

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 292

Vragen van de leden **Slagt-Tichelman en Bushoff** (beiden GroenLinks-PvdA) aan de Staatsecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de stand van zaken omtrent seksuele gezondheid in Nederland* (ingezonden 10 september 2024).

Antwoord van Staatssecretaris **Karremans** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 16 oktober 2024).

#### Vraag 1

Bent u bekend met het rapport «Monitor Seksuele Gezondheid»?<sup>1</sup> Zo ja, kunt u hier een reactie op geven?

#### Antwoord 1

Ja, ik ben bekend met het rapport «Monitor Seksuele Gezondheid». Gedegen surveillance en monitoring zijn belangrijk voor goed beleid. Daarom hecht ik eraan dat deze monitor eens per vijf jaar wordt gepubliceerd. Uit de monitor blijkt dat een overgroot deel van de Nederlandse bevolking hecht aan keuzevrijheid, consent en seksuele voorlichting: cruciale aspecten die bijdragen aan iemands seksuele gezondheid en welzijn. Helaas laat de monitor ook zorgelijke resultaten zien, bijvoorbeeld dat het condoomgebruik afneemt en dat seksueel grensoverschrijdend gedrag veel voorkomt. Het afnemende gebruik van condooms is ook zorgelijk in het licht van het toenemende aantal soa's. Het gebruiken van een condoom is, naast een anticonceptiemiddel, een belangrijke manier om soa's te voorkomen. In mijn antwoord op vraag 4 licht ik nader toe wat ik ga doen naar aanleiding van deze ontwikkeling.

#### Vraag 2

Bent u op de hoogte van het feit dat het pilgebruik afneemt onder vrouwen, vooral onder jonge vrouwen? Kunt u hierop reflecteren?

#### Antwoord 2

Ja, ik ben op de hoogte van de daling in het gebruik van de anticonceptiepil onder vrouwen. De monitor laat zien dat deze afname vooral zichtbaar is bij seksueel actieve vrouwen in de leeftijdsgroep van 18 tot en met 24 jaar.

<sup>1</sup> Rutgers (2024). «Monitor Seksuele Gezondheid», Rapport\_monitor\_seksuele\_gezondheid\_2023.pdf (rutgers.nl)

Verschillende factoren zijn mogelijk van invloed op deze ontwikkeling, al zijn deze verbanden niet aangetoond. Allereerst worden jonge vrouwen zich steeds bewuster van de mogelijke (hormonale) bijwerkingen van de pil, zo blijkt uit eerder onderzoek van Rutgers<sup>2</sup>. De Monitor Seksuele Gezondheid laat een vergelijkbaar resultaat zien, namelijk dat het niet willen gebruiken van hormonen – onder jongeren – de meest genoemde reden is om geen anticonceptiemiddel te gebruiken. Of misinformatie invloed heeft op deze veranderende kijk op hormonen en op de afname van het pilgebruik, is niet aangetoond. Een andere mogelijke factor voor de afname van het pilgebruik is de bredere beschikbaarheid van verschillende anticonceptiemethoden. Vrouwen kunnen uit een breder scala aan anticonceptiemethoden kiezen – variërend van hormonale opties zoals de anticonceptiepil of anticonceptiering of -pleister tot langdurige anticonceptiemethoden zoals een spiraaltje of implanon (staafje) – en zij hebben toegang tot meer informatie over deze methoden.

Het is belangrijk om te vermelden dat er vrouwen zijn die negatieve bijwerkingen van de pil ervaren, maar er ook vrouwen zijn die tevreden zijn over de pil en geen bijwerkingen ervaren: iedere vrouw heeft immers andere behoeften en voorkeuren. De pil is nog meest de meest gebruikte anticonceptiemethode. Ik vind het bovenal van belang dat vrouwen goed geïnformeerd zijn over de verschillende vormen van anticonceptie, zodat zij een weloverwogen beslissing kunnen nemen.

### Vraag 3

Heeft u, net als de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie, signalen ontvangen dat veel vrouwen ervoor kiezen geen gebruik te maken van hormonale anticonceptie wegens zorgen over de invloed op het eigen lichaam? Welke concrete maatregelen neemt u om erop toe te zien dat eerlijke voorlichting breed beschikbaar is voor jonge vrouwen?

