



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

**Nationaal soa/hiv-plan 2012-2016**  
*'Bestendigen en versterken'*

RIVM rapport 215111001/2011



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

## **Nationaal soa/hiv plan 2012-2016**

'Bestendigen en versterken'

RIVM Rapport 215111001/2011

## Colofon

© RIVM 2011

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.

Silke David (redactie), RIVM

Contact:

Silke David

BBA

[silke.david@rivm.nl](mailto:silke.david@rivm.nl)

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van VWS, in het kader van seksuele gezondheidszorg

## Rapport in het kort

### Nationaal soa/hiv-plan 2012-2016 "Bestendigen en versterken"

In dit soa/hiv-plan wordt de visie op de preventie en bestrijding van soa/hiv in Nederland voor 2012-2016 uiteengezet. Aanzet tot de totstandkoming van dit soa/hiv-plan werd gegeven in de beleidsbrief "Seksuele Gezondheid" uit 2009. Nadere richting van het beleid rondom gezondheidsthema's is weergegeven in de "Landelijke nota gezondheidsbeleid" uit 2011, deze vormt het inhoudelijke uitgangspunt voor het leefstijlbeleid, onder andere op het gebied van seksuele gezondheid.

De komende periode zal vooral aandacht uitgaan naar bestendiging en versterking van de soa/hiv bestrijding met behulp van preventie en curatie met specifieke aandacht voor hoogrisico doelgroepen en settings. Hierbij is het belangrijk dat zorgverleners in de reguliere en aanvullende curatieve zorg ook hun taak op het gebied van preventie goed uitvoeren. Het RIVM/CIB zal zich de komende jaren, in overleg met koepels van beroepsgroepen en thema-instituten, blijven inzetten voor het versterken van de verbinding preventie en curatie in de reguliere en aanvullende zorg.

Veel partijen leveren een waardevolle bijdrage aan de preventie en bestrijding van soa/hiv in Nederland. Goede onderlinge samenwerking en afstemming zijn hiervoor essentieel. Het RIVM/CIB streeft naar een versterking van haar rol als netwerkorganisatie om zo tot een optimale preventie en bestrijding van soa/hiv te komen.

#### Trefwoorden:

Nationaal soa/hiv-plan, soa-bestrijding, seksuele gezondheid

## Abstract

### National policy plan STI/HIV 2012–2016 “To renew and reinforce”

In this policy plan, topics are identified that are important for the prevention and control of sexually transmitted infections (STI) and HIV in the coming years from 2012–2016. The 2009 policy note “Sexual health” formed the initial basis for the current plan. Of further influence is the national note on health policy (Landelijke nota gezondheidsbeleid, 2011), which forms the basis for the current lifestyle policy, addressing multiple health issues, including sexual health.

In the coming years continuing attention will be directed towards renewing and reinforcing STI/HIV prevention and control, with a special focus on high-risk groups and settings. In this context it is of the utmost importance that regular and supplemental curative healthcare professionals fulfil their task in prevention. In this view, the RIVM/Cib also commits to continuing to strengthen the connection of preventive and curative care in the regular and supplemental healthcare systems by consulting relevant organisations and non-governmental organisations in the field.

Finally, the participation of the numerous partners in the prevention and control of STI/HIV in the Netherlands renders productive collaboration essential. The RIVM/Cib aims at strengthening its role as a network organisation in order to facilitate optimal prevention and control of STI/HIV.

#### Keywords:

Nation policy plan STI/HIV, STI control, sexual health

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding—6</b>
<b>2</b>	<b>Huidig stelsel—8</b>
2.1	Gezondheidsbevordering—8
2.2	Vroegtijdig opsporen en behandelen—9
2.3	Randvoorwaarden—10
<b>3</b>	<b>Aandachtspunten 2012-2016—13</b>
3.1	Jongeren—13
3.2	Mannen die seks hebben met mannen—14
3.3	Etnische minderheden—15
3.4	Mensen met hiv—15
3.5	Antibioticaresistentie bij gonorrhoe—16
3.6	Leefstijlbeleid—17
3.7	Reguliere en aanvullende seksuele gezondheidszorg—18
3.8	Verbinding preventie en curatie—19
3.9	Kwaliteitsborging—19
3.10	Samenwerking en regie—20
<b>4</b>	<b>Doelstellingen 2012-2016—24</b>
<b>5</b>	<b>Dankwoord—25</b>
<b>6</b>	<b>Afkortingen—26</b>

# 1 Inleiding

In dit soa/hiv-plan leest u hoe we preventie en bestrijding van soa/hiv de komende jaren, samen met diverse partijen in het veld, vorm zullen geven.

Eind 2009 heeft het toenmalige kabinet de beleidsbrief 'Seksuele gezondheid' gepubliceerd<sup>1</sup>. Hierin werden de verschillende aspecten van het onderwerp seksuele gezondheid in samenhang behandeld. Onderwerpen als het aangaan van relaties, seksuele vorming, anticonceptie, onbedoelde zwangerschap, seksueel geweld en ook soa/hiv kwamen in die brief aan de orde. In de brief werd de gewenste koers voor de komende jaren uiteengezet. In de Landelijke gezondheidsnota 'Gezondheid dichtbij' van 25 mei 2011<sup>2</sup> heeft het nieuwe kabinet de inhoud van de beleidsbrief 'Seksuele gezondheid' – op een aantal punten na en met enkele nuanceringen – aangemerkt als geldend beleid voor de komende jaren.

In de beleidsbrief werd de ontwikkeling van een speciaal plan voor de preventie en bestrijding van soa/hiv voor de komende jaren aangekondigd. Ondanks alle inspanningen de afgelopen jaren is de soa/hiv-problematiek namelijk nog steeds groot. Ook dienen zich nieuwe uitdagingen aan. Niet alleen de problematiek noopt tot een nieuwe visie voor toekomstige preventie en bestrijding, ook ontwikkelingen in beleid en uitvoering dwingen tot het bepalen van nieuwe stappen aan de horizon. Het in 2004 opgestelde 'Preventieplan soa en hiv in Nederland'<sup>3</sup> is verouderd. Kortom, er is behoefte aan een toekomstbestendig plan dat ingaat op hoe en door wie de problemen en uitdagingen de komende jaren worden aangepakt. Dit plan ligt thans voor u.

Nederland kiest nadrukkelijk voor een integraal soa/hiv-beleid. In dit soa/hiv-plan wordt onder 'integraal' verstaan de verschillende aspecten van het beleid (preventie, curatie, inzet van thema-instituten, enzovoort) en de samenhang daartussen. Dit plan is voornamelijk geschreven vanuit de invalshoek volksgezondheid<sup>4</sup>. Ook andere beleidsterreinen<sup>5</sup> zijn relevant voor het soa/hiv-beleid, hetgeen nationaal zowel als internationaal<sup>6</sup> aandacht heeft.

Dit nationale soa/hiv-plan fungeert de komende vijf jaar (2012-2016) als kader voor alle partijen die betrokken zijn bij beleid en uitvoering van preventie en curatie van soa/hiv. Dit sluit aan bij de behoefte van het soa/hiv veld aan een plan waar alle partijen zich aan kunnen binden. De betrokkenheid van het

<sup>1</sup> VWS, 2009: Beleidsbrief seksuele gezondheid, VWS, 2009, beschikbaar op: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2009/11/27/seksuele-gezondheid.html>.

<sup>2</sup> VWS, 2011: Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij', VWS, 2011, beschikbaar op: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/notas/2011/05/25/landelijke-nota-gezondheidsbeleid.html>.

<sup>3</sup> VWS, 2004: Preventieplan soa en hiv in Nederland, VWS, 2004, beschikbaar op: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29220-4.pdf>.

<sup>4</sup> Het plan is wel afgestemd met andere terreinen zoals buitenlands beleid.

<sup>5</sup> Voorbeelden van relevante beleidsterreinen zijn buitenlandsbeleid, justitie et cetera, de verschillende beleidsniveaus, de invulling van het GIPA-principe (Greater Involvement of People with HIV/AIDS) en de samenhang hiertussen.

