voelen zich vaak wel competent genoeg, maar ervaren ook handelingsverlegenheid. Ze maken echter weinig gebruik van het ondersteuningsaanbod. Jongeren vinden dat ze onvoldoende les krijgen over thema's als seksuele wensen en grenzen, plezierige seks, seksuele diversiteit en seks en de media. Ze beoordelen seksuele vorming gemiddeld met een 5,8. Sense is nog onvoldoende bekend bij jongeren.

¹⁰ Kerndoelen seksualiteit en seksuele diversiteit in 2012: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/besluiten/2012/09/28/besluit-houdende-wijziging-van-de-kerndoelen-onderwijs-op-het-gebied-van-seksuele-diversiteit>

¹¹ Uitbreiding contactmoment adolescenten JGZ, besluit VWS in 2013: https://www.ggdghorkennisnet.nl/?file=11940&m=1360756144&action=file_download

¹² Inspectie van het Onderwijs (2016). Omgaan met seksualiteit en seksuele diversiteit. Een beschrijving van het onderwijsaanbod van scholen. Den Haag: ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.

¹³ Erkenning via RIVM/CGL.

Hoewel er een structuur is om een gezonde seksuele ontwikkeling en seksuele vorming te ondersteunen, is nog winst te boeken in bereik, kwaliteit en borging van seksuele vorming en preventie. Hoe beter dit is geregeld, hoe meer kosten kunnen worden bespaard met het behandelen van de gevolgen en problemen op het seksuele vlak.

De uitdagingen samengevat:

- Verbetering van de ondersteuning van een gezonde en positieve seksuele ontwikkeling.
- Opschaling en verbetering van de kwaliteit van seksuele vorming.
- Meer gebruik van theoretisch goed onderbouwde of effectieve interventies binnen alle onderwijssettings.
- Leerkrachten, zorgprofessionals en ouders hebben toegang tot ondersteuning om vaardig te zijn rondom seksuele vorming.
- Voor groepen die meer risico lopen en/of over minder gezondheidsvaardigheden beschikken, is er een doorlopende leerlijn seksuele vorming, aangevuld met intensievere programma's.
- Monitoring van het gebruik en het effect van interventies seksuele vorming.

Verbetering ondersteuning van gezonde seksuele ontwikkeling

Kinderen en jongeren hebben het recht op een gezonde seksuele ontwikkeling, vanuit een positief perspectief. Jongeren lopen vaak rond met de vraag of dat wat zij wel (of juist nog niet) meemaken rondom seksualiteit, hun seksuele voorkeur of de wijze waarop hun lichaam zich ontwikkelt normaal is ten opzichte van wat andere jongeren meemaken. Dit is heel bepalend voor hun behoefte aan informatie en ondersteuning. Bij de ondersteuning van gezonde seksuele ontwikkeling, seksuele opvoeding en seksuele vorming zijn veel partijen betrokken. Belangrijk is dat over en weer de voorzieningen worden gekend en ervaringen worden gedeeld. GGD'en spelen een belangrijke rol, vaak vanuit verschillende afdelingen en perspectieven (jeugdgezondheidszorg, CSG, gezondheidsbevordering). Ook Centra voor Jeugd en Gezin hebben een rol. Sense als ondersteunende voorziening wordt door jongeren nog lang niet altijd gekend. Er zijn daarnaast grote regionale verschillen in de mate waarin vanuit de verschillende partijen wordt samengewerkt.

Aanpak

- Er is specifieke aandacht voor promotie en pr van Sense.info en Sense hulpverlening via onderwijs en jongerenkanalen.
- Er is specifieke aandacht voor de opbrengst van uitwisseling en samenwerking op het terrein van preventie en seksuele gezondheidszorg binnen en tussen GGD'en.
- Er is rondom opvoedondersteuning samenhang in informatie op diverse landelijke kanalen.

Betrokken partijen:

Landelijke overheid: VWS, RIVM-CIb, GGD'en, Landelijke partijen: CJG's; Landelijke thema-instituten: Soa Aids Nederland, Rutgers.

Opschaling en verbetering kwaliteit seksuele vorming

Niet alle leerlingen krijgen op school complete seksuele en relationele vorming waardoor ze in staat zijn (op latere leeftijd) seksueel gezonde en veilige keuzes te maken binnen gelijkwaardige en respectvolle relaties. Specifieke aandacht is nodig voor ondersteuning van jongeren en volwassenen met beperkte gezondheidsvaardigheden, om juiste keuzes te maken en hulp te vinden.

Aanpak

- In dialoog met relevante onderwijspartners de strategie herijken voor opschaling van seksuele vorming en bevordering van gebruik van erkende interventies om een groter bereik en betere kwaliteit in het onderwijs te garanderen.
- Concretisering van de kerndoelen, ook voor het mbo en uitwerking in een curriculum seksuele vorming.
- Meer inzicht verkrijgen in succesvolle strategieën voor adoptie en implementatie van seksuele vorming in het onderwijs, via onder meer landelijke stimuleringscampagnes als 'Week van de Lentekriebels' en 'Week van de liefde'.
- Het substantieel verbeteren van de kwaliteit van seksuele vorming op scholen. Zowel de leerlingen als de Inspectie van Onderwijs spelen een rol in de beoordeling.
- Advies en ondersteuning duurzaam geborgd in schoolbeleid, al dan niet binnen de structuur van Gezonde School-aanpak.
- Inspectie toetst structureel de kwaliteit van seksuele vorming.

Betrokken partijen:

Landelijke overheid: VWS, OCW, RIVM-CGL, RIVM-CIb, GGD'en (CSG, afdelingen gezondheidsbevordering, JGZ), PO-VO-MBO-raden, Inspectie van het Onderwijs; Onderwijspartijen: Stichting Leerplan Ontwikkeling, schoolbesturen; Landelijke thema-instituten: Rutgers, Soa Aids Nederland.

Ondersteuning leerkrachten, zorgprofessionals en ouders

In de bij- en nascholing en in de opleidingen van onderwijs- en zorgprofessionals is het thema seksuele vorming onvoldoende of niet geborgd. Er bestaan voornamelijk geen kwalificatie-eisen of specifieke competenties voor het geven van seksuele vorming. Docenten, zorgprofessionals en ook ouders voelen zich vaak handelingsverlegen. Als het thema meer onderdeel wordt van een professionaliseringsproces, kan seksuele vorming verder worden versterkt.

Aanpak

- Formulering van kerncompetenties en kwaliteitskaders seksuele vorming voor professionals in samenwerking met relevante opleidingen.
- Betere borging van seksuele vorming in opleidingen van professionals, ook wat betreft opvoedondersteuning aan ouders. Een optimaal ondersteuningsaanbod creëren voor leerkrachten/docenten in seksuele vorming via bij- en nascholing, e-learning modules, masterclasses en studiedagen.
- Seksuele vorming is expliciet opgenomen in het lerarenregister.nl en daarmee wordt werken aan competenties van docenten bevorderd.
- Als mbo-scholen zelf (nog) geen seksuele vorming kunnen verzorgen, is voor het mbo een landelijke pool beschikbaar om gastlessen te verzorgen of 'opstaphulp' te geven in het onderwijs (bijvoorbeeld door consultants seksuele gezondheid of andere kwalitatief goede aanbieders).

Betrokken partijen:

Landelijke overheid: GGD'en; Landelijke partijen: CJG's, onderwijsraden; Landelijke thema-instituten: Soa Aids Nederland, Rutgers; Wetenschappelijke- en beroepsorganisaties: NVVS; Afstemmingsorganen: LOBO, ADEF, NIBI; uitvoerders via landelijke pool.

Intensievere ondersteuning voor groepen met verhoogd risico en/of minder gezondheidsvaardigheden

Voor laaggeletterden en laagopgeleide leerlingen (SO, VSO, mbo 1) zijn op dit moment geen erkende interventies beschikbaar. De meeste interventies zijn sterk verouderd en op bepaalde thema's ontbreekt goed onderwijsmateriaal. Ook in zorginstellingen is de ondersteuning bij seksuele vorming minimaal, maar extra ondersteuning is gewenst.

Aanpak

- Meer geschikte en erkende interventies ontwikkelen en beschikbaar stellen voor het speciaal (voortgezet)onderwijs (SO/VSO) en mbo 1 en 2; deze kunnen worden ingezet via bijvoorbeeld Gezonde School-aanpak.
- Voldoende professionals opleiden zodat jeugdzorg jongeren kan ondersteunen bij een gezonde seksuele ontwikkeling.
- Stimuleren van gebruik en waardering van Sense.info door laaggeletterde en laagopgeleide jongeren.

Betrokken partijen:

Landelijke overheid: GGD'en, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (in oprichting), SO en VSO, MBO Raad; Landelijke partijen: Jeugdzorg Nederland, CJG's, onderwijsraden, LecSo; Landelijke thema-instituten: Soa Aids Nederland, Rutgers.

Meer kennis over gebruik en effect van interventies

Er ontbreken cijfers over het gebruik van erkende interventies in alle onderwijssettings. Het is belangrijk dit goed in kaart te brengen. De Inspectie constateert dat scholen uiteenlopend onderwijsmateriaal inzetten dat lang niet altijd goed theoretisch is onderbouwd. Daarnaast is het aanbod vaak incidenteel en maken docenten zelf eigen keuzes, waardoor de kans bestaat dat bepaalde onderwerpen niet worden behandeld. Er zijn aanwijzingen dat de kwaliteit en mate van implementatie van interventies voor bevordering van seksuele gezondheid beperkt zijn.

Aanpak

- Opstellen van monitoringsystemen om (duurzaam) gebruik van erkende interventies in het onderwijs (alle onderwijstypen) en jeugdzorg te kunnen volgen.
- Initiëren van (aanvullend) kwalitatief onderzoek naar waardering seksuele vorming onder leerlingen via Seks onder je 25^e. Monitoring dat alle relevante onderwerpen voor seksuele vorming aan bod komen in het onderwijs.
- Meer inzicht verkrijgen in de impact en opbrengst van seksuele vorming voor het onderwijs (leerkrachten, school en leerlingen).

Betrokken partijen:

Landelijke overheid: RIVM-CGL; GGD'en, Onderwijsinspectie; Landelijke thema-instituten: Rutgers, Soa Aids Nederland.