### Antwoord 3

Ja, ik ben ermee bekend dat een groeiend aantal vrouwen ervoor kiest geen hormonale anticonceptie te gebruiken, mede door zorgen over de mogelijke invloed van hormonen. Dit blijkt ook uit het eerder genoemde onderzoek van Rutgers naar het gebruik van natuurlijke anticonceptiemethoden. Het is van groot belang dat iedereen toegang heeft tot betrouwbare objectieve informatie over anticonceptie en niet enkel informatie opzoekt op sociale media waar ook misinformatie wordt verspreid. Een weloverwogen keuze kan immers alleen worden gemaakt als vrouwen goed geïnformeerd zijn over de mogelijkheden, de werking en de eventuele bijwerkingen van verschillende methoden, zowel hormonaal als niet-hormonaal (zoals de vruchtbarheidsdagmethode, ook wel «natuurlijke anticonceptie» genoemd).

Op verschillende manieren wordt gezorgd voor breed beschikbare informatie en voorlichting over anticonceptie. Zo is er de vernieuwde gespreksleidraad voor onbedoelde zwangerschappen voor huisartsen, die in 2022 is herzien door de SeksHAG (een expertgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap), Fiom en Rutgers. Daarnaast is er een e-learning ontwikkeld voor huisartsen als onderdeel van een online scholingstraject, met onder andere de module «Preventie van (herhaalde) onbedoelde zwangerschap». In deze module wordt ingegaan op het onderwerp anticonceptie. Ook ondersteun ik verschillende organisaties, zoals Soa Aids Nederland en Rutgers, die betrouwbare informatie over anticonceptie en seksualiteit beschikbaar stellen via hun websites, bijvoorbeeld Sense.info en anticonceptievoorjou.nl. Ook bieden de Centra Seksuele Gezondheid (CSG) van GGD'en seksualiteitshulpverlening aan jongeren, in zogenoemde Sense spreekuren, waarin jongeren vragen kunnen stellen over bijvoorbeeld anticonceptie.

Via het onderwijs bereik ik jongeren. Ik ondersteun scholen met de stimuleringsregeling «Gezonde Relaties & Seksualiteit», waarmee scholen extra aandacht kunnen geven aan seksuele vorming in het curriculum en schoolbeleid. Dit jaar nog start er een online campagne over anticonceptie, gericht op

<sup>2</sup> «Het gebruik van natuurlijke anticonceptiemethoden om een zwangerschap te voorkomen», Rutgers, <https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2024/01/DEFINITIEF-rapport-natuurlijke-methoden.pdf> (januari 2024).

jongeren, met als doel hen te helpen een anticonceptiemethode te kiezen die bij hen past, op basis van betrouwbare informatie. Daarnaast gebruik ik inzichten uit wetenschappelijk onderzoek om beleid aan te scherpen waar nodig. Zo wordt eind 2025 de tweede deelstudie van het project «Aanvullende Vragen Onbedoelde Zwangerschap» (AVOZ) van ZonMw verwacht, die onder andere zal onderzoeken welke factoren bijdragen aan onbedoelde zwangerschappen, zoals het gebruik van anticonceptie. Naast goede voorlichting werken we aan de toegankelijkheid van anticonceptie. Sinds juli 2023 heb ik abortusklinieken de mogelijkheid gegeven om extra anticonceptie counseling te bieden aan vrouwen in een kwetsbare positie, vlak voor of na een abortusbehandeling. Er is ook (extra) geïnvesteerd in het programma «Nu Niet Zwanger», zodat gemeenten indien nodig anticonceptie kunnen bekostigen voor cliënten van dit programma. Met deze maatregelen zorg ik ervoor dat iedereen een weloverwogen en persoonlijke keuze kan maken over de vorm van anticonceptie die het beste bij diegene past.

#### Vraag 4

Deelt u de mening dat het zorgwekkend is dat het condoomgebruik in Nederland afneemt terwijl de frequentie van soa's blijft toenemen?<sup>3</sup> Zo nee, kunt u toelichten waarom niet? Zo ja, welke concrete maatregelen gaat u nemen om erop toe te zien dat het gebruik van anticonceptie toeneemt en het aantal soa's afneemt?

