



# Seksuele gezondheid regio Haaglanden

Eindrapport

December 2024

## Beeld op hoofdlijnen

In regio Haaglanden zijn meerdere groepen die mogelijk kwetsbaar zijn op het gebied van seksuele gezondheid. Het gaat dan om mensen die een hogere kans hebben op problemen rondom seksuele gezondheid (zoals soa's en seksueel geweld) en/of een hogere kans om minder informatie, preventie en zorg te krijgen. In regio Haaglanden zijn hierin zes hoofdgroepen te onderscheiden: LHBTQIA+ personen, mensen met een migratieachtergrond, mensen met een lage sociale positie, mensen met een zorgvraag, sekswerkers en jongeren. Voor een groot deel overlappen deze groepen in regio Haaglanden met groepen uit de ASG-regeling, zoals sekswerkers, mannen die seks hebben met mannen, en jongeren onder de 25 jaar. Binnen de hoofdgroepen zijn echter subgroepen te onderscheiden, waar een nog groter risico op kwetsbaarheid is. Het gaat dan bijvoorbeeld om arbeidsmigranten, mensen met beperkte taalvaardigheden of mensen met een (licht) verstandelijke beperking.

Binnen deze verschillende groepen zijn de behoeften op het gebied van seksuele gezondheid breder dan alleen soa-zorg of anticonceptie. Zo is er ook behoefte aan informatie over hoe je plezier beleeft tijdens de seks of leert om grenzen aan te geven. Daarbij is begrijpelijke informatie over waar je terecht kan bij vragen en zorg helpend. Andere behoeften variëren van cultuursensitieve zorg tot outreach om zorg dichterbij sekswerkers en jongeren te kunnen leveren.

De GGD kan niet voor al deze behoeften een logische rol vervullen. Soms zijn andere partijen hiervoor aan zet. Daarbij gebeurt er op diverse plekken in de regio al veel rondom seksuele gezondheid door lokale partners, bijvoorbeeld op het gebied van jongerenwerk, sekswerkers en zorg voor mensen die in instellingen verblijven. Dit gebeurt echter niet overal en niet even structureel.

Veel gemeenten uit de regio hebben relatief weinig zicht op de seksuele gezondheid van inwoners uit hun gemeente en hebben hierin vooral een reactieve houding, waarin ze signalen van de GGD afwachten. Weinig gemeenten hebben specifiek beleid op seksuele gezondheid en beleid dat raakt aan seksuele gezondheid is vaak bijvangst van ander beleid. Wel herkennen gemeenten uitdagingen op het gebied van seksuele gezondheid rondom jongeren, de acceptatie van LHBTQIA+ personen en mensen uit culturen waar een taboesfeer rondom seksuele gezondheid hangt.

De belangrijkste ontwikkelopgaven waar de GGD de komende periode aan wil werken zijn:

- **Positioneren als regionaal kenniscentrum.** De GGD wil een actievere rol in het delen van kennis met zorgprofessionals en partnerorganisaties. Andersom weten zij hierdoor de GGD naar verwachting laagdrempeliger te vinden bij vragen.
- **Jongeren beter bereiken met innovatieve digitale werkwijzen.** In samenwerking met jongerenorganisaties en rolmodellen wil de GGD werken aan digitale informatievoorziening over o.a. veilige seks, fijne seks én waar je terecht kan bij vragen of zorg. Deze informatie moet aansluiten bij de belevingswereld van jongeren.
- **Het thema seksuele gezondheid in de regio aanjagen.** De GGD wil gemeenten voorzien van kennis en feiten over het thema seksuele gezondheid, waarbij dit gepositioneerd wordt als onderdeel van brede gezondheid en kwaliteit van leven.
- **Werken aan begrijpelijke en sensitieve dienstverlening.** Door teksten op A2 niveau en in meerdere talen weer te gaan geven, wil de GGD dienstverlening toegankelijker maken voor een bredere groep mensen. Daarnaast is het belangrijk dat medewerkers worden getraind in cultuursensitieve gespreksvoering of gespreksvoering in begrijpelijke taal.



Terug naar de  
inhoudsopgave?  
Klik dan hier

## Inhoudsopgave | Het rapport bestaat uit drie hoofdstukken

Beeld op hoofdlijnen

p.2

Aanleiding en vraag

p.4

Aanpak op hoofdlijnen

p.5

Hoofdstuk 1  
Risico's voor seksuele  
gezondheid in regio  
Haaglanden

p.6

Hoofdstuk 2  
Behoeften en  
bevorderings-  
mogelijkheden

p.11

Hoofdstuk 3  
De rol en positie van GGD  
Haaglanden

p.23

Conclusies

p.27

Bijlagen

p.29

Klik op het hoofdstuk waar  
u naartoe wil navigeren

# Aanleiding | GGD Haaglanden wil weten op welke manier zij de seksuele gezondheid van inwoners in de regio het beste kan bevorderen

## Seksuele gezondheid is relevant voor individuen en de maatschappij

Seksuele gezondheid is een belangrijk onderdeel van de kwaliteit van leven. Onder seksuele gezondheid vallen het voorkomen van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) en onbedoelde zwangerschappen, maar ook prettige seksuele ervaringen en het voorkómen van seksueel grensoverschrijdend gedrag. In Nederland is de seksuele gezondheidszorg in zowel de publieke gezondheidszorg (collectieve preventie vanuit gemeenten) als curatieve zorg (huisartsen en/of medisch specialisten) belegd. Vanuit de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG) krijgen hoogrisicogroepen gratis, en eventueel anoniem, soa-zorg en jongeren tot 25 jaar aanvullende seksualiteitshulpverlening via de Centra Seksuele Gezondheid (CSG's) van de GGD'en. In [bijlage 1](#) is een lijst opgenomen van de hoogrisicogroepen zoals gedefinieerd in de ASG-regeling.