6

Preventie, opsporing en behandeling van soa

(preventie, opsporing en behandeling van hiv zie hoofdstuk 7)

6.1 Bestrijding soa

De afgelopen jaren zijn grote stappen gezet in het bestrijden van soa in Nederland. Er worden meer mensen bereikt met informatie over klachten, tests en preventie¹⁴. Het aantal soa-consulten bij de Centra voor Seksuele Gezondheid is gestegen van 121.000 in 2012 tot 143.000 in 2016. Het vindpercentage onder risicogroepen die CSG's bezoeken is gestegen van 15 procent in 2012 naar 18,4 procent in 2016¹⁵. Actuele kennis over diagnose en behandeling is breed verspreid onder professionals¹⁶ en nieuwe tools voor partnerwaarschuwing zijn gelanceerd¹⁷.

Soa worden in Nederland vooral opgespoord bij jongeren, mannen die seks hebben met mannen (MSM), met name MSM met hiv, en personen afkomstig uit soa-endemische gebieden. Langetermijntrends in soa staan niet alleen onder invloed van seksueel gedrag, maar ook van veranderingen in pathogeen, netwerkeffecten, technologie, demografie, voorzieningen en beleid.

Op dit moment is het beeld ten aanzien van het voorkomen van soa¹⁵:

- Chlamydia is de meest voorkomende bacteriële soa met naar schatting zo'n 55.000 infecties per jaar en geen daling in de afgelopen jaren, ondanks testrichtlijnen en effectieve preventieve maatregelen, zoals condoomgebruik. Chlamydia wordt het meest gediagnosticeerd bij heteroseksuele jongeren.
- Syfilis en gonorrhoe komen het meest voor bij MSM en laten na een eerdere stijging in 2017 een lichte daling zien bij MSM. Geschatte aantallen infecties syfilis en gonorrhoe zijn respectievelijk 1.200 en 14.000 in 2016.
- Het aantal acute hepatitis B-infecties is stabiel laag rond de 100 per jaar; het aantal acute hepatitis C-infecties nam af in 2016 naar 44.

6.2 Hoe is het in Nederland geregeld?

Opsporing en behandeling van soa vinden plaats in zowel reguliere zorg als bij de CSG's die aanvullende laagdrempelige zorg aan hoogrisicogroepen bieden. De incidentie van soa in de algemene bevolking wordt geschat op rond 2 procent. Twee derde daarvan wordt jaarlijks via huisartsen opgespoord, en een derde bij de CSG's¹⁵. CSG's kunnen een integraal pakket bieden, inclusief goede nazorg (behandeling en contactopsporing). Preventie is primair een taak van gemeenten via GGD'en en CSG's. Deze worden ondersteund door landelijke thema-instituten met interventieaanbod, bij- en nascholing van professionals, etc. Tegelijkertijd is

¹⁴ Jaarverslag SANL 2016: toename bezoekers Sense.info, Soa.nl en Mantotman.

¹⁵ RIVM jaarverslag, STI including HIV in the Netherlands in 2016; https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2017/Juni/Sexually_transmitted_infections_including_HIV_in_the_Netherlands_in_2016

¹⁶ NHG congres over seksuele gezondheid.

¹⁷ <https://partnerwaarschuwing.nl/>

er sprake van de opkomst van privaat, veelal online, aanbod van soa-tests en -zorg. Homebased testing kan een laagdrempelige, relatief betaalbare mogelijkheid bieden voor mensen die niet in aanmerking komen voor de aanvullende hulpverlening binnen de CSG's.

Met dit actieplan wil het veld aansluiten bij de hoge ambitie van de langetermijndoelstelling van de WHO: een einde aan soa maken als belangrijk volksgezondheidsprobleem. Voor de komende periode vertalen we die ambitie in de volgende gewenste impact in Nederland.

Doelstellingen tot 2022

- Ontwikkeling effectieve strategie om ziektelast van chlamydia te verminderen.
- Halvering van het aantal nieuwe syfilisinfecties tot minder dan 500 per jaar (2016: 1.200).
- Halvering van het aantal nieuwe gonorrhoe-infecties (2016: 14.000).
- Daling van het aantal acute HBV- en HCV-infecties naar nul.
- Brede maatschappelijke acceptatie van seksuele diversiteit en van chronische soa.

6.3 Uitdagingen en aanpak

Zoals uit de laatste monitor Seks onder je 25^e blijkt, is de kennis over soa gedaald. Ruim 40 procent van de jongeren gebruikt geen condoom bij een one-night-stand¹⁸. Laaggeletterden en mensen met lage gezondheidsvaardigheden worden onvoldoende bereikt met informatie over en voorzieningen voor soa. Primaire, selectieve preventie van soa, door goede voorlichting over veilig vrijen (onder meer condoomgebruik), regelmatig tests doen en HBV-vaccinatie voor risicogroepen: het is en blijft essentieel. Zicht krijgen en houden op 'hidden groups' is lastiger geworden door minder lokale capaciteit voor out-reach. Strengere selectie bij CSG's leidt tot meer verwijzingen naar de huisarts. Op basis van extrapolatie daalt het aantal soa consulten bij de huisarts echter van 294.000 in 2013 naar 266.000 in 2015¹⁸. Nieuwe private aanbieders van soa-tests blijken niet altijd betrouwbaar¹⁹. Het volgen van testrichtlijnen verloopt in de praktijk niet optimaal. Vaak wordt partnerwaarschuwing niet volledig uitgevoerd. In Nederland bestaat een brede maatschappelijke

acceptatie van seksuele diversiteit en van chronische soa en hiv. Echter, stigma en discriminatie hebben met name impact op mensen met hiv, maar spelen ook een rol bij andere soa, en bij mensen met een bepaalde seksuele voorkeur of gender-identiteit. Dit kan ertoe leiden dat mensen niet op tijd hulp zoeken bij seksuele vraagstukken, zich te laat laten testen op soa en hiv, en niet op tijd de benodigde zorg zoeken.

Er is een groeiend bewustzijn dat voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden (lage SES, mensen met een migratieachtergrond, LVB) een specifieke aanpak nodig is. Innovatief en zorgvuldig gebruik van data maakt het mogelijk om sterker in te zoomen op risico-netwerken en clusters om daar transmissieketens te verbreken. In het buitenland zijn positieve voorbeelden van succesvolle condoomcampagnes. De inzet van PrEP ter preventie van hiv betekent dat hoogrisicogroepen vaker op andere soa worden getest. Het blijkt mogelijk om private aanbieders te verleiden tot het voldoen aan criteria voor betrouwbaar testaanbod. Nieuwe behandel mogelijkheden voor hepatitis C maken het mogelijk te streven naar eliminatie. Steeds sterkere samenwerking tussen lokale en landelijke partijen verhoogt de efficiency en slagkracht. In de lokale politiek is soa-bestrijding steeds vaker een discussiepunt.

HPV-vaccinatie wordt in Nederland op dit moment alleen ingezet bij meisjes en ter voorkoming van baarmoederhalskanker. Vaccinatie tegen HPV heeft echter, afhankelijk van het vaccin, ook een potentieel om ziektelast te voorkomen bij mannen en met name MSM (genitale wratten, anus- en peniskanker). Naar verwachting adviseert de Gezondheidsraad in 2018 over eventuele verbreding van de HPV-vaccinatie naar alle pubers.

Samenvatting van de uitdagingen:

- Preventie, terugdringen risicovol gedrag:
 - versterken van seksuele vorming, inclusief tegengaan van discriminatie en stigmatisering (is al benoemd in hoofdstuk 6);
 - verhogen toegankelijkheid en gebruik van kwalitatief goede soa-informatie geschikt voor alle doelgroepen;
 - verhogen condoomgebruik;
 - verhogen dekking HBV-vaccinatie risicogroepen, breder uitrollen HCV-behandeling binnen risicogroepen.
- Verbetering opsporing en testbeleid:
 - verhogen bereik 'hidden groups' door innovatieve out-reach methodieken;
 - verhogen van acties op risico hot-spots;
 - testen en behandelen conform testbeleid;
 - verhogen aantal private testaanbieders dat voldoet aan landelijke criteria (zie hoofdstuk 4);
 - verhogen resultaten partnerwaarschuwing en partnermanagement (zie ook hoofdstuk 4).

¹⁸ [http://seksonderje25e.nl/files/uploads/Seks%20onder%2025%202017%20samenvatting%20\(2\).pdf](http://seksonderje25e.nl/files/uploads/Seks%20onder%2025%202017%20samenvatting%20(2).pdf)

¹⁹ http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2016/september/Evaluatie_van_het_aanbod_van_online_aanbieders_van_soa_zelftesten_in_Nederland

Preventie risicovol gedrag

Elk jaar worden 200.000 jongeren seksueel actief. Het is belangrijk dat zij de kennis en vaardigheden meekrijgen om zich te beschermen tegen hiv en andere soa. Bij voorkeur wordt dit integraal aangeboden met informatie over anticonceptie en het voorkómen van seksuele grensoverschrijding en in de context van het streven naar positieve seksuele gezondheid (zie ook hoofdstuk 5). Goede voorlichting verhoogt daarnaast maatschappelijke acceptatie van diversiteit en gaat stigma tegen. Informatie over soa en mogelijkheden van therapie kunnen helpen om dit stigma te reduceren en daarmee infecties en morbiditeit te verminderen (zie voor aanpak hoofdstuk 7).

Daarnaast zijn er andere determinanten van risicovol gedrag, bijvoorbeeld alcohol- en drugsgebruik tijdens seksueel contact. Om de eigen verantwoordelijkheid te kunnen nemen voor de bescherming tegen soa, moeten burgers gebruik kunnen maken van actuele en betrouwbare informatie over soa, over de hele range van gedragsopties (preventie, tests, behandelen, partners waarschuwen). Specifiek aandachtspunt is dat die informatie duidelijk maakt wat de ernst van soa is, nu de dreiging van bijvoorbeeld hiv als lager wordt ervaren.

Met de komst van effectieve biomedische preventiestrategieën voor hiv (TasP, PrEP, zie hoofdstuk 7) en de nadruk op het belang van tests en het behandelen van soa, bestaat het gevaar dat condoomgebruik onvoldoende wordt gepromoot en ondersteund. Met name het kiezen van de juiste maat blijkt essentieel voor effectief gebruik en plezier in de praktijk. Een actuele condoomboodschap en -campagne biedt de kans om bewustzijn over en motivatie voor veilig vrijen lokaal te versterken.

Primaire preventie (zoals HBV-vaccinatie) gericht op risicogroepen is relatief succesvol, maar vraagt extra inzet bij het verbreden van de dekking bij groepen als MSM en sekswerkers. Gezien de concentratie van HCV in hoogerisiconetwerken van MSM (met hiv) is het mogelijk om met gerichte en effectieve behandeling de transmissie te doorbreken (test-en-treat-aanpak). Uitdaging hier is het voorkómen van her-infectie.