#### Antwoord 4

Ik vind de daling van het condoomgebruik en de stijging van gonorrhoe zorgelijke ontwikkelingen. Het RIVM heeft mijn ambtsvoorganger eerder laten weten dat hoewel de huidige verheffing van gonorrhoe weliswaar zorgen baart, deze nog niet om acute actie vraagt. Dat ontslaat ons er echter niet van om mogelijkheden die we hebben – om de daling van het condoomgebruik en de stijging van gonorrhoe tegen te gaan – te benutten. Daarbij is er bij seksuele gezondheid behoefte aan een beweging naar preventie, waarbij ik hecht aan bewezen effectiviteit van interventies. Daarom heb ik het RIVM opdracht gegeven om in samenwerking met Soa Aids Nederland onderzoek te doen naar mogelijke interventies om condoomgebruik onder risicogroepen voor soa te stimuleren en de effecten daarvan. Ik verwacht de resultaten van het interventieonderzoek in de zomer van 2025. Op basis hiervan zal ik bezien of en hoe interventies voor het stimuleren van condoomgebruik – daarmee het tegengaan van soa-stijging – ingezet kunnen worden. In mijn antwoord op vraag 3 ben ik reeds ingegaan op de concrete maatregelen rondom anticonceptiegebruik, waarmee ook wordt ingezet op het voorkomen van soa's. Zo is er in de genoemde online campagne specifiek aandacht voor het condoom. Op sense.info is ook eerlijke en betrouwbare informatie over soa en seksuele gezondheid te vinden. Daarnaast voeren GGD'en en Soa Aids Nederland activiteiten uit om groepen te bereiken die nog niet bekend zijn met het soa-testaanbod bij de GGD.

#### Vraag 5

Heeft u, net als de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie, signalen ontvangen dat het gewenst zou zijn om de Vrij Veilig-campagnes opnieuw in te voeren?<sup>4</sup> Deelt u de mening dat dit een nodige maatregel is? Zo nee, waarom niet?

#### Antwoord 5

Ja, ik heb vergelijkbare signalen ontvangen. Met name veldpartijen pleiten al langere tijd voor het invoeren van de Vrij Veilig-campagnes. Ik begrijp en deel de behoefte aan gerichte activiteiten voor het stimuleren van condoomgebruik en vind het daarbij belangrijk dat er aandacht is voor het meten van de effectiviteit. Hier wil ik zorgvuldig naar op zoek gaan. Zo zijn de doelgroep en de houding tegenover condoomgebruik bepalend voor het type interventie en de manier waarop deze wordt ingestoken. Het eerder genoemde onderzoek

<sup>3</sup> Aantal gonorrhoe-diagnoses in twee jaar tijd bijna verdubbeld (NRC 25 april 2024) NRC

<sup>4</sup> RTL Nieuws (2024), «Grote zorgen over seksuele gezondheid in Nederland, «breng Vrij Veilig-campagnes terug»» «, Grote zorgen over seksuele gezondheid in Nederland, «breng Vrij Veilig-campagnes terug»» (rtl.nl), 2 september

uitgevoerd door het RIVM en SANL zal meer duidelijkheid geven over een doeltreffende en doelmatige interventie om het condoomgebruik te stimuleren. Ik vind het daarom te vroeg om te stellen dat een voorlichtingscampagne zoals de Vrij-Veilig campagne op dit moment de nodige maatregel is.

#### Vraag 6

Kunt u aangeven hoeveel kosten er zijn verbonden aan soa-testen bij de huisarts?

#### Antwoord 6

Het is niet op voorhand aan te geven hoeveel een soa-test bij de huisarts kost. De huisarts laat de test namelijk uitvoeren via een (regionaal) laboratorium en afhankelijk van welke test, hoeveel testen er nodig zijn en het lab kunnen de kosten verschillen. Vaak variëren de kosten tussen de € 40,- en € 200,-. Voor diagnostiek, waar dus ook het soa-onderzoek onder valt, geldt het verplicht eigen risico (en indien van toepassing het vrijwillige eigen risico). Zolang het verplicht eigen risico (en indien van toepassing het vrijwillige eigen risico) nog niet is opgemaakt, betaalt de patiënt dus zelf de kosten. Op het moment dat het verplicht eigen risico (en indien van toepassing het vrijwillige eigen risico) wel is opgemaakt, betaalt de patiënt niets.