<sup>6</sup> Voorbeelden hieromtrent zijn de declaraties voortvloeiend uit bijeenkomsten met betrekking tot hiv/aids van de Verenigde Naties Algemene Vergadering in 2001, 2006, en 2011.

maatschappelijke middenveld is van belang bij het ontwikkelen en implementeren van soa/hiv-beleid.

Het uiteindelijke doel van het plan is de vermindering van de infectielast van soa/hiv en daarmee het bevorderen van de seksuele gezondheid.

De titel van het plan, 'Bestendigen en versterken', onderstreept dat wij in Nederland al veel hebben bereikt op het gebied van preventie en bestrijding van soa/hiv. Over het algemeen werkt het stelsel goed: veel Nederlanders weten soa/hiv-besmettingen te voorkomen en kunnen terecht bij de reguliere en aanvullende voorzieningen ten behoeve van soa/hiv-testen en -behandeling. Dit neemt niet weg dat wij onze inspanningen steeds kritisch moeten blijven monitoren en aanpassen. Het blijft van belang om ruimte te geven aan innovatie. Op die manier bevorderen wij een doelmatige aanpak die recht doet aan maatschappelijke ontwikkelingen.



## 2 Huidig stelsel

Het Nederlandse soa/hiv-beleid maakt deel uit van beleid gericht op de bevordering van seksuele gezondheid<sup>7</sup>. De volgende vier waarden worden in Nederland als uitgangspunt voor beleid ten aanzien van seksuele gezondheid gehanteerd: autonomie, weerbaarheid, respect en besef van wederkerigheid. Daarnaast bestaat het recht op toegang tot informatie en tot goede hulpverlening wanneer iemand dat nodig heeft<sup>8</sup>.

Nederland heeft een open houding ten aanzien van seksualiteit. Seks is over het algemeen een onderwerp dat in ons land goed bespreekbaar is. Problemen worden los van morele oordelen aangepakt en er wordt gefocust op wat werkt. Daarnaast hanteert Nederland een positieve benadering: we spreken dan ook van het *bevorderen* van seksuele gezondheid en richten onze aandacht niet alleen op het voorkómen van problemen. Bovendien is de pragmatische aanpak kenmerkend.

Internationaal gezien staat Nederland er relatief goed voor als het gaat om seksuele gezondheid. Om een aantal voorbeelden te noemen: in Nederland zijn goede laagdrempelige testvoorzieningen aanwezig ten behoeve van seksuele gezondheidszorg en informatieverstrekking en Nederland kent een hoog anticonceptiegebruik. Er zijn echter ook problemen en uitdagingen die we moeten aanpakken. Deze worden voor wat betreft het soa/hiv-gebied in dit plan behandeld.

Met bevordering van seksuele gezondheid kunnen problemen als soa/hiv-besmettingen<sup>9</sup> worden tegengegaan. Het Nederlandse soa/hiv-beleid is gebaseerd op twee pijlers: 1) gezondheidsbevordering en 2) vroegtijdig opsporen en behandelen (curatieve soa/hiv-bestrijding). Daarnaast is er een aantal randvoorwaarden dat het behalen van onze doelen mogelijk maakt.

### 2.1 Gezondheidsbevordering

De overheid stelt zich tot doel bij te dragen aan voorlichting en seksuele en relationele vorming. In de Landelijke nota gezondheidsbeleid wordt onderscheid gemaakt tussen informatievoorziening aan volwassenen enerzijds en informatievoorziening en seksuele en relationele vorming voor de jeugd anderzijds. Volwassenen hebben een eigen verantwoordelijkheid om op zoek te gaan naar informatie over seksuele gezondheid. De overheid draagt er in dit geval slechts aan bij dat er goede en voldoende informatie voorhanden is op basis waarvan men verstandige keuzes kan maken. Bij de jeugd ligt dat anders.

<sup>7</sup> Een werkgroep ingesteld door de Wereld Gezondheid Organisatie (WHO) heeft de definitie van seksuele gezondheid als volgt geformuleerd: *'Seksuele gezondheid is een staat van fysiek, emotioneel en mentaal welbevinden met betrekking tot seksualiteit. Het is meer dan de afwezigheid van ziekte, disfunctie of gebrek. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties. Bovendien vereist seksuele gezondheid de mogelijkheid om prettige en veilige seksuele ervaringen op te doen, vrij van dwang, discriminatie en geweld. Om tot seksuele gezondheid te komen en te handhaven moeten de seksuele rechten van alle mensen worden gerespecteerd en waargemaakt.'*

<sup>8</sup> Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij', VWS, 2011, beschikbaar op: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/notas/2011/05/25/landelijke-nota-gezondheidsbeleid.html>.

<sup>9</sup> Evenals onbedoelde zwangerschap en seksuele dwang.

Goede gewoonten en gedragingen die in de jonge jaren zijn aangeleerd, bieden meer perspectief voor de toekomst. Daarom verdient deze groep extra aandacht. Het actief bevorderen van een gezonde leefstijl van de jeugd, inzet op weerbaarheid om verleidingen uit het dagelijks leven te weerstaan, het stellen van grenzen en het bewust stimuleren van een gezonde basis bij de jeugd is daarom gerechtvaardigd<sup>10</sup>.

Er zijn verschillende thema-instituten op het terrein van seksuele gezondheid die zich hiervoor inzetten (Soa Aids Nederland, Rutgers WPF, Schorer, Hiv Vereniging Nederland). Zij ontwikkelen bijvoorbeeld lespakketten over weerbaarheid voor docenten in het onderwijs, folders over veilig vrijen, websites, educatieve spellen, enzovoort. Met subsidie stimuleert de overheid deze partijen dit werk te doen.

Ook huisartsen hebben een rol als het gaat om voorlichting en preventie. Zo kan een huisarts met een patiënt die vraagt naar een anticonceptiemiddel in gesprek gaan over veilige, gewenste en plezierige seks. Of kan de huisarts met iemand die voor een soa-test komt bespreken hoe soa/hiv-besmettingen in de toekomst voorkomen kunnen worden.

Preventie van soa/hiv is ook een taak van gemeenten in het kader van de Wet publieke gezondheid (Wpg)<sup>11</sup>. Gemeenten delegeren deze verantwoordelijkheid over het algemeen aan GGD'en. Zo kunnen GGD'en bijvoorbeeld zorgen voor informatievoorziening op scholen of binnen de jeugdgezondheidszorg over veilig vrijen, gebruikmakend van materiaal van thema-instituten.

Naast reguliere preventietaken hebben GGD'en sinds 2008 ook een taak op het gebied van aanvullende seksualiteitshulpverlening voor jongeren. Ter aanvulling op de huisartszorg organiseren GGD'en door het hele land eerstelijns seksualiteitssprekuren, de zogenoemde Sense spreekuren. Jongeren tot 25 jaar kunnen hier gratis en anoniem terecht met vragen over en problemen op het gebied van seksuele gezondheid<sup>12</sup>. Deze voorziening wordt gefinancierd vanuit de VWS-begroting via de regeling aanvullende seksualiteitshulpverlening (ASH). Deze regeling wordt uitgevoerd onder coördinatie van acht GGD'en. Het RIVM/CiB voert regie over de uitvoering.

Huisartsen en gemeenten/GGD'en hebben naast de taak op het gebied van gezondheidsbevordering, ook een taak op het gebied van vroegtijdig opsporen en behandelen, oftewel curatieve soa/hiv-bestrijding.

## 2.2 Vroegtijdig opsporen en behandelen

De eerstverantwoordelijken voor curatieve soa/hiv-bestrijding in Nederland zijn de eerste- en tweedelijnszorg. Zo kan men in eerste instantie bij de huisarts terecht voor bijvoorbeeld vroegtijdige opsporing en behandeling van soa/hiv. Voor zover bekend zijn huisartsen verantwoordelijk voor circa 70% van de soa-consulten en 80-85% van de soa-diagnoses. Maar ook voor andere problemen

<sup>10</sup> Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij', VWS, 2011, beschikbaar op: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/notas/2011/05/25/landelijke-nota-gezondheidsbeleid.html>.

<sup>11</sup> Wet Publieke Gezondheid, artikel 6.