Met vaccinatie tegen HPV kan mogelijk ook ziektelast worden voorkomen bij jongens en met name MSM (genitale wratten, anus en peniskanker). Een belangrijk aandachtspunt daarbij is het draagvlak voor bredere HPV-vaccinatie en een effectieve communicatiestrategie. Hiervoor is inzicht wenselijk in gedragsbepalende determinanten als kennis, houding en intenties. Welke veronderstellingen leven er onder de doelgroep en onder ouders? Wie neemt de beslissing (ouder of kind), of: hoe komt deze tot stand? Hoe informeert men zich over dit onderwerp en welke vragen spelen er?

Aanpak

- Actualiseren en verhogen van gebruik van soa-informatie op landelijke algemene websites (bijvoorbeeld thuisarts.nl), op landelijke specifieke websites (Sense.info, Soa.nl, MantotMan) en op lokale websites (GGD'en).
- Ontwikkelen van een effectieve kernboodschap over de ernst van soa (anders dan hiv);
- Versterken van de zelfredzaamheid van cliënten door online ondersteuning van risico-inschatting, advies, testaanvragen, afspraken maken voor counseling, ondersteuning behandeling (online soa-poli).
- Doorontwikkelen van innovatieve methoden om groepen te bereiken, bijvoorbeeld door bredere inzet van internetveldwerk.
- Ontwikkelen en uitvoeren van een condoomcampagne.
- Bestaande interventies als 'Lang Leve de Liefde' gerichter inzetten om negatieve ontwikkelingen te keren.
- Duurzame aandacht geven in de scholing van professionals voor ondersteuning van bredere implementatie van effectieve interventies voor seksuele vorming, met meer aandacht voor condoompromotie.
- Continueren HBV-vaccinatie bij risicogroepen en verhogen van de dekking.
- Verbreden van de test-en-treat-aanpak HCV onder MSM (NoMoreC).
- Verhogen van het gebruik van informatie over HCV-preventie door MSM.
- Onderzoek naar effectiviteit en haalbaarheid van HPV-vaccinatie voor doelgroepen.

Betrokken partijen:

Landelijke overheid: GGD'en; Landelijke organisaties: Rathenau instituut; Landelijke thema-instituten: Soa Aids Nederland, Rutgers; Wetenschappelijke organisaties en Beroepsorganisaties: NHG (SeksHAG), V&VN, NVIB (WASS); Onderwijspartijen: NSPOH; Zorgverleners: hiv-behandelcentra.

Verbetering opsporing en testbeleid

Niet alle risicogroepen worden bereikt met de reguliere soa-voorzieningen of met out-reach. Dit betreft moeilijk bereikbare groepen als sekswerkers en MSM die zich niet identificeren met homoseksualiteit. Voor hen zijn andere innovatieve strategieën noodzakelijk.

Soa zijn niet gelijkmatig verdeeld over Nederland, maar geclusterd. Zo zijn de syfilis- en gonorrhoe-infecties geconcentreerd in hoogrisiconetwerken van MSM. Nationale real-time data van de CSG's bieden kans voor vroege waarschuwing van outbreaks in specifieke groepen of regio's. Ook gerapporteerde verschillen tussen ASG-regio's in aantallen tests en vindpercentage kunnen informeren over de noodzaak van gerichte lokale acties. Het inzetten op sociale netwerken blijkt bijvoorbeeld effectief om verborgen chlamydia-infecties op te sporen. Daarnaast biedt een integrale aanpak kans op verbeterde opsporing.

Het online en bij private aanbieders testen op soa wordt populairder. Het is belangrijk om groepen die hiervan gebruikmaken te bereiken en goed te informeren over tests en de kwaliteit van het private testaanbod. Dat aanbod is wisselend in kwaliteit en garandeert niet altijd een effectieve aanpak van soa.

Het vindpercentage bij gewaarschuwde partners is twee keer zo hoog als bij alle bezoekers van de CSG's (32 procent versus 18 procent)²⁰. Partnerwaarschuwing en partnermanagement zijn dan ook essentieel voor de individuele gezondheid (voorkoming van complicaties) en publieke gezondheid (onderbreking van transmissie). Het is bekend dat bij online soa-testaanbieders de vereiste behandeling en contactopsporing bij het vinden van een infectie vaak niet goed is geregeld.

Aanpak

- Visualiseren van hotspots voor soa, gebaseerd op surveillancedata en aanvullende data ter stimulering van lokale, doelgerichte acties. Ontwikkeling van een kader voor ethisch gebruik van deze data.
- Integrale aanpak: combineren van case-finding hepatitis en hiv, het preventieconsult en wijkgericht 'hot-spot' werken.
- Doorontwikkelen en verhogen bereik Advies.chat.
- Regelmatige toetsing privaats (online) aanbod soa-tests (herhaling rapport 2016).
- Tegen vergoeding overdragen van criteria zelftestaanbod aan private aanbieders.
- Verbeteren inzicht in gebruik privaats (online) zelftests van soa (zie ook hoofdstuk 4).
- Verhogen gebruik partnerwaarschuwing.nl.
- Verhogen effectiviteit van regionale ketensamenwerking in partnerwaarschuwing en partnermanagement door versterken van de proactieve rol van huisarts en hiv-consulenten in voorlichting, signalering en vroegtijdige diagnose en partnerwaarschuwing soa (vooral bij hiv, syfilis, gonorrhoe, LGV en HCV).

Betrokken partijen:

Landelijke overheid: RIVM, GGD'en; Zorgverleners;
Landelijke thema-instituten: Soa Aids Nederland.

²⁰ RIVM jaarrapport 2017; http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2017/Juni/Sexually_transmitted_infections_including_HIV_in_the_Netherlands_in_2016

7

Preventie, opsporing en behandeling van hiv

7.1 Mensen met hiv in zorg

Per november 2016 waren er in Nederland 19.136 personen met hiv in zorg bij één van de 26 hiv-behandelcentra. Dat is volgens een model van de SHM 89 procent van het geschatte aantal personen met hiv in Nederland. Van deze personen gekoppeld aan zorg was 92 procent gestart met antiretrovirale combinatie-therapie. Bij 95 procent daarvan was tijdens het laatste onderzoek het virus tot ondetecteerbare waarden onderdrukt.

Het aantal ongediagnosticeerde personen met hiv in Nederland wordt momenteel geschat op 2.800 personen. Het aantal nieuwe hiv-diagnoses is de afgelopen jaren langzaam gedaald. Waren er in 2008 nog bijna 1.200 nieuwe diagnoses, in 2016 werden 820 nieuwe hiv-diagnoses gesteld, waarvan 67 procent bij mannen die seks hebben met mannen (MSM). In 2016 kwam 43 procent van de mensen met een nieuwe hiv-diagnose te laat in zorg. De kans hierop was groter voor heteromannen, voor personen van 45 jaar of ouder, en voor personen uit Zuid- en Zuidoost-Azië en sub-Sahara Afrika²¹. Kennelijk voorziet het huidige testaanbod voor hiv niet in de behoefte van personen uit bepaalde risicogroepen.

²¹ Op de Coul, E.L.M., Van Sighem, A.L., Brinkman, K., Van Benthem, B.H., Van der Ende, M.E., Geerlings, S. en Reiss, P., for the ATHENA national observational HIV cohort. Factors associated with presenting late or with advanced HIV disease in the Netherlands, 1996-2014: results from a national observational cohort. *BMJ Open* 2016;6:e009688 doi:10.1136/bmjopen-2015-009688.

Ook is aannemelijk dat stigma ten aanzien van het testen op hiv afremt.

Voor de individuele patiënt is het van belang zo vroeg mogelijk, liefst direct na infectie, te beginnen met medicatie. Daarom is gericht en frequent testen essentieel om uiteindelijk de levensverwachting van een hiv-geïnfecteerde door behandeling te verbeteren. Verder is gebleken dat door virusonderdrukking met hiv-behandeling het risico op seksuele overdracht zonder condoom afwezig tot verwaarloosbaar is. Behandeling is daarmee dus meteen preventie. Dit wordt samengevat in de vertaalde statement 'niet meetbaar = niet overdraagbaar' van de internationale slogan Undetectable=Untransmissible (U=U).

Door UNAIDS en de WHO zijn ambitieuze internationale doelen benoemd voor 2020, de 90-90-90 strategie: 90 procent van de mensen met hiv is bekend met de infectie en gekoppeld aan zorg, 90 procent van de mensen met hiv in zorg is gestart met hiv-behandeling en 90 procent van de mensen met hiv die is gestart met hiv-behandeling heeft een ondetecteerbare viral load (zie eerder: WHO- doelstellingen). In Nederland hebben we deze doelen in 2017 al bijna gehaald (89-92-95). We kunnen in Nederland zelfs streven naar minimaal 95-95-95 in 2022 (de WHO-doelstellingen voor 2030).

Doelstellingen voor 2022

- Het aantal doden door aids in Nederland is nul.
- Het jaarlijks aantal nieuwe hiv-diagnoses is minimaal gehalveerd (2015: 900).
- In Nederland kent 95 procent van de mensen met hiv zijn/haar hiv-status, is 95 procent van hen onder behandeling en heeft 95 procent van hen een ondetecteerbare virale load.
- Mensen met hiv met een verhoogd risico zijn optimaal beschermd tegen HBV en HCV.
- Van de mensen die bekend zijn met hun hiv-status ervaart 90 procent een goede kwaliteit van leven, dat wil onder meer zeggen: reductie van het stigma en van discriminatie. Testen op hiv en behandeling van hiv worden genormaliseerd.

Naast het tijdig opsporen van mensen met hiv en hen toeleiden naar de zorg, zijn er uitdagingen op het gebied van de kwaliteit van leven met hiv en preventie van hiv. Nu steeds meer mensen lang(er) leven met een effectief onderdrukt virus, dient de komende jaren meer aandacht te komen voor hun kwaliteit van leven. Niet alleen voor het bestrijden van co-morbiditeit en co-infecties, maar ook voor het tegengaan van maatschappelijke uitsluiting, stigmatisering en voor het bevorderen van hun seksuele gezondheid.

Daarnaast moeten mensen zo vroeg mogelijk, tijdens de acute hiv-infectie, worden gedetecteerd. Want bij een acute hiv-infectie is de viral load hoog en treedt transmissie makkelijker op bij personen die daarbij seksueel hoog risicogedrag vertonen. Een studie gemodelleerd op de Nederlands MSM-populatie laat zien dat bijna driekwart van de transmissies in de vroege fase van infectie plaatsvindt²². Het starten van antiretrovirale therapie kort na infectie kan dus een significante impact hebben op de hiv-epidemie. De aspecten van een goede hiv-zorg zijn door de NVHB geformuleerd in het hiv-plan voor 2017-2022: 'Stappen vooruit in de hiv-preventie en hiv-zorg'²³ en sluiten aan bij dit plan.