#### Vraag 7

Kunt u aangeven hoeveel kosten er verbonden zijn voor mensen bij zelfafnametesten? Kunt u reflecteren op de toegankelijkheid van soa-testen?

#### Antwoord 7

De kosten voor betrouwbare soa-zelfafnametesten variëren van ongeveer € 35 tot € 200. De hoogte van de kosten zijn o.a. afhankelijk van waar de test gekocht wordt en op welke en hoeveel soa's iemand zich wil laten testen. Personen kunnen op verschillende plekken terecht voor soa-testen. In eerste instantie kunnen zij terecht bij hun huisarts. Zoals gezegd in mijn antwoord op vraag 6, geldt het verplicht eigen risico voor de diagnostiek en behandeling.

Daarnaast kunnen personen uit bepaalde groepen terecht bij de GGD voor gratis en anonieme soa-zorg, namelijk personen uit groepen met een verhoogd risico op een soa én die een te grote drempel ervaren om naar de huisarts te gaan. De drempel om naar de huisarts te gaan kan bijvoorbeeld komen door de kosten, door schaamte of uit angst voor veroordeling. Verder zijn er private klinieken waar personen zich kunnen laten testen op een soa, de kosten zijn dan voor eigen rekening. Tot slot zijn er de eerder genoemde zelfafnametesten die personen thuis kunnen afnemen en vervolgens opsturen voor onderzoek. Ik ben van mening dat hiermee de toegankelijkheid voor soa-testen redelijkerwijs voldoende is geborgd, rekening houdend met individuele wensen om al dan niet anoniem te testen.

#### Vraag 8

Bent u op de hoogte van het bestaan van anonieme automaten waar anticonceptie en soa-zelfafnametesten verkrijgbaar zijn? Kunt u aangeven hoeveel automaten er in Nederland zijn en in welke steden deze staan?

#### Antwoord 8

Ja, ik ben op de hoogte van het bestaan van anonieme automaten waar anticonceptie en soa-zelfafnametesten verkrijgbaar zijn. Dergelijke automaten zijn op zich niet nieuw.<sup>5</sup> Een totaaloverzicht van alle automaten in Nederland heb ik niet, maar wel een aantal concrete voorbeelden van automaten. Zo treft GGD Amsterdam op dit moment voorbereidingen om in de gemeente Amsterdam een automaat te plaatsen met condooms, glijmiddel, maandverband, tampons en soa-zelfafnametesten. Verder is in ieder geval bekend dat negen apotheken in Nederland over een 24-uurs automaat voor soa thuis testen van Soapoli-online beschikken.<sup>6</sup> Deze automaten zijn te vinden in

<sup>5</sup> «24/7 een soa-test uit de muur, of toch maar niet?», Soa Aids Nederland, <https://www.soa aids.nl/nl/professionals/seksoa-magazine/247-soa-test-uit-muur-of-toch-maar-niet#1> (22-03-2018).

<sup>6</sup> <https://www.soapoli-online.nl/verkooppunten>.

Den Haag, Rotterdam, Amsterdam, Almelo, Arnhem en Wageningen. Soapoli-online werkt hierin samen met de Service Apotheek. Daarnaast zijn er condoomautomaten beschikbaar waar personen anoniem condooms kunnen verkrijgen.

#### Vraag 9

Kunt u aangeven wie er verantwoordelijk is voor de plaatsing en financiering van de automaten?

#### Antwoord 9

Dergelijke automaten zijn een vorm van preventie waarvoor gemeenten verantwoordelijk zijn. Daarnaast kunnen bijvoorbeeld uitgaansgelegenheden er zelf voor kiezen een dergelijk automaat aan te schaffen. Specifiek voor de pilot van de GGD Amsterdam geldt dat deze onderdeel is van de dertig impuls-projecten die ZonMw financiert in het kader van werken aan een gezonde leefomgeving op lokaal niveau.<sup>7</sup> De plaatsing ervan gebeurt in afstemming met de gemeente Amsterdam.