<sup>12</sup> Aanvullend aan dit aanbod bestaat een betrouwbare website – [www.sense.info](http://www.sense.info) – waar jongeren informatie kunnen vinden over seksuele gezondheid en waar zij terecht kunnen voor het maken van een afspraak voor Sense hulpverlening of hun vraag per mail, chat of telefoon kunnen stellen.

met seksuele gezondheid is de huisarts de eerst aangewezen hulpverlener. Binnen het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) is een expertgroep soa/hiv en seksualiteit actief – de Huisarts Adviesgroep Seksuele Gezondheid (SeksHAG) – die huisartsen, zorgprofessionals en huisartsenpraktijken ondersteunt in de zorg voor patiënten met vragen of problemen op het gebied van hun seksuele gezondheid. Voor gecompliceerder problematiek op het terrein van seksuele gezondheid verwijst de huisarts door naar de tweedelijnszorg. Afhankelijk van de indicatie gaat iemand dan bijvoorbeeld naar een dermatoloog, gynaecoloog, uroloog, hiv-behandelcentrum of seksuoloog.

Bestrijding van soa/hiv (inclusief bron- en contactopsporing) is ook een gemeentelijke taak<sup>13</sup>. Daarnaast hebben GGD'en sinds 2006 vanuit de overheid een taak gekregen op het gebied van aanvullende curatieve soa-bestrijding. Doel hiervan is soa/hiv bij hoogrisicogroepen snel en gericht op te sporen en te behandelen om zo de kans op verdere verspreiding en de infectieziektedruk te verkleinen. Hoogrisicogroepen kunnen zich bij de soa-poliklinieken van GGD'en gratis en, indien gewenst anoniem, laten testen op soa/hiv en zo nodig laten behandelen. Deze zorg is aanvullend aan de reguliere eerstelijnszorg. De voorziening wordt gefinancierd vanuit de VWS-begroting via de regeling aanvullende curatieve soa-bestrijding (ACS). De regeling wordt uitgevoerd onder coördinatie van dezelfde acht GGD'en die de regeling ASH uitvoeren. Ook hier voert het RIVM/CiB regie over de uitvoering.

Vanuit de gedachte 'vroeg opsporing van soa- en hiv-infecties doorbreekt transmissieketens' kent Nederland in zowel de reguliere als de aanvullende soa-zorg een zogenaamd actief testbeleid. Dit houdt in dat bevorderd wordt dat mensen met risicogedrag toegang hebben tot laagdrempelige voorzieningen, zodat zij zich, indien nodig, daadwerkelijk laten testen op soa/hiv<sup>14</sup>. Dit is in het belang van de betrokkenen (door eerdere opsporing betere prognose) en de volksgezondheid (door eerdere opsporing minder verspreiding). Overigens moet hier worden opgemerkt dat testen niet in de plaats moet komen van primaire preventie: voorkomen is immers beter dan genezen.

Thema-instituten, tot slot, zetten zich – met subsidie van de overheid – ook in voor bestrijding van soa/hiv. Zij investeren bijvoorbeeld in bereikbaarheid en kennisvergroting (door bijvoorbeeld inzet van online interventies) van risicogroepen, deskundigheidsbevordering onder huisartsen, verpleegkundigen of GGD-medewerkers, en in het bevorderen van testen en richtlijnontwikkeling.

### 2.3 Randvoorwaarden

De overheid zet zich in voor de randvoorwaarden om bovengenoemde preventie en bestrijding te realiseren. Zo is de minister van VWS verantwoordelijk voor het vormen van nationaal beleid. Daarnaast creëert de minister wettelijke randvoorwaarden. Bij voorbeeld: via de Wet Publieke Gezondheid is de soa/hiv-bestrijding op lokaal niveau wettelijk geregeld. Kwaliteitseisen zijn wettelijk vastgelegd, bijvoorbeeld in de Wet BIG. De beroepsgroepen zijn overigens

<sup>13</sup> Wet Publieke Gezondheid.

<sup>14</sup> De volgende soa worden als prioritair voor de openbare gezondheidszorg aangemerkt: 1) chlamydia, 2) gonorrhoe, 3) syfilis en 4) hiv. Binnen de regeling aanvullende curatieve soa-bestrijding is met ingang van 2010 testen op hiv op basis van het 'opting out'-principe ingevoerd; een hiv-test wordt hierdoor standaard uitgevoerd, tenzij de cliënt aangeeft hiervan af willen zien.

primair verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ziet hierop toe.

De minister stelt ook budget beschikbaar. Zoals reeds eerder benoemd, bekostigt de overheid aanvullende voorzieningen op het terrein van soa-bestrijding en seksualiteitshulpverlening. De overheid financiert andere partijen voor bijvoorbeeld de ontwikkeling van interventies, onderzoek en deskundigheidsbevordering. Zij doet dat via programma's<sup>15</sup> of subsidies. De subsidies op het terrein van seksuele gezondheid, waaronder soa/hiv, worden vanuit het ministerie van VWS verleend door het RIVM/Cib<sup>16</sup>.

Randvoorwaarden worden niet alleen gecreëerd met beleid, budget en wet- en regelgeving. Ook nodig zijn coördinatie en facilitering van de uitvoering door partijen die zich inzetten voor seksuele gezondheid. Daarnaast moeten kennis, kunde en ervaring uit het veld worden gekanaliseerd naar de minister, zodat deze het beleid tijdig kan aanpassen aan de geldende situatie op het gebied van seksuele gezondheid. Deze regierol voor seksuele gezondheid, inclusief soa/hiv, is toebedeeld aan het RIVM. Het RIVM/Cib vervult een 'spin-in-het-web' functie: op basis van bijvoorbeeld signalen uit de praktijk, onderzoeksresultaten, epidemiologische gegevens en (on)gevraagd advies en de kennis van thema-instituten formuleert het instituut adviezen om beleid te verbeteren. Het RIVM/Cib zorgt er daarnaast ook voor dat nationaal beleid kan worden uitgevoerd. Dit doet het instituut bijvoorbeeld door het veld te faciliteren bij het ontwikkelen van richtlijnen, door aanvullende zorg te coördineren en door thema-instituten te vragen om in hun werk aan beleidsprioriteiten vorm te geven. Het RIVM/Cib doet dit in goed overleg met haar samenwerkingspartners. Ook heeft het RIVM/Cib een aantal (financiële) sturingsinstrumenten, zoals het verlenen van subsidies aan thema-instituten en financiering van de aanvullende zorg door GGD'en. Op de regierol van het RIVM/Cib is eerder uitgebreid ingegaan in het standpunt van de minister van VWS op de resultaten van de evaluatie van het RIVM/Cib door Boer & Croon<sup>17</sup>.

Het Centrum Gezond Leven (CGL) van het RIVM heeft daarnaast de taak om interventies van thema-instituten gericht op gezondheidsbevordering beter beschikbaar te maken voor professionals, zoals GGD'en. Ook zorgt het RIVM/CGL voor beoordeling van interventies, hetgeen de kwaliteitsborging van gezondheidsbevordering ten goede komt. Ook andere onderdelen van het RIVM hebben een taak op het gebied van seksuele gezondheid<sup>18</sup>.

Zoals eerder al genoemd, is er naast de rol van de overheid op het gebied van soa/hiv-preventie en -bestrijding (evenals voor bevordering van seksuele gezondheid in brede zin) een grote rol weggelegd voor thema-instituten.

<sup>15</sup> Een goed voorbeeld is het ZonMw programma *Seksuele gezondheid van de jeugd* dat van 2006 tot 2011 door het ministerie van VWS is gefinancierd.

<sup>16</sup> Organisaties die subsidies ontvangen zijn: Soa Aids Nederland, Schorer, Hiv Vereniging Nederland, Stichting Hiv Monitoring, Rutgers WPF.

<sup>17</sup> Evaluatie RIVM/Cib, VWS en Boer & Croon, 2009/2010: Evaluatie RIVM/Cib, beschikbaar op: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2010/05/07/evaluatie-rivm-centrum-infectieziektebestrijding.html>.

<sup>18</sup> Het Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CvB) zorgt er bijvoorbeeld voor dat alle zwangere vrouwen screening aangeboden krijgen op hiv, hepatitis B en syfilis, ook om zo transmissie naar hun nog ongeborn kind te voorkomen. Het Centrum Volksgezondheid Toekomstverkenningen (VTV) verzamelt informatie op basis waarvan toekomstig beleid kan worden geformuleerd.