7.2 Uitdagingen en aanpak

Hiv-preventie en -behandeling gaan hand in hand, maar behoeven verdere versterking. We handhaven primaire, selectieve preventie (seksuele vorming en condoombestrijking, test-en-treat) om infecties te voorkomen (hepatitis B-vaccinatie binnen RVP en voor risicogroepen, screening zwangeren, screening bloed en orgaandonaties, infectiepreventie in arbeid en zorg, etc.). Daarnaast zetten we in op de bovengenoemde doelen.

Samenvatting van de uitdagingen:

- tijdig opsporen en behandelen van hiv-infecties;
- tijdig opsporen en behandelen van acute hiv-infecties;
- pre-expositie profylaxe voor hiv;
- aandacht voor co-infecties bij mensen met hiv;
- kwaliteit van leven en stigma.

Tijdig opsporen en behandelen van (acute) hiv-infecties

Met het dalende aantal infecties stijgt de noodzaak om subpopulaties en locaties (hot spots) te bereiken met het hoogste risico op een infectie. Het pakket aan interventies en zorg om mensen op deze manier op te sporen en hulpverlening in te richten, moet aansluiten op hun specifieke behoefte.

Daarnaast is een nóg nauwere samenwerking tussen verschillende (zorg)partijen nodig om hiv-geïnfecteerden op te sporen en hen naar zorg toe te leiden. Met het oog op preventie is het van belang een acute hiv infectie snel te herkennen en op te sporen. Een acute infectie kan eenvoudig gemist worden doordat er in deze fase nog geen antistoffen worden gevormd. Snelle opsporing van MSM met een acute infectie is echter van belang omdat zij als index individu kunnen fungeren en daarmee kunnen helpen bij het in kaart brengen van transmissienetwerken. Inzicht in deze netwerken kan gerichte preventie mogelijk maken. In British Columbia worden 'real time' veranderingen in transmissienetwerken gebruikt om public health interventies – zoals (locatie)gericht testen – te implementeren²⁴. In alle gevallen moet er extra aandacht uitgaan naar verdere verspreiding van het virus en naar snelle toeleiding naar en bevordering van adherentie aan behandeling. Reductie van de viral load voorkomt verdere verspreiding en bevordert de prognose van de patiënt.

²² Ratmann, O., et al. Science Tr Med 2016; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4902123/>

²³ <http://nvhb.nl/2017/12/01/hiv-plan-voor-2017-2022-stappen-vooruit-in-hiv-zorg-en-hiv-preventie/>

²⁴ Poon, A.F., et al. The Lancet 2016; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27126490>

Aanpak

- Versterken van vroegsignalering van indicatoren voor (risico op) een hiv-infectie bij huisartsen en de meest relevante disciplines in de tweede en derde lijn (in samenhang met een betere toegang tot zorg en verbetering van adherentie aan therapie).
- Laagdrempelig beschikbaar maken van preventieve opties, zoals: informatie en advies over veilige seks, optimale distributie van condooms, toegang tot PrEP en de daaraan gerelateerde zorg.
- Inzoomen en beter bedienen van hot spots (clustering van hoogrisico-subgroepen, netwerken en -gebieden). Dit vraagt om samenwerking tussen verschillende professionals (epidemiologen, dataspecialisten, preventiewerkers) en de betreffende gemeenschappen zelf, en om het gebruik van nieuwe technologieën en visualisatiemogelijkheden.
- Pro-actief aanbieden en beschikbaar maken van tests in zowel klinische als community settings en voor zelfafname en zelf testen.
- Meer infecties opsporen door effectieve partnerwaarschuwing, eventueel in samenwerking tussen hiv-behandelaar en het CSG.
- Directe behandeling na een positieve testuitslag, volgens de richtlijn van de NVHB.
- Verder verbeteren van de effectiviteit van hiv-behandeling door het inzetten van nieuwe vormen van medicatie, waarvan het gebruik eenvoudiger is en/of minder negatieve bijverschijnselen geeft.
- Verbetering van de toegankelijkheid van de hiv-zorg – onder meer voor patiënten met een migratieachtergrond en MSM met problematisch druggebruik – door het aanbieden van cultuursensitieve en contextuele vormen van ondersteuning. Iedere hiv-patiënt die in Nederland verblijft, zou optimale hiv-zorg moeten worden aangeboden om transmissie te voorkomen, ook al betreft het migranten waarvan de verblijfsstatus nog onduidelijk is. Door versoering van lokale opvangmogelijkheden (Bed Bad Brood regeling) dreigt voor deze mensen een onhoudbare situatie te ontstaan die de therapietrouw ernstig bemoeilijkt, met als gevolg een verhoogd transmissierisico en gezondheidsrisico's voor het individu.
- Kwaliteitsmonitoring en certificering van hiv-behandelcentra.

Betrokken partijen:

Landelijke overheid: RIVM, GGD(CSG); Landelijke organisaties: Hiv Vereniging, zelforganisaties, lokale gemeenschappen; Zorgverlener: hiv-behandelaren en hiv-consulenten, huisartsen; Wetenschappelijke verenigingen en Beroepsverenigingen: NVIB (WASS), NVHB, NHG(SeksHAG), V&VN (VCH), NVIB (WASS); Landelijke thema-instituten: Soa Aids Nederland; Zorgverzekeraars; informele zorginitiatieven (voor hotspot benadering).

Tijdig opsporen en behandelen van acute hiv-infecties

Aanpak

- Implementatie van herkenning-algoritme van symptomen van een acute hiv-infectie bij MSM met risicogedrag (zoals sinds 2015 operationeel op GGD Amsterdam / H-TEAM).
- Uitrol van een landelijk campagne om acute hiv beter te herkennen.
- Inzicht krijgen in transmissienetwerken met fylogenetische analyse.

Betrokken partijen:

Landelijke overheid: RIVM, GGD(CSG); Landelijke organisaties: Hiv Vereniging, zelforganisaties, lokale gemeenschappen; Zorgverlener: huisartsen, hiv-behandelaren en hiv-consulenten, huisartsen; Wetenschappelijke verenigingen en Beroepsverenigingen: NVHB, V&VN (VCH), NHG(SeksHAG).

Pre-expositie profylaxe voor hiv

De meest recente grote doorbraak om hiv-infecties te voorkomen is het profylactisch gebruik van hiv-medicijnen door hiv-negatieve hoogrisicogroepen (zoals MSM en transgenders). Dit wordt 'Pre-expositie profylaxe' (PrEP) genoemd. PrEP biedt een hoge mate van bescherming tegen hiv-infectie mits consequent geslikt. Voorwaarde is dat mensen voorafgaand aan gebruik van PrEP vrij zijn van hiv en zich tijdens gebruik regelmatig laten testen op soa en hiv en potentiële bijwerkingen van PrEP.

PrEP wordt momenteel niet vergoed door ziektekostenverzekeraars. Dit leidt ertoe dat personen die PrEP willen gebruiken via informele kanalen (het buitenland, het internet) generieke PrEP-medicatie verkrijgen die minder duur is. Punt van aandacht is dat deze mensen de juiste zorg rondom PrEP-gebruik (regelmatig worden getest op hiv en andere soa, en nierfunctietests) missen.

Aanpak

- Implementatie van zorg (bij HA en/of GGD) rondom al dan niet gereguleerd PrEP-gebruik (met name op regelmatige basis testen op soa en nierfunctie).
- Het aanbieden van PrEP aan seronegatieve vaste partners van recent gediagnosticeerde mensen met hiv.

Betrokken partijen:

Landelijke overheid: RIVM, GGD; Wetenschappelijke verenigingen en Beroepsverenigingen: NVHB, V&VN (VCH), NHG(SeksHAG), NVIB (WASS); Zorgverleners: hiv-behandelaren en hiv-consulenten, huisartsen. Thema-instituten: Soa Aids Nederland.

Co-infecties

Co-infecties bij mensen met een hiv-infectie vragen specifieke aandacht, omdat hierdoor zowel ziekteprogressie sneller kan zijn als de transmissie van hiv en andere soa kan worden bevorderd bij co-infectie. Dit betreft met name co-infecties met HBV en HCV (7 procent van de hiv-patiënten in zorg in 2016 had een chronische HBV; 6 procent chronische en 2 procent acute HCV). Personen met een chronische HCV-infectie komen in Nederland tegenwoordig in aanmerking voor behandeling met *direct acting antiretrovirals* (DAA's) met minder bijwerkingen en kortere duur. Inzet hiervan is belangrijk, om transmissie in risicogroepen als MSM met hiv te voorkomen. Helaas zijn deze middelen nog niet geregistreerd voor de behandeling van acute HCV. Naar schatting 28 procent van alle hiv-positieve individuen is nooit aan HBV blootgesteld of niet succesvol gevaccineerd, en blijft risico lopen op co-infectie met HBV. De aanpak van virale hepatitis B en C staat beschreven in het Nationaal plan hepatitis: 'Meer dan opsporen' uit 2016²⁵. Daarnaast komt een hiv-infectie vaak voor bij mensen met tuberculose uit endemische landen. Tegelijk testen op tuberculose én hiv is daarom belangrijk²⁶.

²⁵ http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Wetenschappelijke_artikelen/2017/Februari/Nationaal_plan_tuberculosebestrijding_2016_2020

²⁶ http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2016/Nationaal_hepatitisplan_een_strategie_voor_actie

Aanpak

- Streven naar immunisatie tegen HBV van alle MSM en andere risicogroepen met hiv, door intensieve vaccinatie van degenen die nog geen effectieve bescherming hebben opgebouwd.
- Verbeteren van het herhaald testen op HCV onder hoogrisico MSM, en gevonden infecties zo snel mogelijk behandelen.
- Streven naar een integrale aanpak van soa (inclusief HBV, HCV), tbc en hiv en gebruikmaken van een preventiemix (condoom, PEP, PrEP (inclusief goede voorlichting over PrEP-gebruik bij doelgroep en PrEP-gerelateerde zorg), treatment as prevention (TasP).
- Zorgen voor een goede registratie van co-infecties (zie hoofdstuk 4).

Betrokken partijen:

Landelijke overheid: VWS, RIVM, GGD; Wetenschappelijke verenigingen en Beroepsverenigingen: NVHB, NHG(SeksHAG); Zorgverleners: hiv-behandelaren, huisartsen; Landelijke thema-instituten: Soa Aids Nederland, KNCV.