#### Vraag 10

Welke risico's ziet u bij zelfafnametesten voor de toeleiding naar zorg en partnerwaarschuwing in het geval van een positieve testuitslag? Welke concrete maatregelen neemt u of zult u nemen om deze risico's te ondervangen?

#### Antwoord 10

Er kunnen met name risico's zijn bij zelfafnametesten van private aanbieders. Van Soa Aids Nederland heb ik begrepen dat er signalen zijn dat private aanbieders geen ondersteuning bieden in het vinden van de juiste behandeling bij een positieve testuitslag. Naast de risico's die komen kijken bij het zelf op zoek gaan naar behandelingen (bijvoorbeeld kans op onbetrouwbare medicatie), bestaat er hierdoor ook onnodig risico op ontwikkeling van antibioticaresistentie. Daarbij is ondersteuning bij partnerwaarschuwing (bij een positieve testuitslag) cruciaal om de soa transmissieketen te stoppen. Deze ondersteuning vereist kennis van de soa en gespreksvaardigheden. Het is onbekend in hoeverre private aanbieders over deze kennis en vaardigheden beschikken en deze ondersteuning aanbieden.

Onderdeel van de instellingssubsidie die Soa Aids Nederland van VWS ontvangt, is het bieden van betrouwbare informatie en advies rondom soa's en (betrouwbare) soa-testen en soa-zelftesten.<sup>8</sup> Op de website [www.soaaids.nl](http://www.soaaids.nl) wordt bijvoorbeeld geadviseerd om zo veel als mogelijk gebruik te maken van soa-testen bij de huisarts of GGD. Daarnaast staat op de website uitleg over wat soa-zelftesten zijn, een overzicht van betrouwbare soa-zelftesten van private aanbieders en uitleg over wat te doen bij een positieve testuitslag.

#### Vraag 11 en 12

Hoe kijkt u naar de relatief lage vaccinatiegraad van jongeren onder de 26 jaar voor HPV?

Welke mogelijkheden ziet u om jongeren onder de 26 jaar te laten vaccineren bij de centra seksuele gezondheid van de GGD? Bent u ook bereid om deze mogelijkheden te benutten? Zo nee, waarom niet?

#### Antwoord 11 en 12

Ik vind het belangrijk om een zo hoog mogelijke HPV-vaccinatiegraad te bereiken van jongeren onder de 26 jaar. Daartoe zijn in de afgelopen periode de volgende acties ondernomen:

- Sinds het voorjaar van 2022 worden naast meisjes ook jongens uitgenodigd voor de HPV-vaccinatie;
- In 2022 en 2023 was er een grootschalige inhaalcampagne voor tieners onder de 18 jaar die nog niet gevaccineerd waren;

<sup>7</sup> «In 30 projecten realiseren gemeenten en GGD'en praktische verbeteringen in leefomgeving», ZonMw, <https://www.zonmw.nl/nl/nieuws/30-projecten-realiseren-gemeenten-en-ggden-praktische-verbeteringen-leefomgeving> (06-09-2024).

<sup>8</sup> <https://www.soaaids.nl/nl/soa-test>

- Van 1 januari 2023 tot 1 juni 2024 liep een aanvullende HPV-campagne voor jongvolwassenen, geboren tussen 1 januari 1996 en 31 december 2003.

Tieners onder de 18 jaar die nog niet gevaccineerd zijn tegen HPV kunnen de vaccinaties gratis halen bij de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Jongvolwassenen vanaf 18 jaar kunnen terecht bij de huisarts, de GGD of een vaccinatiecentrum. Zij moeten de vaccinaties zelf betalen.

Ik zie geen meerwaarde om jongvolwassenen vanaf 18 jaar nogmaals de mogelijkheid te bieden om zich alsnog gratis tegen HPV te laten vaccineren. Tijdens de HPV-campagne in 2023 en 2024 is volop ingezet op het bereiken van jongvolwassenen, onder meer met meerdere persoonlijke uitnodigingen en een uitgebreide communicatiecampagne, die in samenspraak met de doelgroep tot stand was gekomen. Daarmee heeft iedereen die dat wilde ruimschoots de kans gehad om de vaccinaties te halen.