Nederland kenmerkt zich door een groot aantal sterke thema-instituten dat zich hiervoor inzet. Het werk van deze organisaties vormt een randvoorwaarde voor het bereiken van de nationale doelstellingen op het gebied van soa/hiv. De samenwerking tussen Rijk en lokale overheden, zorgverleners en thema-instituten in Nederland is goed, de verschillende partijen versterken elkaar. Op de coördinatie van deze inspanningen op nationaal niveau door het RIVM is hierboven al ingegaan.

Uitgangspunt is dat beleid en praktijk voor zover mogelijk gebaseerd zijn op onderzoek. Surveillance en onderzoek dragen hieraan bij door het genereren van kennis. Surveillance is essentieel om de soa/hiv-problematiek te volgen, opdat ontwikkelingen in beleid en praktijk op actuele ontwikkelingen kunnen worden aangepast. Surveillance richt zich zowel op het monitoren van soa/hiv als op het monitoren van (seksueel) gedrag en relevante determinanten, zoals middelengebruik. Verschillende databronnen dragen bij aan de surveillance van soa/hiv in Nederland. Laboratoriumdiagnostiek is uiteraard noodzakelijk voor surveillance en soms ook de nadere microbiologische beschrijving van pathogenen. Hierbij is de samenwerking met microbiologische laboratoria van belang. De landelijke rapportage die elk jaar wordt opgesteld door het RIVM/CIB draagt bij een samenhangende analyse van de verschillende gegevens. De eenheid van surveillancedata moet conform richtlijnen van het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) gewaarborgd zijn<sup>19</sup>. Naast epidemiologische gegevens zijn gedragsindicatoren relevant bij bestrijding van soa/hiv. Soa/hiv zijn immers het gevolg van het gedrag van mensen. Sinds 1 januari 2011 wordt bij alle consulten op de soa-poliklinieken een aantal kern-gedragsvariabelen geregistreerd. Bovendien draagt onderzoek van universiteiten, GGD'en en thema-instituten bij aan belangrijke inzichten in gedrags specifieke problematiek. Denk aan het (vervolg)onderzoek 'Seks onder je 25<sup>er</sup>' van Rutgers WPF en Soa Aids Nederland, de jaarlijkse monitor van Schorer en Rutgers WPF<sup>20</sup> en de Amsterdamse cohort studies<sup>21</sup>

<sup>19</sup> European Centre for Disease Prevention and Control:  
[http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/Pages/StrategiesPrinciples\\_Objective\\_s.aspx](http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/Pages/StrategiesPrinciples_Objective_s.aspx).

<sup>20</sup> Bijvoorbeeld de monitor 'Seksuele gezondheid in Nederland'.

<sup>21</sup> <http://www.amsterdamcohortstudies.org/> .

### 3 Aandachtspunten 2012-2016

Op basis van de epidemiologie van soa/hiv en gedragsdeterminanten valt een aantal aandachtspunten op dat de komende jaren moet worden aangepakt:

- jongeren
- mannen die seks hebben met mannen (MSM)
- etnische minderheden
- mensen met hiv
- antibioticaresistentie bij gonorrhoe
- leefstijlbeleid
- reguliere en aanvullende seksuele gezondheidszorg
- verbinding preventie en curatie
- kwaliteitsborging
- samenwerking en regie

Deze aandachtspunten en gerelateerde doelstellingen voor de komende jaren worden hieronder beschreven. De volgorde van aandachtspunten en doelstellingen is geen weergave van onderlinge prioriteit. Het huidige stelsel zoals beschreven in hoofdstuk 4 functioneert over het algemeen naar tevredenheid en is dan ook uitgangspunt bij de in dit hoofdstuk beschreven vraagstukken. Dat neemt niet weg dat aandacht nodig blijft voor (andere) (sub)groepen die moeilijk bereikbaar zijn (onder meer prostituees en hun klanten en (intraveneus) drugsgebruikers) en voor mensen die in meerdere risicogroepen vallen. In Box 1 wordt het voorkomen van soa in de verschillende risicogroepen weergegeven.

#### 3.1 Jongeren

Net als voor alle aspecten van seksuele gezondheid, zijn jongeren een belangrijke doelgroep bij de preventie van soa/hiv. Voorlichting en het bevorderen van seksuele en relationele vaardigheden is voor deze groep van groot belang. Elk jaar worden circa 200 000 jongeren voor het eerst seksueel actief. Het is belangrijk dat zij dan goed voorbereid zijn, zodat ze ervoor kunnen zorgen dat seks veilig, gewenst en prettig is en dat ze soa/hiv kunnen voorkomen. Al jaren wordt fors geïnvesteerd in deze seksuele en relationele vorming. Ook kunnen jongeren gratis en anoniem terecht op de soa-poli's van de GGD voor een soa-test en behandeling. *Chlamydia trachomatis* (chlamydia) is al jaren de meest gevonden soa onder jongeren op de soa-poli's en bij de huisarts. Het soa/hiv-testgedrag onder jongeren neemt jaarlijks toe, het percentage positieve testen voor chlamydia neemt echter niet af.

Het is van groot belang dat jongeren blijvend specifieke aandacht krijgen, zowel binnen gezondheidsbevordering als binnen de soa/hiv-bestrijding. Alle partijen zullen zich hier de komende jaren voor moeten inzetten. Op basis van gegevens van onder andere de aanvullende soa-bestrijding en aanvullende seksualiteitshulpverlening, kennis van thema-instituten en onderzoek, zal het beleid gericht op jongeren blijvend worden aangepast. Het veranderende karakter van deze doelgroep vergt bovendien dat innovatieve aanpakken worden ingezet om de doelgroep beter te kunnen bereiken. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het gebruik van sociale media en e-health.

**Doelstelling 1:**

In 2015 is het percentage van jongeren dat risico heeft gelopen en dat zich jaarlijks op chlamydia laat testen ten minste gelijk gebleven aan 2010.

**Doelstelling 2:**

In 2015 is condoomgebruik onder jongeren bij de eerste geslachtsgemeenschap ten minste gelijk gebleven aan 2010<sup>22</sup>.

### 3.2 Mannen die seks hebben met mannen

Bij mannen die seks hebben met mannen (MSM) komen bovengemiddeld vaak soa/hiv voor<sup>23</sup>. In 2010 werd bij 19% van de soa-consulten bij MSM een soa-diagnose vastgesteld, vooral chlamydia en gonorrhoe, maar ook infectieuze syfilis. Naar schatting is 5% van alle MSM in Nederland hiv-positief. Soa co-infecties worden vaak gediagnosticeerd bij hiv-positieve MSM. In deze groep is het van belang alert te blijven op transmissie van (opkomende) soa (zoals lymphorganuloma venereum (LGV) en hepatitis C bij MSM met hiv). Door het hoge risicogedrag in deze groep worden opkomende infecties hier vaak als eerste opgemerkt.

Uit de jaarlijkse Schorer-monitor is gebleken dat jonge MSM onveiliger zijn gaan vrijen. Bovendien laat dat onderzoek zien dat mannen die zich niet als MSM identificeren minder goed bereikt worden door de hulpverlening (hieronder vaak jongeren en etnische minderheden)<sup>24</sup>. Stigmatisering van homo's speelt hierbij een grote rol, zeker als bij deze mannen ook sprake is van een hiv-infectie. Bij sommige van deze groepen, zoals jonge MSM, is het bereik met preventieactiviteiten soms lastiger, omdat zij niet de bekende gelegenheden of websites bezoeken.

Aan MSM zal blijvend specifieke aandacht besteed worden binnen nationaal soa/hiv-beleid. Diverse partijen, zoals Soa Aids Nederland, Schorer en uitvoerders van de aanvullende regeling curatieve soa-bestrijding, hebben hier een rol. Op basis van gegevens van onder andere de aanvullende curatieve soa-bestrijding, kennis van thema-instituten en onderzoek, zal het beleid gericht op MSM blijvend worden aangepast met als doel te bewerkstelligen dat zo min mogelijk MSM soa/hiv oplopen en dat MSM die wel een soa- of hiv-besmetting hebben opgelopen, hier zo snel mogelijk van op de hoogte raken en in zorg terecht komen.