Kwaliteit van leven en stigma

De levensverwachting van mensen bij wie tijdig de diagnose hiv is gesteld en bij wie combinatietherapie is gestart, is in Nederland vrijwel gelijk aan die van mensen zonder hiv. Met de gezondheid van deze mensen gaat het meestal goed; wel hebben mensen met hiv op jongere leeftijd vaker chronische, niet-hiv-gerelateerde co-morbiditeit.

Uit onderzoek onder 650 mensen met hiv blijkt dat ieder van hen weleens een negatieve reactie heeft gehad op zijn of haar hiv. De afwijzende reacties en de angst hiervoor hebben een grote impact op het psychisch welbevinden van veel mensen met hiv.

In de laatste jaren is er veel hoopgevend onderzoek geweest naar preventie, diagnose en behandeling van hiv-infecties. Dit heeft grote gevolgen voor het denken over transmissie van hiv, voor leven met hiv en voor inrichting van de zorg – ook voor oudere mensen met hiv.

Aanpak

- Activiteiten gericht op de samenleving die uitsluiting, stigmatisering en isolatie tegengaan en die maatschappelijke en arbeidsparticipatie van mensen met hiv (en andere infectieziekten, zoals HBV en HCV) bevorderen, door bij de informatievoorziening over hiv nog meer te letten op een niet-stigmatiserende toon en in de primaire, selectieve preventie rekening te houden met het effect op de secundaire en tertiaire preventie.
- Activiteiten gericht op mensen met hiv voor het ontwikkelen van langetermijnperspectieven met betrekking tot zelfbeeld, intimiteit en seksualiteit (genderdiversiteit) en maatschappelijke participatie. Vooral lotgenotencontact en 'peer support' zijn daarbij van groot belang, onder anderen bij migranten. Facilitering en financiële ondersteuning hiervoor zijn noodzakelijk.
- Het meetbaar maken van de kwaliteit van leven en van hiv-zorg door het effect van maatregelen op reductie van stigma en discriminatie te meten met gevalideerde Value based healthcare vragenlijsten.

Betrokken partijen:

Landelijke overheid: VWS, OCW, RIVM, GGD;
Wetenschappelijke verenigingen en Beroepsverenigingen: NVHB, V&VN (VCH); Zorgverleners: hiv-behandelaren en hiv-consulenten, huisartsen;
Landelijke thema-instituten: Soa Aids Nederland, Hiv Vereniging; Belangengroepen.

Implementatie

De implementatie van bovengenoemde ambities en doelen kan worden gestimuleerd door te werken met regionale zorgstandaarden. Dit nieuwe concept heeft als belangrijke onderdelen:

- Een door ketenpartners breed gedragen regionale of lokale probleemanalyse, bijvoorbeeld in de vorm van een *cascade of care* voor hiv, die duidelijk maakt waar de uitdagingen liggen.
- Een breed gedragen overeenstemming over de lokaal/regionaal gezamenlijk te behalen doelen.
- Een goede afstemming tussen ketenpartners over optimale lokale/regionale toepassing van bestaande richtlijnen en optimale organisatie van de netwerksamenwerking.

8

Preventie van ongewenste zwangerschap

8.1 Stand van zaken anticonceptie en abortus

Van alle vrouwen in Nederland tussen de 18 en 49 jaar gebruikt 63 procent enige vorm van anticonceptie: 30 procent gebruikt de pil (of een combinatie van pil en condoom), 10 procent gebruikt het condoom, 17 procent gebruikt een spiraal en 5 procent gebruikt een andere vorm van anticonceptie. Van de vrouwen die geen anticonceptie gebruiken, heeft 42 procent een goede reden: ze hebben geen seks, zijn zwanger of willen zwanger worden. De overige vrouwen hebben een verhoogd risico op een ongeplande zwangerschap want zij gebruiken geen anticonceptie, hebben wel seks en zijn vruchtbaar. Vrouwen die risico lopen op een ongewenste zwangerschap (8 procent²⁷) zijn met name laag opgeleide vrouwen, jonge starters, Surinaamse vrouwen, Antilliaanse vrouwen en vrouwen uit sub-Sahara²⁸. Andere kwetsbare groepen voor ongewenste zwangerschap zijn vluchtelingen en migranten. Zij hebben beperkte toegang tot informatie en anticonceptiemiddelen. Vrouwen met een lage sociaal economische status, psychische problematiek of een verslaving, of (licht) verstandelijk beperkten blijken eveneens een kwetsbare groep voor onbedoelde zwangerschap.

Ook voor hen is het een grotere uitdaging om de goede informatie te krijgen, een passend anticonceptie middel te kiezen en dit vervolgens goed toe te passen.

Uit de Nederlandse abortuscijfers blijkt dat van alle vrouwen die een zwangerschap laten afbreken ongeveer een derde de pil, een derde een condoom en een derde geen anticonceptie gebruikte. Het abortuscijfer schommelt al jaren rond de 8,6 per 1.000 vrouwen van 15-45 jaar. Dit cijfer komt neer op circa 27.000 abortussen per jaar²⁹. Ongeveer eenderde van deze zwangerschapsafbrekingen is niet de eerste abortus.

8.2 Hoe is het in Nederland geregeld?

Anticonceptie

Anticonceptie wordt tot 21 jaar vergoed in de basisverzekering; vanaf 18 jaar moeten jongeren deze vanwege de verplichte eigen bijdrage doorgaans zelf bekostigen. Er is een goede infrastructuur voor anticonceptiezorg. Voor anticonceptieconsulten kunnen vrouwen terecht binnen de reguliere zorg (eerstelijnszorg, verloskundigen, abortusklinieken, gynaecologen) en binnen de aanvullende voorzieningen van de CSG's. Er bestaat een NHG

²⁷ Seksuele Gezondheid in Nederland/Leefstijlmonitor: Rutgers i.s.m. RIVM, 2017.

²⁸ Landelijke abortusregistratie, Rutgers 2015.

²⁹ Inspectie Jaarrapportage 2015 van de Wet afbreking zwangerschap. IGZ, 2017.

standard anticonceptie³⁰. Er zijn inmiddels uiteenlopende materialen, brochures en websites om vrouwen te ondersteunen bij anticonceptiekeuze en effectief gebruik daarvan. Ook voor keuzehulp na een onbedoelde zwangerschap is ondersteuning beschikbaar. Landelijke thema-instituten werken op dit terrein samen en worden extra ondersteund door tijdelijke subsidies (amendementsgelden).

Anticonceptiegebruik bij het eerste seksuele contact is hoog onder jongeren³¹. Dit is mogelijk mede veroorzaakt doordat de afgelopen jaren in goede informatievoorziening voor jongeren over anticonceptie is geïnvesteerd, onder andere via seksuele vorming en Sense.info. 92 procent van de meisjes en 94 procent van de jongens gebruikte een anticonceptiemethode. Dit percentage is de laatste jaren licht gestegen.

Abortuszorg

Abortuszorg in Nederland wordt door de Nederlandse abortusklinieken geleverd. Zij voeren 91 procent van de abortussen uit; 9 procent vindt plaats in een ziekenhuis. Volgens de Wet afbreking zwangerschap hebben zowel klinieken als ziekenhuizen hiervoor een vergunning nodig. In de wet zijn de voorwaarden vastgelegd voor de abortuszorg. Daarnaast zijn er de richtlijnen en protocollen van het Nederlandse Genootschap voor Abortusartsen waarmee alle klinieken en ziekenhuizen werken. Zorg en opvang rond abortus en keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap wordt daarnaast ook via gemeenten geregeld en wordt vaak via de CSG's uitgevoerd.

Doelstellingen voor 2022

- Evidence based informatie en counseling over anticonceptie is beschikbaar en toegankelijk, ook voor kwetsbare groepen.
- Alle vormen van passende, betrouwbare anticonceptie zijn laagdrempelig verkrijgbaar, ook voor de meest kwetsbare groepen.
- Het aantal ongewenste zwangerschappen is gedaald door effectief gebruik van passende en betrouwbare anticonceptie.

8.3 Uitdagingen en aanpak

Niet alle vrouwen hebben toegang tot anticonceptie of maken hierin een verantwoorde keuze. De anticonceptie counseling in de eerstelijnszorg is beperkt en is nog vrij traditioneel gericht op de anticonceptiepil. In de counseling komt het brede palet aan anticonceptiekeuzen nog te weinig aan bod, en is er weinig aandacht voor omgang met gebruikersfouten en monitoring van gebruik. Ook is niet duidelijk hoe vrouwen hun anticonceptiekeuze maken, welke informatiebronnen zij raadplegen en welke voor hen waardevol zijn. Met name laaggeletterden, laagopgeleiden, migrantengroepen en andere kwetsbare groepen behoeven intensievere ondersteuning. Het is nog onduidelijk of bij bepaalde groepen financiële drempels voor de optimale keuze een rol spelen.

Uit Seks onder je 25^e weten we dat een groot deel van de Nederlandse jongeren anticonceptie gebruikt bij hun eerste seksuele contact. Dit niveau moet dus worden gehandhaafd. De keuze voor abortus wordt door jongeren en in bepaalde groepen omgeven met taboes die de keuze bemoeilijken.

Ambities op het gebied van preventie van ongewenste (tiener)zwangerschap zijn beschreven in een specifieke notitie om tot gerichte verbeteracties te komen³². In de huidige kabinetsplannen is ruimte gemaakt voor landelijke financiering van een landelijk aanbod voor individuele ondersteuning en keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap. Een deel van dit verhaal (individuele begeleiding en opvang van jonge ouders, bijvoorbeeld) valt buiten de scope van dit actieplan. Er zijn echter raakvlakken met het public health-gedeelte van de seksuele gezondheidszorg wat betreft:

- Goede informatievoorziening over anticonceptiekeuze en keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap.
- Betere toerusting van professionals.
- Laagdrempelige toegang tot anticonceptie.
- Monitoring kennis en gebruik van anticonceptie.

³⁰ Richtlijn anticonceptie; <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-anticonceptie>

³¹ De Graaf, H., Nikkelen, S., Van den Borne, M., Twisk, D. en Meijer, S. 'Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2017'. Delft: Eburon.