Daarbij heeft het RIVM in 2019 een verkenning gedaan naar uitvoeringsscenario's om nog niet (volledig) gevaccineerde jongvolwassenen tussen de 18 en 26 jaar de HPV-vaccinatie aan te bieden. Hiertoe zijn GGD'en met hun afdelingen reizigersvaccinaties en seksuele gezondheid bevraagd. De uitkomst van deze verkenning was dat zij genoeg expertise hebben om de vaccinatiecampagne uit te voeren, maar dat zij zich vanwege beperkte capaciteit en vele uitvoeringsconsequenties (onder meer op het gebied van ICT) niet in staat achten de hele HPV18+ campagne vorm te geven. Ik zie daarom op dit moment geen mogelijkheid om jongeren te laten vaccineren bij de centra seksuele gezondheid van de GGD.

### Vraag 13

Kunt u aangeven wat uw visie is op de inzet van medische preventie ter bevordering van seksuele gezondheid, bijvoorbeeld het opnemen van PrEP in het basispakket en de inzet van een multivalent HPV-vaccin dat ook bescherming biedt tegen genitale wratten?

### Antwoord 13

Uiteraard onderschrijf ik het belang van medische preventie ter bevordering van seksuele gezondheid. Preventieve medicatie zoals PrEP levert een belangrijke bijdrage aan de ambitie om in Nederland 0 nieuwe hiv-infecties te hebben. Om een behandeling, zoals PrEP, in aanmerking te laten komen voor opname in het basispakket, moet er sprake zijn van een medische indicatie. Voor PrEP geldt dat het gaat om het voorkomen van een ziekte die het gevolg kan zijn van onbeschermd risicovol seksueel contact. Het gaat hierbij om risicogedrag dat zich nog niet heeft geuit in medische risicofactoren of (een voorstadium van) ziekte; er is dus (nog) geen sprake van een medische indicatie. Omdat het vertonen van risicogedrag geen grondslag heeft binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) is het ook niet passend om op grond van risicogedrag groepen aan te wijzen als medische risicogroep en daarmee PrEP in het verzekerde pakket te plaatsen. Dit laat onverlet dat zowel PrEP-zorg geboden kan worden door onder meer GGD'en en huisartsen die daarvoor kiezen en voldoende expertise en capaciteit hebben. Vanwege het grote effect van PrEP vind ik het belangrijk dat de toegang tot deze zorg is geborgd. Daarom wordt sinds 1 augustus 2024 PrEP-zorg structureel door GGD'en aangeboden. Iedereen met een geïndiceerd verhoogd risico op hiv kan gratis PrEP-consulten en bijbehorende diagnostiek bij de GGD krijgen. Voor de medicatie moeten PrEP-gebruikers wel zelf betalen. Hierdoor, en door een intensivering die per 1 augustus 2024 is ingegaan, hebben GGD'en ruimte om meer PrEP-gebruikers van PrEP-zorg te voorzien.

Wat betreft de inzet van een multivalent HPV-vaccin dat ook bescherming biedt tegen genitale wratten geldt het volgende. Het RIVM koopt namens de Rijksoverheid de vaccins in voor het Rijksvaccinatieprogramma op basis van advies van de Gezondheidsraad. De afgelopen aanbesteding was daarom ingericht conform het advies van de Gezondheidsraad, gericht op «preventie van HPV-gerelateerde kanker». Wanneer het aflopen van de huidige voorraad nadert, is dat het moment om een nieuwe aanbesteding te starten. Daarbij zal gekeken worden naar de voorwaarden waar een nieuw vaccin aan moet voldoen voor het bereiken van maximale gezondheidswinst, en de mogelijke

rol daarbij van polyvalente HPV-vaccins, zoals ook door de Kamer is verzocht met de motie-Slootweg.<sup>9</sup>

#### Vraag 14

Deelt u de mening dat de aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG) een cruciale rol speelt in het mogelijk maken van laagdrempelige, gratis en (indien gewenst) anonieme soa-zorg voor hoogrisicogroepen en seksualiteits-hulpverlening voor groepen die aarzelen om naar de huisarts te stappen, zoals jongeren onder de 25 jaar?