**Doelstelling 3:**

In 2015 is het percentage MSM met hiv dat niet op de hoogte is van zijn hiv-status afgenomen ten opzichte van 2008<sup>25</sup>.

**Doelstelling 4:**

In 2015 is het percentage onbeschermd anale seks (in de laatste 6 maanden) onder jonge MSM met losse partners afgenomen ten opzichte van 2010<sup>23</sup>.

<sup>22</sup> Seks onder je 25<sup>ste</sup>, Rutgers WPF, 2005, beschikbaar op:

[http://www.seksonderje25e.nl/images/boek\\_seks\\_onder\\_je\\_25e.pdf](http://www.seksonderje25e.nl/images/boek_seks_onder_je_25e.pdf).

<sup>23</sup> Sexually transmitted infections including HIV, in the Netherlands in 2010, rapport RIVM, 2011, beschikbaar op:

[http://www.rivm.nl/Bibliotheek/Wetenschappelijk/Rapporten/2011/juni/Sexually Transmitted Infections including HIV in the Netherlands in 2010](http://www.rivm.nl/Bibliotheek/Wetenschappelijk/Rapporten/2011/juni/Sexually_Transmitted_Infections_including_HIV_in_the_Netherlands_in_2010).

<sup>24</sup> 'Schorer monitor'.

<sup>25</sup> Veen, M.G. van, et al., AIDS 2011, 25:229-237.

### 3.3 Etnische minderheden

De ziektelast van soa/hiv is disproportioneel hoog onder etnische minderheden. De problematiek onder deze groep is geconcentreerd in sub-Sahara Afrikanen, de Caribische groep (waaronder Surinamers en Antillianen), Turken en Marokkanen. Etnische minderheden met hiv zijn bovendien vaker dan gemiddeld niet op de hoogte van hun hiv-status. Er is uiteraard overlap met andere risicogroepen, zoals jongeren en MSM. Etnische minderheden zijn nog steeds moeilijk bereikbaar voor de reguliere en aanvullende zorg, terwijl binnen de groep die wel bereikt wordt relatief veel soa/hiv wordt gevonden. Taboes omtrent (homo)seksualiteit vormen een belangrijke belemmerende factor<sup>26</sup>. Daarnaast is er weinig inzicht in het soa/hiv-testgedrag van etnische minderheden bij de huisarts. Etnische minderheden vormen een diverse doelgroep door verschillende achtergronden, waardoor zij moeilijk bereikbaar blijken voor hulpverlening.

Ook etnische minderheden blijven specifieke aandacht krijgen binnen nationaal soa/hiv-beleid. Verschillende partijen, zoals Soa Aids Nederland of uitvoerders van de aanvullende curatieve soa-bestrijding, hebben hier een rol. Op basis van gegevens van onder andere de aanvullende curatieve soa-bestrijding, kennis van thema-instituten en onderzoek, zal het beleid gericht op deze doelgroep blijvend worden aangepast. Hierbij is het doel te bewerkstelligen dat zo min mogelijk etnische minderheden besmet raken met soa/hiv en dat zij die wel een soa/hiv-besmetting hebben opgelopen, hier zo snel mogelijk van op de hoogte raken en in zorg terechtkomen.

*Doelstelling 5:*

In 2015 is het percentage mensen met hiv onder etnische minderheden, met name sub-Sahara Afrikanen en mensen afkomstig uit het Caribische gebied, dat niet op de hoogte is van zijn hiv-status, afgenomen ten opzichte van 2008<sup>27</sup>.

*Doelstelling 6:*

In 2015 is correct en consequent condoomgebruik onder met name jongeren uit etnische minderheden toegenomen ten opzichte van 2010<sup>28</sup>.

### 3.4 Mensen met hiv

In 2008 leefden er naar schatting circa 21 500 personen in Nederland met hiv<sup>27</sup>. Ongeveer 40% van hen was niet op de hoogte van de hiv-infectie. Dit geldt vooral voor bepaalde groepen etnische minderheden, zoals sub-Sahara Afrikanen, Surinamers en Antillianen. Naar schatting is één op de twintig MSM in Nederland geïnfecteerd met hiv, waarvan ongeveer eenderde niet op de hoogte is van de infectie<sup>29</sup>. Daarnaast komen er nog veel personen laat in zorg. Ook de tijd tussen diagnose en (gespecialiseerde) hiv-zorg is regelmatig (onnodig) lang. Het is belangrijk dat mensen met hiv op de hoogte zijn van hun hiv-status, zodat zij toegang kunnen krijgen tot behandeling. Behandeling van hiv-infecties

<sup>26</sup> Fakoya, et al., HIV Medicine 2008;9 Suppl. 2:23-5.

<sup>27</sup> Veen MG van, et al. AIDS 2011, 25:229-237

<sup>28</sup> Sexually transmitted infections including HIV, in the Netherlands in 2010, rapport RIVM, 2011, beschikbaar op:

[http://www.rivm.nl/Bibliotheek/Wetenschappelijk/Rapporten/2011/juni/Sexually Transmitted Infections including HIV in the Netherlands in 2010](http://www.rivm.nl/Bibliotheek/Wetenschappelijk/Rapporten/2011/juni/Sexually_Transmitted_Infections_including_HIV_in_the_Netherlands_in_2010).

<sup>29</sup> Vooral buiten de grote steden is dit een probleem, waar bijna de helft niet op de hoogte is van de infectie.



dient de gezondheid van het individu (betere kwaliteit van leven) én de volksgezondheid (behandeling verkleint het risico op verdere overdracht). Hierbij is goede therapietrouw noodzakelijk.

Het beschikbaar komen van hiv-behandeling in de jaren negentig van de vorige eeuw heeft het leven van talloze mensen verbeterd. Het heeft echter ook nieuwe aandachtspunten met zich meegebracht. De beschikbaarheid van hiv-behandeling kan leiden tot een onderschatting van het risico met betrekking tot overdracht, zowel bij hiv-negatieven om met het virus geïnficeerd te raken als bij mensen met hiv om de infectie verder te verspreiden. Daarnaast bestaat het risico dat de medische en sociale impact van het leven met een levenslange chronische infectie wordt onderschat. Door effectieve medicatie worden mensen met hiv steeds ouder. Het leven met hiv op oudere leeftijd kan extra problemen met zich meebrengen en door hiv wordt het verouderingsproces versneld<sup>30</sup>. De gezondheids- en ouderenzorg moeten hiermee rekening houden.

Onder hiv-positieve MSM komen gemiddeld veel co-infecties voor met onder andere virale hepatitis en andere soa. Veilig vrijen verdient dus meer aandacht binnen deze groep. Dit vraagstuk wordt idealiter opgepakt door professionals die regelmatig contact hebben met mensen met hiv, zoals hiv-behandelaren en -consulenten. Stigmatisering van mensen met hiv, en in mindere mate van mensen met soa in het algemeen, is nog steeds één van de redenen dat hoogrisicogroepen zich niet regelmatig laten testen. Het tegengaan van stigmatisering bij mensen met hiv is een belangrijke voorwaarde voor succesvolle preventie en bestrijding.

Mensen met hiv krijgen blijvend specifieke aandacht binnen het nationale soa/hiv-beleid. Hierin spelen verschillende partijen een rol, zoals Hiv Vereniging Nederland, Soa Aids Nederland, Schorer, uitvoerders van de aanvullende curatieve soa-bestrijding en hiv-behandelaren. Op basis van gegevens van onder andere de aanvullende soa-bestrijding en hiv-behandelcentra, kennis van thema-instituten en onderzoek, zal het beleid gericht op mensen met hiv blijvend worden aangepast. Doelstelling hiervan is dat zo min mogelijk mensen besmet raken met hiv en dat zij die hiv-positief zijn zo snel mogelijk op de hoogte raken van hun hiv-status en in zorg terecht komen.

**Doelstelling 7:**

In 2015 worden mensen met hiv in een vroeger stadium van de infectie gediagnosticeerd en komen zij sneller in zorg ten opzichte van 2010<sup>31</sup>.