³² Preventie, ondersteuning en zorg bij onbedoelde/ongewenste (tiener) zwangerschap. Advies van veldpartijen. Juni 2017. [https://www.bing.com/search?q=Preventie,+ondersteuning+en+zorg+bij+onbedoelde%2Fongewenste+\(tiener\)+zwangerschap.&src=IE-TopResult&FORM=IETRo2&conversationid=](https://www.bing.com/search?q=Preventie,+ondersteuning+en+zorg+bij+onbedoelde%2Fongewenste+(tiener)+zwangerschap.&src=IE-TopResult&FORM=IETRo2&conversationid=)

Goede informatievoorziening over anticonceptiekeuze en keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap

Het is niet duidelijk welke informatiebronnen vrouwen raadplegen en hoe ze de informatie over anticonceptie en keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap waarderen. Er zijn diverse websites, zoals sense.info voor jongeren, seksualiteit.nl, anticonceptie-online.nl, thuisarts.nl, anticonceptievoorjou.nl, zwangerwatnu.nl, siriz.nl en groepscoaching als Girls' Talk special, maar we weten onvoldoende of alle groepen voldoende toegang hebben tot informatie en zich ondersteund weten bij preventie van ongewenste zwangerschap en keuzehulp. Voor volwassenen en meer kwetsbare groepen ontbreken nog passende tools en/of zelfkeuze-instrumenten. Er is meer zicht nodig op belemmeringen en achtergronden bij passende keuzes om de tools goed in te richten voor een brede groep vrouwen en kwetsbare groepen in het bijzonder. Ook zou onderzocht moeten worden welke tools effectief zijn om herhaalde abortus te voorkomen. Voor professionals wordt een ondersteuningsaanbod ontwikkeld en aangeboden rondom anticonceptiecoaching. Het aanbod moet continu worden onderzocht op werkzaamheid en doelmatigheid.

Aanpak

- Verkenning van de gebruikswaarde en waardering van verstrekte informatie.
- Doorontwikkeling van tools om te komen tot een passende anticonceptiekeuze en effectief gebruik.
- Verbetering van informatievoorziening op relevante informatiekanalen (onder meer seksualiteit.nl, sense.info).
- Toeleiding naar betrouwbare publieksinformatie via gerichte pr en social media-campagnes.
- Onderzoek naar achtergronden van onbedoelde zwangerschap en naar motiverende en belemmerende factoren bij (duurzaam) anticonceptiegebruik, in het bijzonder bij kwetsbare groepen en migrantengroepen.
- Na- en bijscholing aanbieden over anticonceptiecoaching, e-learning, studiedagen voor eerstelijnsprofessionals, abortusklinieken, GGZ en professionals in het sociale domein.
- Inbedding van het thema in opleidingen voor verloskundigen, huisartsen, sociaal werkers.
- Onderzoek naar de kwaliteit van anticonceptiecoaching met aandacht voor een breed palet, voor omgang met gebruikersfouten en voor het maken van een passende keuze.
- Longitudinaal onderzoek naar het effect van intensieve anticonceptiecoaching na abortus bij risicogroepen.

Betrokken partijen:

Landelijke Overheid: GGD'en (CSG's); Landelijke themainstituten: Rutgers; Overige organisatie: Fiom; Wetenschappelijke organisaties en Beroepsorganisaties: NHG (SeksHAG), KNOV, POH, KNOV, NGvA, V&VN; Zorgverleners: abortusklinieken en Siriz; Onderwijsinstellingen: opleidingen voor zorgprofessionals.

Betere toerusting van professionals

Met name kwetsbare vrouwen zijn gebaat bij intensievere anticonceptiecoaching en ondersteuning bij effectief anticonceptiegebruik. Pilots in onder andere Tilburg en Rotterdam hebben bewezen dat intensievere anticonceptiecoaching effectief kan zijn. Deze methode wordt verder doorontwikkeld en landelijk uitgerold (project Nu niet zwanger) waarbij aandacht is voor doorontwikkeling, coördinatie en regionale/lokale ondersteuning. Ook binnen het sociale domein waar al contact is met kwetsbare groepen, zou het thema anticonceptie en uitstel van kindwens meer integraal aan bod kunnen komen. Het is voornamelijk onduidelijk wat bij de risicogroepen de belangrijkste barrières zijn voor (duurzaam) gebruik van anticonceptie. Daarnaast zou er extra aandacht moeten zijn voor coaching en voorlichting aan specifieke groepen migranten- en vluchtelingenvrouwen (met name met een Surinaamse, Antilliaanse en sub-Sahara-achtergrond). Hierbij zou een community based aanpak vanuit een positieve deviantiemethodiek (wat kunnen we leren van de vrouwen met wie het goed gaat?) effectief kunnen zijn.

Aanpak

- Pilots met intensieve (online) anticonceptiecoaching of coaching van kwetsbare groepen in achterstandswijken, met landelijke uitrol van succesvolle methodieken (project Nu niet zwanger).
- Opleiden en inzetten van anticonceptiecoaches, Sense, GGD en voorlichters uit migranten- en vluchtelingendoelgroepen (preventieve aanpak, positieve rolmodellen/deviantiemethodiek).
- Impuls geven aan lokaal samenhangend beleid voor preventie van onbedoelde zwangerschap bij kwetsbare groepen, en indien relevant linken met soa-testaanbod.
- Secundaire preventie van abortus en onderzoek naar impact van intensieve coaching en interventies in samenwerking met abortusklinieken en migrantengroepen.

Betrokken partijen

Landelijke overheid VWS, RIVM, GGD (CSG); Landelijke organisaties GGD-GHOR Nederland, VNG; Landelijke thema-instituten: Rutgers, Fiom; Wetenschappelijke organisaties en Beroepsorganisaties: NHG (SeksHAG), V&VN, KNOV.

Monitoring kennis en gebruik van anticonceptie

Er zijn jaarlijkse data over abortus (IGJ en Rutgers) en monitors seksuele reproductieve gezondheid (Rutgers). Deze data geven inzicht in anticonceptiegebruik, abortus en gebruik van de morning-afterpil. Het is belangrijk landelijk inzicht te krijgen in effecten, prevalentie van onbedoelde zwangerschappen en risicogroepen. Ook is het van belang om gebruik van interventies rondom anticonceptiecounseling en toegang tot informatie goed te monitoren.

Aanpak

- Uitvoering LSM-K en LSM-A (Leefstijlmonitor kern en aanvullende module seksuele gezondheid waarin cijfers over anticonceptiegebruik en abortus worden geactualiseerd en gepresenteerd aan professionals en beleidsmakers).
- Monitoring online informatie over anticonceptie en gebruik evidence based interventies op dit terrein.

Betrokken partijen:

Landelijke overheid: IGJ; Landelijke partijen: CBS; Landelijke thema-instituten: Rutgers; Overige organisatie: Fiom; Zorgverleners: abortusklinieken; Wetenschappelijke organisaties en Beroepsorganisaties: NHG (SeksHAG).

9

Preventie seksuele grensoverschrijding en seksueel geweld

9.1 Belang

Seksuele grensoverschrijding en seksueel geweld vormen een groot probleem, ook in Nederland.

- 53 procent van de vrouwen en bijna 22 procent van de mannen in Nederland tussen 18 en 80 jaar heeft seksuele grensoverschrijding meegemaakt, variërend van ongewenst zoenen tot ongewenste geslachtsgemeenschap; 11 procent van de vrouwen en 1 procent van de mannen heeft weleens geslachtsgemeenschap tegen de wil meegemaakt; dat zijn bij benadering 700.000 vrouwen en 65.000 mannen³³.
- Jongeren tussen de 14 en 29 jaar lopen een relatief groot risico op seksuele grensoverschrijding en seksueel geweld. Daarnaast zijn er specifieke groepen die extra risico lopen, zoals mensen met een verstandelijke beperking³⁴ en kinderen in de jeugdzorg³⁵.
- De prevalentie van grensoverschrijding en seksueel geweld is hoog onder LHBT's: 15 procent van de homo- en biseksuele mannen, 23 procent van de lesbische vrouwen en 36 procent van de biseksuele vrouwen heeft seksueel geweld meegemaakt.

³³ Seksuele Gezondheid in Nederland/Leefstijlmonitor: Rutgers i.s.m. RIVM, 2017.

³⁴ Van Berlo, W., et al. (2011). 'Beperkt weerbaar. Een onderzoek naar seksueel geweld bij mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperking'. Utrecht: Rutgers WPF/Movisie.

³⁵ Commissie Samson (2012). 'Omringd door zorg en toch niet veilig. Seksueel misbruik van door de overheid uit huis geplaatste kinderen. 1945 tot heden'. Amsterdam: Boom.

Het onderzoek Seks onder je 25^e uit 2017 heeft laten zien dat het aantal meisjes dat is gedwongen iets seksueels te doen of toe te staan significant is gedaald ten opzichte van 2012: van 17 naar 11 procent. Bij de jongens is het cijfer gedaald van 4 naar 2 procent. De oorzaak van deze daling is onduidelijk, maar mogelijk is er sprake van een gunstige trend. Desondanks zijn deze cijfers, gezien de gevolgen, onaanvaardbaar hoog. Het gaat bij benadering om zo'n 130.000 meisjes en 25.000 jongens in de leeftijd van 12 tot 25 jaar die tot nu toe seksuele dwang meemaakten.

9.2 Hoe is het in Nederland geregeld?

Voorlichting en counseling

Primaire preventie vindt ten eerste plaats binnen de seksuele en relationele vorming in het onderwijs. Erkende lespakketten, zoals Lang Leve de Liefde en Kriebels in je Buik, besteden hier in de basis aandacht aan en er zijn aanvullende thematische lessen. Selectieve preventie is gericht op kwetsbare groepen die extra risico lopen op het meemaken van seksueel grensoverschrijdend gedrag of die zelf over grenzen heen gaan, zoals jongeren met een licht verstandelijke beperking en jongeren in de jeugdzorg. Voor een aantal groepen zijn counselingsprogramma's en trainingen ontwikkeld (bijvoorbeeld Girls Talk (Plus) en Make a Move voor de jeugdzorg, en het pakket Je lijf je Lief! voor het praktijkonderwijs). Daarnaast is in de afgelopen jaren een aantal

campagnes gevoerd, zoals Maak Seks Lekker Duidelijk, om communicatie tussen sekspartners te verbeteren, en We Can Young, waarin jongeren zelf een actieve rol hebben gespeeld. Beide campagnes zijn afgelopen.

Secundaire preventie betreft het tijdig signaleren van seksueel geweld en het bespreekbaar maken daarvan. De overheid heeft in 2013 de Wet Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling ingevoerd, die professionals in het onderwijs, de zorg, het maatschappelijk werk en justitie verplicht een stappenplan te hanteren bij vermoedens van geweld in afhankelijkheidsrelaties, waaronder seksueel geweld. Voor advies of melding kunnen mensen terecht bij Veilig Thuis, het centrale advies- en meldpunt. Voor professionals zijn diverse tools ontwikkeld om seksuele grensoverschrijding of seksueel geweld te signaleren, bijvoorbeeld het Sensoa Vlaggensysteem dat in Nederland breed is geïmplementeerd door Movisie. Ook zijn er protocollen om instellingen te ondersteunen bij het ontwikkelen van beleid voor seksualiteit en preventie van seksueel geweld.