#### Antwoord 14

Ja. Ik ben van mening dat de aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG) een belangrijke rol speelt om laagdrempelige soa-zorg mogelijk te maken voor personen die een verhoogd risico lopen op een soa én een te grote drempel ervaren om naar de huisarts te gaan – waardoor zij anders zorg zouden mijden – en om jongeren te helpen bij vragen over seksualiteit en seksuele gezondheid.

#### Vraag 15

Kunt u uitleggen waarom de ASG-subsidie nog steeds is geplafonneerd met als gevolg dat slechts 50% van de doelgroep geholpen kan worden? Welke concrete maatregelen gaat u nemen om erop toe te zien dat 100% van de doelgroep geholpen kan worden?

#### Antwoord 15

De ASG-regeling is aanvullend op de huisartsenzorg en bedoeld voor personen die een verhoogd risico lopen op soa's én een te grote drempel ervaren om naar de huisarts te gaan. De soa-zorg bij de GGD is gratis, anoniem en kwalitatief goed. Dit maakt de GGD als zorgverlener voor velen aantrekkelijker dan de huisarts. Het leidt er echter ook toe dat ook personen de GGD benaderen, terwijl zij eigenlijk naar de huisarts zouden kunnen gaan, maar de GGD prefereren vanwege de gratis zorg. In feite heeft dit geleid tot een verplaatsing van soa-zorg; van de curatieve zorg naar de publieke gezondheidszorg. De zorg voor personen die daadwerkelijk een te grote drempel ervaren om naar de huisarts te gaan, komt daarmee in het geding. Dit constateert ook bureau AEF dat vorig jaar een toekomstverkenning naar de regeling heeft uitgevoerd.<sup>10</sup> De oplossing zit niet in meer financiering voor de GGD, daar is ook geen dekking voor, maar in een herziening van dit stelsel. Ik streef ernaar om uw Kamer begin volgend jaar te informeren over de stappen die ik ga zetten om te komen tot een herziening van het stelsel.

#### Vraag 16

Kunt u toelichten wat de belangrijkste barrières zijn voor een bezoek aan de huisarts of een commerciële aanbieder voor soa- en seksualiteitszorg?

#### Antwoord 16

Hoewel het grootste deel van de personen met een soa-vraag hiervoor naar de huisarts gaat, kan de drempel om naar de huisarts – of een commerciële aanbieder – te gaan voor sommige personen te hoog zijn. Er is mij geen onderzoek bekend waaruit blijkt welke barrières het grootst zijn. Maar over het algemeen lijken de barrières de volgende: kosten voor lab-diagnostiek en behandeling (ten laste van het eigen risico of voor eigen rekening bij een commerciële aanbieder); schaamte; angst voor veroordeling of stigma; lage gezondheidsvaardigheden (het ontbreken van kennis over wanneer soa-diagnostiek aangewezen is); de toegang tot zorg voor met name asielzoekers, migranten, personen zonder verblijfsvergunning of zorgverzekering, dakloze personen. Uit de eerder genoemde toekomstverkenning blijkt wel dat de belangrijkste redenen zijn voor personen om naar de GGD te gaan in plaats van de huisarts, dat de zorg bij de GGD gratis is, de deskundigheid van de GGD en een ongemak om seksuele gezondheidsproblematiek te bespreken met de huisarts.

<sup>9</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2021/22, 32 793, nr. 625.

<sup>10</sup> Bijlage bij Kamerstukken II, vergaderjaar 2023/24, 32 239, nr. 16.

Hierbij wil ik wel aanmerken dat een reden om de GGD te prefereren niet hoeft te betekenen dat personen de huisarts zouden mijden.

#### Vraag 17

Kunt u nader toelichten voor welke groepen in de samenleving deze barrières met name gelden? Welke concrete maatregelen zult u nemen om erop toe te zien dat ook deze groepen toegang krijgen tot deze zorg?