### **3.5 Antibioticaresistentie bij gonorrhoe**

Antibioticaresistente is een groeiend probleem bij gonorrhoe. Momenteel wordt binnen een aantal soa-poliklinieken de resistentieontwikkeling van gonorrhoe bewaakt. Resistentie tegen ciprofloxacine lag in 2009 rond de 49%; bij MSM lag dat percentage nog hoger. Hoewel er in Nederland nog geen klinisch falen is gerapporteerd tegen het huidige antibioticum van eerste keus<sup>32</sup>, is het aandeel patiënten met een gonorrhoe-infectie, bij wie verminderde gevoeligheid voor dit antibioticum gezien wordt, de afgelopen jaren toe genomen. Het RIVM/Cib zal

<sup>30</sup> 'Oud worden met hiv', Aids Fonds, 2009.

<sup>31</sup> Monitoring of Human Immunodeficiency Virus in the Netherlands, Stichting Hiv Monitoring, 2010, beschikbaar op: <http://www.hiv-monitoring.nl/index.php/nederlands/>.

<sup>32</sup> Derde generatie cefalosporines.

de resistentieontwikkeling van gonorroe ook in de toekomst bewaken en indien noodzakelijk versterken.

**Doelstelling 8:**

Tot 2015 wordt ten minste gestreefd naar handhaving van de huidige surveillance van antibioticumresistentie bij gonorroe.

### 3.6

#### Leefstijlbeleid

Het leefstijlbeleid is aan vernieuwing toe. Er wordt bezuinigd op het budget bestemd voor leefstijl en het leefstijlbeleid zal op een andere manier worden ingericht<sup>33</sup>. Dit vergt een andere manier van werken door partijen, zoals thema-instituten die subsidie ontvangen voor de inspanningen die zij verrichten op het gebied van gezondheidsbevordering. In de Landelijke nota gezondheidsbeleid zijn de inhoudelijke uitgangspunten voor het leefstijlbeleid voor de komende jaren vastgelegd:

In de Landelijke nota gezondheidsbeleid zijn de inhoudelijke uitgangspunten voor het leefstijlbeleid voor de komende jaren vastgelegd:

- Tegengaan van versnippering en verkokering op het terrein van leefstijl.
- Omvormen van de subsidiestructuur en van de inzet van kennisinstituten.
- Benutten van bestaande (zorg)structuren voor advies op maat.
- Bevorderen van weerbaarheid en gezonde basis van de jeugd.
- Inzet op de gezonde keuze, de makkelijke en aantrekkelijke keuze maken.
- Inzet op gebundelde, betrouwbare en toegankelijke informatie voor burgers, professionals, gezondheidspartners en bedrijven. (Een generieke aanpak met (massamediale)campagnes past hier niet in.)
- Inzet op het delen en bundelen van effectieve interventies en gebruik hiervan.
- Keuze voor implementatiegericht onderzoek en aandacht voor het verbeteren van de afstemming tussen onderzoeksprogramma's.

Zowel de herziening van het leefstijlbeleid als de bezuinigingen hebben consequenties voor partijen die zich inzetten voor gezondheidsbevordering op het gebied van seksuele gezondheid. Het gaat hierbij met name om het budget voor en de manier van werken door thema-instituten en de wijze van subsidieverlening door het RIVM/Cib. Het jaar 2012 wordt gezien als overgangsjaar. In de eerste helft van 2012 zal duidelijk worden hoe de inzet van de thema-instituten vanaf 2013 moet plaatsvinden zodat deze aansluit bij bovengenoemde uitgangspunten. GGD'en kunnen een belangrijke rol vervullen bij het vormgeven van het lokale beleid op het gebied van seksuele gezondheid. Via het loket gezond leven worden hiervoor diverse tools aangereikt<sup>34</sup>.

**Doelstelling 9:**

Vanaf 2012 worden de leefstijlactiviteiten op het gebied van seksuele gezondheid in lijn gebracht met de uitgangspunten voor leefstijlbeleid zoals verwoord in de Landelijke nota gezondheidsbeleid.

<sup>33</sup> Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij', VWS, 2011, beschikbaar op: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/notas/2011/05/25/landelijke-nota-gezondheidsbeleid.html>.

<sup>34</sup> <http://www.loketgezondleven.nl/settings/gezonde-gemeente/seksuele-gezondheid/>

### 3.7 Reguliere en aanvullende seksuele gezondheidszorg

De eerstelijns reguliere zorg fungeert als eerste mogelijkheid voor testen op soa/hiv en vragen over seksuele gezondheid. De aanvullende curatieve soa-bestrijding is uitdrukkelijk bedoeld voor mensen onder wie het risico op transmissie van soa/hiv het hoogst is en die bij reguliere zorg niet terecht kunnen. Steeds meer mensen uit hoogerisicogroepen laten zich testen op de soa-poliklinieken van de GGD, conform het doel van de regeling. Hierdoor komt echter het aanvullende karakter van deze voorzieningen en de balans tussen de reguliere en aanvullende voorzieningen onder druk te staan. Consequentie hiervan is ook dat de kosten van deze voorziening voor de overheid steeds hoger worden. Zeker in economisch zware tijden vormt dit een probleem.

Per 2012 worden de aanvullende voorzieningen op het gebied van seksuele gezondheid (dat wil zeggen de voormalige regelingen ACS en ASH) samengevoegd tot één regeling aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG). Doel van de integratie is tweeledig. Met de nieuwe regeling wordt een doelmatigheidsslag beoogd, terwijl een aantal wijzigingen de financiële houdbaarheid van met name de regeling aanvullende curatieve soa-bestrijding moet bevorderen. Belangrijke verbeteringen van deze voorzieningen zijn het mogelijk maken voor jongeren die tot geen andere risicogroep behoren om zich alleen op chlamydia te laten testen, GGD'en verdere ruimte geven om de aanvullende seksualiteitshulpverlening op de lokale situatie aan te passen, en versterkte aandacht voor internettoepassingen (e-health). Het laatste punt betekent in eerste instantie dat verder onderzoek moet worden verricht met als doel de meest doelmatige aanpak vast te stellen. Eerdere internettoepassingen met betrekking tot seksuele gezondheid geïnitieerd door thema-instituten in samenwerking met GGD'en, hebben al mogelijkheden aangetoond. Nuttig inzicht geeft ook de proefimplementatie chlamydia screening waarbij gebruik werd gemaakt van online chlamydiatesten. Het RIVM/CIb zal de implementatie van de geïntegreerde regeling monitoren om het aanvullende karakter en de financiële houdbaarheid op langere termijn te waarborgen.

Ook de komende jaren stimuleren RIVM/CIb en thema-instituten een actief testbeleid. Niet alleen richting soa-poli's en hun doelgroepen, maar ook richting huisartsen en hiv-behandelaren. De verbinding en samenhang tussen de reguliere en de aanvullende seksuele gezondheidszorg blijft een centraal aandachtspunt. Zorgverleners uit de reguliere zorg moeten zich bijvoorbeeld beter bewust zijn van het *aanvullende* karakter van de aanvullende zorg en de beperkingen daarvan. Hierbij is versterking van de bewustwording en afstemming tussen professionals van de reguliere en aanvullende seksuele gezondheidszorg nodig. RIVM/CIb zal samen met thema-instituten hiertoe het initiatief nemen, met name richting relevante koepels van professionals. Thema-instituten zullen bijvoorbeeld ook aandacht besteden aan bevordering van kennisvergroting van zorgverleners in de reguliere gezondheidszorg, teneinde hen beter toe te rusten op hun taak in de soa/hiv-preventie en -bestrijding.

Het waarborgen van het aanvullende karakter van de aanvullende voorzieningen ten opzichte van de reguliere gezondheidszorg en gezondheidsbevordering is een fundamenteel uitgangspunt. De primaire verantwoordelijkheden voor deze taken zijn immers wettelijk belegd bij de huisarts en de gemeente. De huisarts is en blijft echter hét primaire aanspreekpunt voor mensen met problemen op het gebied van seksuele gezondheid. Om het aanvullende karakter te

waarborgen en de effectiviteit, in termen van vindpercentages van soa/hiv, te verhogen, zullen de GGD'en zich nog sterker moeten richten op groepen met een hoog risico op soa/hiv of noodzaak tot aanvullende seksualiteitshulpverlening. Dit betekent dat een strikte(re) triagering noodzakelijk is. Om de balans tussen de reguliere en aanvullende voorzieningen te waarborgen, zijn ook verdere (financiële) aanpassingen van de regeling aanvullende seksuele gezondheidszorg nodig. In 2012 zal VWS nadere stappen ondernemen ten behoeve van de gerelateerde besluitvorming.