Slachtoffers en plegers hebben adequate opvang nodig, om revictimisatie respectievelijk recidive te voorkomen (tertiaire preventie). Voor opvang en behandeling zijn er diverse voorzieningen, waaronder de Centra Seksueel Geweld voor acute opvang, en hulpverleningsinstellingen als traumacentra, GGZ-instellingen, seksuologische praktijken en vrijgevestigde hulpverleners die verschillende behandelingsvormen aanbieden³⁶. Slachtoffers van seksueel geweld kunnen daarnaast bij CSG's terecht die kunnen zorgen voor een eerste opvang, testen op soa en doorverwijzing in een korte keten. Behandeling van daders gebeurt in de forensische zorg. Een leerstraf voor jeugdige zedendelinquenten is vorig jaar afgeschaft. Van de ministeries is OCW verantwoordelijk voor het emancipatiedossier en voor onderwijs (zie hoofdstuk 5, seksuele vorming), VWS voor de zorg, en JenV voor de opsporing en behandeling van daders. De drie ministeries werken samen in de aanpak van Geweld in Afhankelijkheidsrelaties (GIA), waaronder ook seksueel geweld.

³⁶ www.slachtofferwijzer.nl

Doelstellingen voor 2022

- Bij alle onderwijstypen is respectvolle omgang een structureel aandachtspunt en is dit ingebed in algemene, positieve voorlichting over seksualiteit.
- (Aankomende) professionals in de zorg worden structureel opgeleid in gezonde seksuele ontwikkeling en preventie seksueel grensoverschrijdend gedrag van hun doelgroepen;
- Er zijn goede interventies voorhanden die adequaat worden geïmplementeerd ten aanzien van alle groepen die extra risico lopen.
- Het bewustzijn over de schadelijke effecten van genderstereotiepe normen is verhoogd.

9.3 Uitdaging en aanpak

Seksuele grensoverschrijding, en met name de ernstige vormen daarvan, vormen een bedreiging voor een gezonde seksuele ontwikkeling en kunnen van invloed zijn op de lichamelijke en psychische gezondheid, en daarmee ook op maatschappelijk functioneren. Preventie van seksuele grensoverschrijding en seksueel geweld en het vergroten van bewustzijn over de schadelijke effecten van onderliggende genderstereotiepe normen, vragen om aanpak op diverse fronten.

De uitdagingen samengevat:

- Structurele aandacht op scholen (aanvullend op de basis die via seksuele vorming gelegd wordt), ook voor de groep 16-17 jarigen.
- Deskundigheidsbevordering (signaleren, bespreekbaar maken, grenzen stellen).
- Interventieontwikkeling en implementatie, inclusief aandacht voor de 18+-groep die veel risico loopt.
- Aandacht voor de ontwikkeling van een sociale norm die de preventie van seksueel geweld ondersteunt en die genderstereotiepe normen tegengaat.

Structurele aandacht op scholen met goede interventies

Aandacht voor seksuele grensoverschrijding en seksueel geweld is in de voorlichting niet vanzelfsprekend. Uit het onderzoek Seks onder je 25^e (2017) blijkt dat jongeren onvoldoende les krijgen over onder andere seksuele grensoverschrijding. Beproefde lespakketten die hier wel aandacht aan besteden, worden lang niet overal gebruikt. Monitoring van het onderwijs op dit vlak is onvoldoende. Scholen hebben in het kader van de kerndoelen de wettelijke taak om aandacht besteden aan (het voorkomen van) seksueel grensoverschrijdend gedrag. Dit gebeurt echter lang niet altijd (zie ook hoofdstuk 6 en

het rapport van de Inspectie van Onderwijs³⁷). Slechts een kleine minderheid van de scholen die hier wel onderwijs in geven, gebruikt daarvoor een erkende interventie³⁸. Erkend betekent in dit verband theoretisch onderbouwd; effectiviteit in preventie van seksuele grensoverschrijding is vooralsnog niet aangetoond. Voor het primair speciaal onderwijs zijn nog geen erkende interventies beschikbaar, terwijl daaraan juist wel veel behoefte is.

De Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen heeft in haar rapport over effectieve preventie van seksueel geweld in het onderwijs een aantal aanbevelingen gedaan, waaronder onderzoek naar effectiviteit van interventies voor het onderwijs en het toegankelijk maken van informatie over kwaliteit en effectiviteit. Daarnaast pleit zij voor maatregelen om 16- en 17-jarigen weerbaar te maken tegen seksueel geweld, omdat deze groep buiten de kerndoelen van het onderwijs valt (en wel veel risico loopt)³⁹.

Aanpak

- In aansluiting op de aanpak in het onderwijs (hoofdstuk 4) is op alle scholen in het basisonderwijs, voortgezet onderwijs en op mbo's het thema 'Wensen en Grenzen' een structureel aandachtspunt. Daarnaast moet preventie van seksuele grensoverschrijding vaker aan bod komen dan één keer in een schoolcarrière.
- Monitoring van de kwaliteit van het onderwijs wat betreft seksuele weerbaarheid en respectvolle omgang, en onderzoek bij de doelgroep.
- Implementatie van theoretisch goed onderbouwde interventies op het gebied van 'Wensen en Grenzen' en respectvolle omgang.
- Onderzoek naar de effecten van deze interventies.

Betrokken partijen:

Landelijke overheid: Onderwijsinspectie, Onderwijsraden, OCW, GGD'en; Landelijke thema-instellingen: Rutgers, Soa Aids Nederland.

³⁷ Inspectie van het Onderwijs (2016). 'Omgaan met seksualiteit en seksuele diversiteit. Een beschrijving van het onderwijsaanbod van scholen'. Den Haag: ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.

³⁸ www.slachtofferwijzer.nl

³⁹ Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen, 'Effectief preventief. Het voorkomen van seksueel geweld door seksuele en relationele vorming in het onderwijs'. (2017). Den Haag: Nationaal Rapporteur.

Deskundigheidsbevordering van professionals

Leerkrachten en professionals in diverse sectoren van de zorg zijn vaak niet voldoende toegerust om signalen van seksueel misbruik bij kinderen te herkennen, en om seksualiteit in het algemeen, en (offline en online) seksueel grensoverschrijdend gedrag in het bijzonder bespreekbaar te kunnen maken en waar nodig te kunnen begrenzen.

Aanpak

- Structurele aandacht voor gezonde seksuele ontwikkeling en preventie van seksueel grensoverschrijdend gedrag in het beroepsonderwijs gericht op zorgberoepen.
- Professionalisering van onderwijs- en zorgprofessionals via bij- en nascholing.

Betrokken partijen:

Landelijke thema-instellingen: Rutgers;
Onderwijsorganisaties: Zorgopleidingen, mbo's, hbo's.

Interventieontwikkeling en implementatie

Er zijn weinig tot geen interventies voor jongeren boven de 18 jaar, terwijl deze groep extra risico loopt. Er is daarnaast tot nu toe weinig tot geen effectiviteit aangetoond van lespakketten over wensen en grenzen en van counselingsprogramma's op dit gebied. Dit vraagt om een investering in onderzoek. Implementatie in de zorg is tot nu toe te vrijblijvend. Verschillende (zorg)instanties zien het belang van preventie van seksueel grensoverschrijdend gedrag wel in, met name als het gaat om kwetsbare groepen, maar het inzetten van programma's gebeurt slechts incidenteel.

Aanpak

- Implementatie van bestaande onderbouwde interventies ter preventie van meemaken en plegen van seksueel grensoverschrijdend gedrag onder jongvolwassenen, en zo nodig het doorontwikkelen ervan.
- Voor goede implementatie moet de keten van behandeling met selectieve en geïndiceerde preventie duidelijk zijn. Dit vraagt onder meer om afstemming tussen partners in de zorg, de publieke gezondheid en interventieontwikkelaars.
- Samenwerking intern vanuit GGD (JGZ) in ondersteuning van opvoeders.
- Implementatie en opschaling van interventies voor bijzondere aandachtsgroepen.
- Onderzoek naar effectiviteit van interventies.

Betrokken partijen:

Landelijke overheid: ministerie van JenV, Jeugdzorg, GGD (JGZ, CSG en overige samenwerkingspartners); Landelijke organisaties: MEE, Veilig Thuis; Landelijke thema-instituten: Rutgers; Zorgverleners: gehandicaptenzorg, GGZ-instellingen, Centra voor Seksueel Geweld; Onderwijspartijen: (speciaal) onderwijs.

Aandacht voor de ontwikkeling van een preventieve sociale norm

Normsetting bij het publiek is een belangrijke stap om genderstereotiepe normen tegen te gaan en daarmee de preventie van seksueel geweld te ondersteunen. Er is voldoende bewijs dat hiertussen een relatie bestaat.

Aanpak

Ontwikkelen van een normcampagne voor jongeren gericht op het wegnemen van genderstereotypen en op preventie van seksueel geweld (wordt gerealiseerd in een Alliantie Act4Respect met steun van het ministerie van OCW).

Betrokken partijen

Landelijke overheid: OCW; Landelijke thema-instituten: Rutgers; Onderwijspartijen; Zorgverleners; Overig: Mediapartners.

10

Het proces tot 2022

Hoe nu verder?

Het Nationaal actieplan is in samenwerking met vele veldpartijen die zich aan het plan hebben gecommitteerd tot stand gekomen. Het RIVM-CIb heeft dit proces in opdracht van het ministerie van VWS gefaciliteerd. De uitvoering ervan ligt veelal bij het veld: waar mogelijk zijn deze partijen benoemd bij de aanpak die nodig is om de doelstellingen te behalen.

Om de doelstellingen van dit plan te bereiken en om prioritering van aanpak binnen de pijlers te bepalen, zal afstemming tussen de verschillende partijen nodig zijn. Bovendien er voor de verschillende inhoudelijke terreinen landelijke trekkers zijn. In een kick-off meeting, begin 2018, is door de ondertekende partijen commitment uitgesproken voor trekkerschap voor de verschillende pijlers van het plan. Daarnaast zal een stuurgroep worden ingesteld die toeziet op de verdere uitwerking en uitvoering van dit plan. Voor de praktische invulling van werkzaamheden teneinde de aanpak te realiseren, kunnen vervolgens werkgroepen, als dan niet in opdracht van de stuurgroep, worden ingesteld.