#### Antwoord 17

Uit mijn gesprekken met thema-instituut Soa Aids Nederland blijkt dat in ieder geval de volgende groepen in de samenleving de voorgenoemde barrières ervaren:

- Jongeren, zij hebben een vergrote kans op financiële kwetsbaarheid. Ook betalen ouders regelmatig de zorgpremie en zorgkosten, waardoor jongeren vrezen dat ouders inzage krijgen in hun seksuele gedrag. Bovendien hebben jongeren vaak minder kennis en vaardigheden om de juiste zorg te vinden;
- Personen met ontoereikende financiële middelen, zoals personen met een lage sociaaleconomische status;
- Personen zonder verblijfsvergunning of zorgverzekering, of daklozen;
- Personen met een verhoogd risico op stigmatisering en schaamte. Op het gebied van seksuele gezondheid zijn dit specifiek personen met een culturele achtergrond waarin openheid over seksuele gezondheid niet vanzelfsprekend is, personen met een religieuze achtergrond en personen uit een minderheidsgroep waarbij de maatschappelijke acceptatie laag is;
- Personen met verminderde zelfredzaamheid en/of verminderde kennis van het zorgsysteem, zoals mogelijk personen met een migratieachtergrond en personen met een licht-verstandelijke beperking.

Op dit moment onderzoekt de Universiteit van Maastricht in opdracht van het Ministerie van VWS seksuele gezondheidsachterstanden. In dit onderzoek wordt bekeken wat een gezondheidsachterstand in seksuele gezondheid is, waar dit verschilt en overeenkomt met de meer «algemene» gezondheidsachterstanden, welke groepen een risico lopen op een seksuele gezondheidsachterstand, hoe en wie deze groepen beter kunnen bereiken en hoe we hen het beste kunnen helpen. De resultaten van dit onderzoek verwacht ik eind dit jaar.

Met de inzichten van dit onderzoek én de bestaande kennis over bovenstaande groepen die een barrière ervaren rond specifiek soa-zorg, verwacht ik gerichte keuzes te kunnen maken om hen beter naar zorg te geleiden. Daarin zoek ik ook de samenwerking met gemeenten. Ik neem deze inzichten ook mee in de herziening van de Regeling aanvullende seksuele gezondheidszorg, op basis waarvan GGD'en nu onder andere soa-zorg bieden aan personen met een verhoogd risico op soa.

#### Vraag 18

Kunt u reflecteren op het feit dat 62% van de vrouwen en 22% van de mannen ooit in hun leven te maken hebben gehad met seksueel grensoverschrijdend gedrag? Welke concrete maatregelen zijn tot op heden ondernomen om dit preventief terug te dringen? Wanneer kan de Kamer de plannen aangaande aan doorlopende lijn van aanpak en leren aangaande seksuele vorming van PO tot aan het WO ontvangen, conform motie Mutluer?<sup>11</sup>

#### Antwoord 18

Elk geval van seksuele grensoverschrijding of seksueel geweld is er een te veel. Ik vind het daarom schokkend dat meer dan de helft van de vrouwen en bijna een kwart van de mannen ooit te maken heeft gehad met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Het probleem bestaat helaas al langere tijd. Het vorige kabinet heeft in 2022 de regeringscommissaris seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel geweld aangesteld. Aanvullend daarop loopt vanaf 2023 het Nationaal Actieprogramma seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel geweld. Hierin werkt het Ministerie van VWS samen met de Ministeries van OCW, SZW, JenV en de regeringscommissaris om

<sup>11</sup> Kamerstuk 34 843, nr. 78

seksueel grensoverschrijdend gedrag en geweld te voorkomen en tegen te gaan. Dit programma is onlangs verlengd met een jaar, namelijk tot en met 2026.

Het nationaal actieprogramma seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel geweld bestaat uit vijf actielijnen met daaronder allerlei preventieve maatregelen op dit gebied. In maart 2024 is de voortgangsrapportage over het actieprogramma gedeeld met uw Kamer; hierin kunnen de vragenstellers de laatste stand van zaken omtrent alle concrete maatregelen lezen.<sup>12</sup> In deze voortgangsrapportage werd ook ingegaan op de motie Mutluer. Op dit moment is het Ministerie van OCW samen met de regeringscommissaris seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel geweld een verkenning aan het doen naar de doorlopende lijn van aanpak en leren aangaande relationele en seksuele vorming van primair onderwijs tot aan wetenschappelijk onderwijs – zoals de motie Mutluer oproept. In de volgende voortgangsrapportage van het nationaal actieprogramma, die naar verwachting in voorjaar 2025 met uw Kamer wordt gedeeld, wordt van deze verkenning verslag gedaan.

---

<sup>12</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2023/24, 34 843, nr. 109.