*Doelstelling 10:*

In 2013 zijn vergaande aanpassingen uitgewerkt ten behoeve van het aanvullende karakter en de financiële houdbaarheid van de regeling aanvullende seksuele gezondheidszorg.

*Doelstelling 11:*

In 2013 wordt de geïntegreerde aanvullende seksuele gezondheidszorg geëvalueerd met het oog op de toekomstige inrichting van deze voorzieningen.

### 3.8 **Verbinding preventie en curatie**

Preventie en curatie zijn aan elkaar verbonden. De twee gebieden zijn deels overlappend; curatie heeft immers ook een preventieve functie door het voorkómen van verdere overdracht in de populatie. Bovendien biedt het contactmoment tussen patiënt en zorgverlener een gelegenheid waarbij op een effectieve wijze preventie plaats kan vinden. Het is belangrijk dat zorgverleners in de reguliere en aanvullende curatieve zorg ook hun taak op het gebied van preventie goed uitvoeren. Op het terrein van de aanvullende zorg wordt, mede om deze reden, de regeling ACS (vooral gericht op curatie) per 2012 geïntegreerd met de regeling ASH (onder andere gericht op preventie). Op het terrein van de reguliere curatieve soa-zorg verdient preventie, zoals motiverende gespreksvoering, blijvend aandacht in de komende jaren. Een partij als de Huisarts Adviesgroep Seksuele Gezondheid (SeksHAG) kan hier een rol in spelen. Ook verdient partnerwaarschuwing een prominente plaats op de agenda teneinde curatie en preventie meer met elkaar te verbinden. Het RIVM/CIB zal zich de komende jaren, in overleg met koepels van beroepsgroepen en thema-instituten, blijven inzetten voor het versterken van de verbinding preventie en curatie in de reguliere en aanvullende zorg.

*Doelstelling 12:*

Uiterlijk 2015 is geëvalueerd of preventie voldoende aan de orde komt in richtlijnen en praktijk binnen de reguliere en aanvullende curatieve soa-zorg.

### 3.9 **Kwaliteitsborging**

Om kwaliteit van zorg continu te waarborgen is de beschikbaarheid van bestaande en, waar nodig, de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen essentieel. Hiernaast verdient de adequate toepassing van richtlijnen aandacht. Richtlijnen kunnen in de toekomst versterkt worden ingezet voor het verbeteren van de aanpak met betrekking tot specifieke aandachtspunten. Voorbeelden van dergelijke aandachtspunten zijn het optimaliseren van de praktijk betreffende partnerwaarschuwing, antibioticabehandeling bij gonorrhoe, pre- en post-expositie profylaxe na mogelijke blootstelling aan hiv en het gebruik van nieuwe (aanpakken tot) soa/hiv-testen.

Het RIVM/CIb ondersteunt, in overleg met relevante beroepsgroepen, professionals bij het opstellen en evalueren van richtlijnen en protocollen. Op het gebied van soa/hiv worden dergelijke stimulerende activiteiten bijvoorbeeld ondernomen door het RIVM/CIb.

Vanzelfsprekend moet ook de kwaliteit van interventies ten behoeve van preventie gewaarborgd zijn. Zoals al eerder genoemd vervult het RIVM/CGL hierbij een belangrijke rol door het (coördineren van) beoordeling van interventies en advisering van onder andere lokale professionals. De komende jaren gaat het RIVM/CIb in overleg met RIVM/CGL en thema-instituten meer aandacht besteden aan het belang van de toepassing van actuele en door het RIVM/CGL positief beoordeelde interventies. Dit streven wordt onder andere nader vorm gegeven door de kaders met betrekking tot de subsidieverlening van RIVM/CIb.

De naleving van de richtlijnen voor de regeling aanvullende curatieve soa-bestrijding is in de afgelopen jaren getoetst door een intercollegiale commissie. Het intercollegiale visitatietraject wordt in 2011 geëvalueerd. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) besteedt in 2011/2012 aandacht aan de aanvullende seksuele gezondheidszorg. De uitkomsten kunnen aanknopingspunten voor de toekomst bieden. De integratie van de aanvullende seksuele gezondheidszorg wordt gekoppeld aan de ontwikkeling van één geïntegreerd kwaliteitsdocument en visitatietraject. De geïntegreerde kwaliteits- en visitatiedocumenten zullen met de betrokken beroepsgroepen afgestemd worden en door het RIVM/CIb en GGD Nederland bekrachtigd worden, gehoord hebbende betrokken gremia en beroepsverenigingen.

*Doelstelling 13:*

Er is meer aandacht voor regelmatige evaluatie van richtlijnen en toetsing binnen aanvullende en reguliere zorg. Toetsing binnen de aanvullende zorg vindt plaats in het kader van intercollegiale visitaties.

### **3.10 Samenwerking en regie**

Aangezien meerdere partijen waardevolle bijdragen leveren aan de preventie en bestrijding van soa/hiv in Nederland blijft goede onderlinge samenwerking en afstemming essentieel. Relevante partijen in dit verband zijn onder meer de landelijke thema-instituten, uitvoerders van de reguliere en aanvullende seksuele gezondheidszorg en gemeenten/GGD'en. Op het gebied van samenwerking zijn al diverse belangrijke stappen gezet. Zo zijn Soa Aids Nederland en Rutgers WPF overgegaan tot een grotendeels gezamenlijke aanpak van hun programma's met betrekking tot jongeren en vervult het RIVM/CGL een verbindende schakel tussen thema-instituten en lokale gezondheidsprofessionals<sup>35</sup>. In 2011 zijn Rutgers WPF, Schorer en Soa Aids Nederland in overleg met elkaar en met thema-instituten die zich inzetten voor andere thema's op het gebied van gezondheidsbevordering zoals roken, alcohol, voeding. Zij onderzoeken op welke manier zij nog meer met elkaar kunnen samenwerken op het gebied van leefstijlbeleid.

Zoals in hoofdstuk 4 is beschreven, heeft het RIVM/CIb een regierol op het gebied van seksuele gezondheid. In 2011 heeft het RIVM/CIb een strategisch beleidsplan 2011-2015 opgesteld op basis van de uitkomsten van de evaluatie

<sup>35</sup> Bijvoorbeeld door de totstandkoming samen met thema-instituten van de handreiking Gezonde Gemeente.

door bureau Boer & Croon en de gerelateerde beleidsreactie<sup>36</sup>. In dit beleidsplan worden onder andere de netwerkfunctie, het subsidiebeleid en het soa/hiv-beleid verder uitgewerkt.

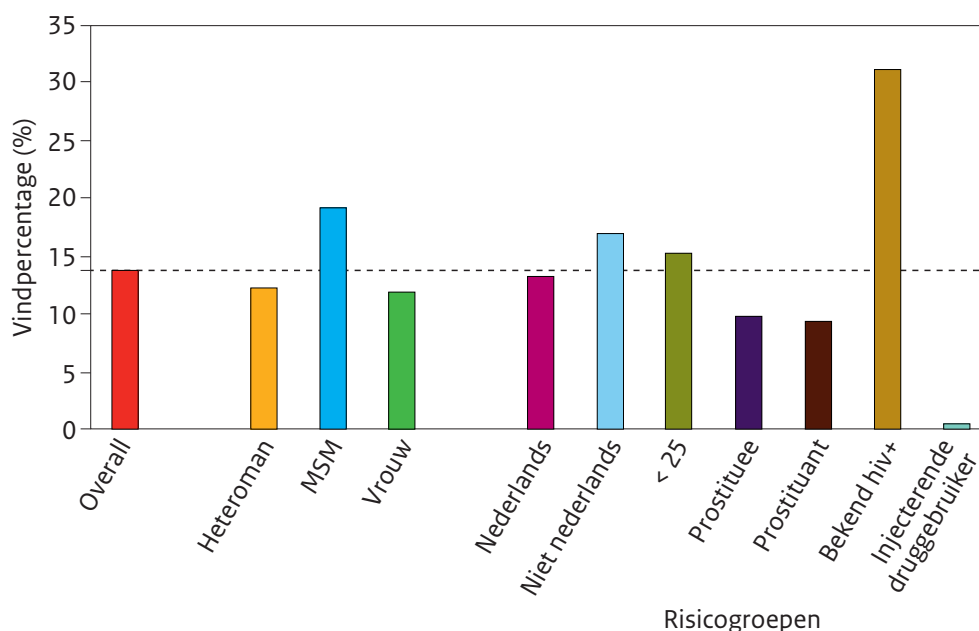
*Doelstelling 14:*

Tot 2015 wordt de samenwerking tussen thema-instituten en GGD'en nog meer onderdeel van de dagelijkse praktijk in de aanpak van soa/hiv-preventie en -bestrijding.