Het RIVM-CIb zal het initiatief nemen voor een dergelijke stuurgroep en zal indien nodig ook als onafhankelijke partij het (tijdelijke) voorzitterschap op zich nemen. Ook in de invulling van het secretariaat voor de stuurgroep kan het RIVM-CIb voorzien.

11

Overzicht doelstellingen actieplan voor 2022

Preventie en zorg

Kwalitatief goede, passende, betaalbare en laagdrempelige voorzieningen voor zorg, advies, ondersteuning en bescherming bij hulpvragen en problemen rond seksuele gezondheid, inclusief soa en hiv, zijn beschikbaar voor iedereen in Nederland.

Surveillance en monitoring

Beschikbaarheid van:

- Actuele, betrouwbare cijfers op het gebied van soa, hiv en seksuele gezondheid, inclusief soa en hiv, om preventie en bestrijding te versterken.
- Actuele, betrouwbare cijfers over de implementatie van erkende interventies op het gebied van seksuele vorming, preventie van seksueel geweld, ongewenste zwangerschap, soa en hiv.
- Verklaringen en betekenis bij de actuele cijfers van soa, hiv en seksuele gezondheid.

De basis: Seksuele vorming

- Seksuele vorming is in alle onderwijstypen duurzaam geborgd.
- Meer kinderen en jongeren, waaronder kwetsbare groepen, weten betrouwbare (online) informatie te vinden over seksuele gezondheid in brede zin en krijgen evidence based seksuele vorming passend bij hun ontwikkelingsfase.

- Hierdoor werken we aan de afname van het vóórkomen van soa en hiv, seksuele grensoverschrijding en ongewenste zwangerschap, en bevorderen we respectvol, veilig en gezond seksueel gedrag.

Preventie opsporing en behandeling van soa

- Ontwikkeling van effectieve strategie om ziektelast van chlamydia te verminderen.
- Halvering van het aantal nieuwe syfilisinfecties tot minder dan 500 per jaar (2016: 1.000).
- Halvering van het aantal nieuwe gonorrhoe-infecties (2016: 10.000).
- Daling van het aantal acute HBV- en HCV-infecties naar nul.
- Brede maatschappelijke acceptatie van seksuele diversiteit en van chronische soa en hiv.

Preventie opsporing en behandeling van hiv

- Het aantal doden door aids in Nederland is nul.
- Het jaarlijks aantal nieuwe hiv-diagnoses is minimaal gehalveerd (2015: 900).
- In Nederland kent 95 procent van de mensen met hiv hun hiv-status, is 95 procent van hen onder behandeling en heeft 95 procent van deze laatsten een ondetecteerbare virale load.
- Mensen met hiv zijn optimaal beschermd tegen HBV en HCV.

- Van de mensen met een onderdrukte virale load ervaart 90 procent een goede kwaliteit van leven, dat wil onder meer zeggen: reductie van stigma en discriminatie. Testen op hiv en behandeling van hiv wordt genormaliseerd.

Preventie van ongewenste zwangerschap

- Evidence based informatie en counseling over anti-conceptie is beschikbaar en toegankelijk, ook voor kwetsbare groepen.
- Alle vormen van passende, betrouwbare anticonceptie zijn laagdrempelig verkrijgbaar, ook voor de meest kwetsbare groepen.
- Het aantal ongewenste zwangerschappen is gedaald door effectief gebruik van passende en betrouwbare anticonceptie.

Preventie seksuele grensoverschrijding en seksueel geweld

- Bij alle onderwijstypen is respectvolle omgang een structureel aandachtspunt, en is deze ingebed in algemene, positieve voorlichting over seksualiteit.
- (Aankomende) professionals in de zorg worden structureel opgeleid in gezonde seksuele ontwikkeling en in preventie seksueel grensoverschrijdend gedrag van hun doelgroepen.
- Er zijn goede interventies voorhanden die adequaat worden geïmplementeerd ten aanzien van alle groepen die extra risico lopen.
- Het bewustzijn over de schadelijke effecten van genderstereotiepe normen is verhoogd.

Bijlage 1

Overzicht monitoringsinstrumenten

Soa/hiv

In Nederland bestaan voor verschillende doeleinden surveillance- en monitoringsinstrumenten die doorgevoerd worden gecoördineerd en waaruit communicatie plaatsvindt door het RIVM:

- SOAP webbased applicatie voor melding van soa-consulten en -uitslagen, en Sense-consulten vanuit Centra Seksuele Gezondheid (CSG's).
- Huisartsendata (Nederland Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL Peilstations en primary health care database)).
- Monitoringsdata van de Stichting Hiv Monitoring (SHM) van mensen met hiv in zorg. De epidemiologische gegevens over nieuw gerapporteerde hiv-infecties en de trends in de nieuwe aids-diagnoses na 2000 worden gerapporteerd in samenwerking met het Clb bij het RIVM.
- Amsterdamse cohortstudies: hiv-incidentiegegevens afkomstig van de Amsterdamse Cohort Studies over hiv /aids en de surveillance van recente hiv-infecties bij soa-poli's (RITA). In 1984 startte de Amsterdamse Cohort Studies met het registreren van MSM met hiv en aids.
- Chlamydia (CT): het totale aantal CT-positieve tests. Gegevens van 20 laboratoria worden hiervoor geanalyseerd; dit is volgens schattingen 40 procent van de belangrijkste laboratoria in Nederland.
- Meldingsplicht (OSIRIS): de meldingsplicht bestaat uit epidemiologische gegevens over nieuw gediagnosticeerde acute hepatitis B virus (HBV)-infecties en chronische HBV-infecties en acute hepatitis C virus (HCV)-infecties.
- Zwangerenscreening op syfilis, HBV en hiv.
- Screening bloeddonoren op hiv, hepatitis B en C en syfilis.

Seksuele gezondheid

Rutgers voert twee periodieke bevolkingsstudies uit:

- Het participatief actieonderzoek 'Seks onder je 25e', onder jongeren van 12 tot 25 jaar in samenwerking met Soa Aids Nederland.
- Leefstijlmonitor seksuele gezondheid: vanaf 2013 zijn gegevens verzameld over verschillende leefstijlaspecten in een doorsnee van de Nederlandse bevolking van 12 tot 80 jaar ('Leefstijl Monitor' (LSM)); jaarlijkse verzameling van een standaard set van indicatoren (LSM-Kern) met om de vier jaar een verdiepende module uitgevoerd door het CBS, in samenwerking met Rutgers, Soa Aids Nederland en het RIVM (LSM-A).

Rutgers gebruikt voor de beeldvorming over seksuologische hulpverlening verschillende bestaande zorgregistraties:

- Registratie van de patiëntencontacten van seksuologen in de tweede- en derdelijns somatische gezondheidszorg (het LOPS).
- Registratie van de patiëntencontacten in de geestelijke gezondheidszorg (de PSTG).
- Registratie van de patiëntencontacten in instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking (de SHVB).
- Landelijke Abortus Registratie (LAR).
- Registratie van Sense consulten bij de CSG's.
- Registratie van patiënten met seksuologische klachten in de huisartsenpraktijk, op basis van de NIVEL zorgregistraties eerste lijn.

Als aanvulling op bovenstaande seksualiteitsmonitors en registraties zijn er nog diverse onderzoeken die aspecten van seksuele gezondheid opnemen:

- HBSC- en PEIL-onderzoeken onder scholieren (Trimbos).
- De jeugdmonitor, zoals EMOVO (GGD'en).
- Sociale veiligheidsmonitor (OCW).
- Veiligheidsmonitor (CBS).
- FRA (internationaal onderzoek naar seksueel geweld).
- Het jaarlijkse rapport van de IGJ over de Wet Afbreking Zwangerschap.

Lijst met afkortingen

ADEF	: Algemeen Directeurenoverleg Educatieve Faculteiten
CASA klinieken	: Klinieken voor hulp bij onbedoelde zwangerschap en abortus
CBS	: Centraal Bureau voor de Statistiek
Cib	: Centrum Infectieziekten bestrijding
CJG	: Centra Jeugd en Gezin
CSG	: Centrum Seksuele Gezondheid
Fiom	: Kenniscentrum onbedoelde zwangerschap en afstammingsvragen
GGD	: Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGD GHOR	: Vereniging voor publieke gezondheid en veiligheid in Nederland
IGJ	: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
JGZ	: Jeugdgezondheidszorg
JenV	: ministerie van Justitie en Veiligheid
KNOV	: Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
LecSo	: Landelijk Expertise Centrum Speciaal Onderwijs
LOBO	: Landelijk Overleg Lerarenopleidingen Basisonderwijs
LOPS	: Landelijk overleg poliklinieken seksuologie
LSM	: Leefstijl Monitor
LSM-A	: periodieke aanvullende module van de Leefstijl Monitor
LSM-K	: jaarlijkse kernvragen in het kader van de Leefstijl Monitor
MEE	: Landelijke vereniging die mensen met een beperking ondersteunt
MML	: Medisch Microbiologisch Laboratorium
mbo	: middelbaar beroepsonderwijs
MBO-Raad	: Vereniging besturen scholen middelbaar beroepsonderwijs
NCJ	: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid
NGvA	: Nederlands Genootschap van Abortusartsen
NHG	: Nederlands Huisartsen Genootschap
NIBI	: Nederlands Instituut voor Biologie
NIVEL	: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NVVS	: Nederlandse Vereniging voor Seksuologie
OCW	: ministerie van Onderwijs, Cultuur & Wetenschap
PO	: Primair Onderwijs
POH	: Landelijke vereniging in de GGZ
PO-Raad	: Vereniging besturen van scholen in primair onderwijs
Rutgers	: Kenniscentrum Seksualiteit
RIVM	: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SANL	: Soa Aids Nederland
SeksHAG	: Huisarts adviesgroep Seksuele gezondheid, onderdeel NHG
SOAP	: Soa/seksuele gezondheid Peilstation
SHM	: Stichting Hiv Monitoring
SLO	: Stichting Leerplan Ontwikkeling
Stimezo	: Abortusklinieken in Nederland
VNG	: Vereniging Nederlandse Gemeenten
VO	: Voortgezet Onderwijs
VO-raad	: Vereniging van directies en scholen in voortgezet onderwijs
VSO	: Voortgezet Speciaal Onderwijs
V&VN	: Vereniging voor Verplegenden en Verzorgenden
VWS	: ministerie voor Volksgezondheid Welzijn en Sport
WASS	: Werkgroep Artsen SOA en Seksualiteit

.....
S. David, B. van Benthem, F. Deug, P. van Haastrecht
.....

RIVM Rapport 2018-0034

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

april 2018

De zorg voor morgen
begint vandaag