<sup>36</sup> Strategisch beleidsplan 2011-2015, RIVM/Cib, 2011, beschikbaar op: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/05/16/aanbieden-strategisch-beleidsplan-rivm-cib.html>.

### Box 1. Doelgroepgerichte benadering

Epidemiologische gegevens<sup>37</sup> en sociaalwetenschappelijke inzichten tonen duidelijk aan dat de soa/hiv-problematiek zich met name in bepaalde risicogroepen voordoet: jongeren, mensen met hiv, MSM en etnische minderheden. Dat betekent niet noodzakelijkerwijs dat *alle* mensen in deze groepen verhoogd risico op soa/hiv hebben; het risico hangt immers samen met onveilige gedragingen van individuen. De doelgroepgerichte benadering is een fundamenteel aspect van het beleid op soa/hiv-gebied. Deze aanpak is ook in het verleden succesvol toegepast. Elke van de bovengenoemde risicogroepen vraagt om een aangepast, deels overlappend, pakket aan maatregelen.



Figuur 1. Vindpercentage van belangrijkste soa (chlamydia, syfilis, gonorrhoe, hepatitis B of hiv) per risico- en bevolkingsgroep, berekend op basis van gegevens voortvloeiend uit de uitvoering van de regeling aanvullende curatieve soa-bestrijding voor hoogrisicogroepen, Nederland, 2010

De benadering gericht op doelgroepen kent echter zijn beperkingen. Mensen kunnen immers ook risico op soa/hiv hebben gelopen zonder tot een van de genoemde risicogroepen te behoren of zich ermee te identificeren. Bovendien kunnen andere, deels moeilijk bereikbare, groepen door de aard van hun werkzaamheden/gedrag nog steeds extra risico lopen. Dit betreft bijvoorbeeld prostituees/prostituanten en injecterende drugsgebruikers voor wie preventieve maatregelen, zoals harm reduction<sup>38</sup> en verschillende outreach-activiteiten, de ziektelast van soa/hiv al fors hebben teruggebracht. In de toekomst blijft het van belang om het behaalde succes van deze preventie maatregelen te waarborgen en nog bestaande (chronische) infecties op te sporen.

<sup>37</sup> Sexually transmitted infections including HIV, in the Netherlands in 2010, RIVM, 2011, beschikbaar op: [http://www.rivm.nl/Bibliotheek/Wetenschappelijk/Rapporten/2011/juni/Sexually Transmitted Infections including HIV in the Netherlands in 2010](http://www.rivm.nl/Bibliotheek/Wetenschappelijk/Rapporten/2011/juni/Sexually_Transmitted_Infections_including_HIV_in_the_Netherlands_in_2010).

<sup>38</sup> Bijvoorbeeld spuitomruilprogramma's en methadonverstrekking.

Daarnaast bestaan er veel dwarsverbanden tussen de benoemde risicogroepen. Bijvoorbeeld MSM die ook jong zijn of behoren tot de groep etnische minderheden, enzovoort. Deze dwarsverbanden kunnen de preventie en bestrijding van soa/hiv bij deze mensen compliceren. Ook zijn er in alle benoemde doelgroepen determinanten aan te wijzen, zoals een lage sociaaleconomische status en middelengebruik, die tot een verhoogd risico op soa/hiv kunnen leiden. Ook voor deze dwarsverbanden en determinanten moet er aandacht zijn.



## 4 Doelstellingen 2012-2016

1. In 2015 is het percentage van jongeren dat risico heeft gelopen en dat zich jaarlijks op chlamydia laat testen ten minste gelijk gebleven aan 2010.
2. In 2015 is condoomgebruik onder jongeren bij de eerste geslachtsgemeenschap ten minste gelijk gebleven aan 2010.
3. In 2015 is het percentage MSM met hiv dat niet op de hoogte is van zijn hiv-status afgenomen ten opzichte van 2008.
4. In 2015 is het percentage onbeschermd anale seks (in de laatste 6 maanden) onder jonge MSM met losse partners afgenomen ten opzichte van 2010.
5. In 2015 is het percentage mensen met hiv onder etnische minderheden, met name sub-Sahara Afrikanen en mensen afkomstig uit het Caribische gebied, dat niet op de hoogte is van zijn hiv-status, afgenomen ten opzichte van 2008.
6. In 2015 is correct en consequent condoomgebruik onder met name jongeren uit etnische minderheden toegenomen ten opzichte van 2010.
7. In 2015 worden mensen met hiv in een vroeger stadium van de infectie gediagnosticeerd en komen zij sneller in zorg ten opzicht van 2010.
8. Tot 2015 wordt ten minste gestreefd naar handhaving van de huidige surveillance van antibioticaresistentie bij gonorrhoe.
9. Vanaf 2012 wordt de herziening van het leefstijlbeleid op het gebied van seksuele gezondheid doorgevoerd.
10. In 2013 zijn vergaande aanpassingen uitgewerkt ten behoeve van het aanvullende karakter en de financiële houdbaarheid van de regeling aanvullende seksuele gezondheidszorg.
11. In 2013 wordt de geïntegreerde aanvullende seksuele gezondheidszorg geëvalueerd met het oog op de toekomstige inrichting van deze voorzieningen.
12. Uiterlijk 2015 is geëvalueerd of preventie voldoende aan de orde komt in richtlijnen en praktijk binnen de reguliere en aanvullende curatieve soa-zorg.
13. Er is meer aandacht voor regelmatig evaluatie van richtlijnen en toetsing binnen aanvullende en reguliere zorg. Toetsing binnen de aanvullende zorg vindt plaats in het kader van intercollegiale visitaties.
14. Tot 2015 wordt de samenwerking tussen thema-instituten en GGD'en nog meer onderdeel van de dagelijkse praktijk in de aanpak van soa/hiv-preventie en -bestrijding.

## 5 Dankwoord

Bij de totstandkoming van dit plan zijn veel betrokken partijen geraadpleegd. Partners tijdens de raadplegingen in de verschillende fases waren vertegenwoordigers van: GGD Nederland, GGD directeuren, GGD-coördinatoren van de aanvullende regelingen, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venerologie, Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie, Huisartsen Adviesgroep Seksuele gezondheid, Nederlands Vereniging van AIDS Behandelaren, Nederlandse Vereniging Voor Seksuologie, Stichting Hiv Monitoring, Soa Aids Nederland, Schorer, Hiv Vereniging Nederland, Rutgers WPF, Mainline, diverse afdelingen van het RIVM.

Bovendien zijn concepten van het plan in verschillende gremia aan de orde geweest, met name in de stuurgroep van coördinatoren van de aanvullende regelingen en in het platform seksuele gezondheid.

Dit plan had zonder de bijdragen en betrokkenheid van de vele veldpartijen niet in deze vorm tot stand kunnen komen. Wij waarderen deze samenwerking en inzet zeer.

1 december 2011,

RIVM/Centrum Infectieziektebestrijding (CIb), namens het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

## 6 Afkortingen

ACS	Aanvullende curatieve soa-bestrijding
ASH	Aanvullende seksualiteitshulpverlening
ASG	Aanvullende seksuele gezondheidszorg
CIb	RIVM Centrum Infectieziektebestrijding
CGL	RIVM Centrum Gezond Leven
GGD	Gemeentelijke/gemeenschappelijke gezondheidsdienst
Hiv	Humaan immunodeficiëntie virus
MSM	Mannen die seks hebben met mannen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Soa	Seksueel overdraagbare aandoening
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)