## Landelijk spelen zorgelijke ontwikkelingen rondom seksuele gezondheid

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat landelijk gezien de seksuele gezondheid van (specifieke groepen) inwoners onder druk staat. Binnen het stelsel nemen financiële drempels tot seksuologische hulpverlening verder toe, zijn er minder voorlichtingscampagnes en maken commerciële aanbieders een opmars. Binnen CSG's is te zien dat zij vanwege beperkte financiële middelen steeds strenger triëren en prioriteren welke groepen bij het CSG terecht kunnen.<sup>1</sup> Daardoor ziet de GGD een specifieke populatie en kunnen zij niet alle risicogroepen uit de ASG-regeling bedienen. Bovendien zijn er een aantal zorgelijke aandachtspunten, bijvoorbeeld de toename in het aantal soa-diagnoses, dat online veel misinformatie bestaat over anticonceptie en dat online seksuele intimidatie toeneemt.

## GGD Haaglanden wil middelen effectief inzetten om seksuele gezondheid te bevorderen

Ook in regio Haaglanden zijn er signalen dat de problematiek met seksuele gezondheid toeneemt, vooral op het gebied van soa's. Dit geldt zeker voor de specifieke risicogroepen die het CSG bedient, zoals jongeren en mannen die seks hebben met mannen. Voor regio Haaglanden zijn (ongepande) zwangerschap, anticonceptie en seksualiteit specifieke aandachtspunten die meer spelen dan elders. Gezien de beperkte budgetten moet de GGD de financiële middelen zo effectief mogelijk inzetten voor groepen die dat het hardste nodig hebben.

GGD Haaglanden vroeg AEF daarom om kwalitatief onderzoek te doen, met als doel inzicht in:

- ▶ De **risico's en risicogroepen** op het gebied van seksuele gezondheid in regio Haaglanden.
- ▶ Wat er nodig is om seksuele gezondheid te **bevorderen** in regio Haaglanden, met een **prioritering** in wat het belangrijkste is om mee aan de slag te gaan.
- ▶ De **rol en positie** van GGD Haaglanden in het bevorderen van seksuele gezondheid in de regio.

Op de volgende pagina lichten we de aanpak uit het onderzoek verder toe. [Bijlage 2](#) bevat een overzicht met partijen die hebben deelgenomen aan het onderzoek.

### Leeswijzer

- We beginnen met een [overzicht van risico- en kwetsbare groepen in regio Haaglanden](#) en een omschrijving van de [context](#) van deze risico's.
- Vervolgens geven we per [hoofdgroep](#) de belangrijkste bevindingen over hun behoeften weer, aangevuld met suggesties voor de rol die de GGD hierin kan spelen.
- Tot slot geven we weer waar de GGD zich de komende periode [op wil richten](#).

<sup>1</sup> De omvang van de specifieke uitkering en bijbehorende verdeelsleutel is vastgezet. Deze wordt wel jaarlijks geïndexeerd.



## Aanpak op hoofdlijnen | De stappen uit onze aanpak op een rij



### 1. Inzicht in risico's en risicogroepen

In een vorig onderzoek stelden we een **overzicht** op met **risicogroepen en doelgroepen in kwetsbare omstandigheden**. Dit overzicht gebruikten we in dit onderzoek als basis en vulden we aan met inzichten uit interviews met (1) de verwachte **risico's** op het gebied van seksuele gezondheid en (2) de verwachte **vindplaats** van verschillende groepen. We voerden **interviews** met landelijke partijen, beleidsmedewerkers Publieke Gezondheid van alle H9 gemeenten en huisartsen. Zo kwamen we tot een regionaal en lokaal overzicht van risicogroepen en de risico's die zij lopen.



### 2. Inzicht in behoeften en bevorderingsmogelijkheden

Tijdens deze **interviews** gingen we ook in op de verschillende behoeften van groepen. Daarnaast vroegen we lokale partners die nauw contact hebben met de groepen zoals beschreven in stap 1 om een **korte vragenlijst** te verspreiden onder hun achterban. In de vragenlijst vroegen we inwoners uit regio Haaglanden naar hun behoeften, in hoeverre deze nu worden vervuld en waar dit gebeurt. Tot slot organiseerden we twee **ontwerpsessies** voor lokale partners. Tijdens de sessies haalden we informatie op over de behoeften van de verschillende groepen die zij vertegenwoordigen, waar deze nu worden vervuld en hoe dit beter kan. Vervolgens brachten we **prioritering** aan in waar de problemen het grootst zijn, en waar de grootste winst te behalen valt.



### 3. Rol en positie GGD

De laatste stap was het maken van een **analyse** van het zorglandschap om te kijken welke groepen nog niet de juiste zorg (en preventie) ontvangen. Hieruit bleek welke verbeteringen mogelijk zijn en welke rollen de GGD of andere partijen hierin kunnen spelen. Vervolgens concludeerden we tijdens een **interne strategiesessie** met diverse medewerkers van GGD Haaglanden wat de rol en taak van de GGD is voor elk van de doelgroepen, en op welke groepen de GGD zich de komende periode wil gaan richten.

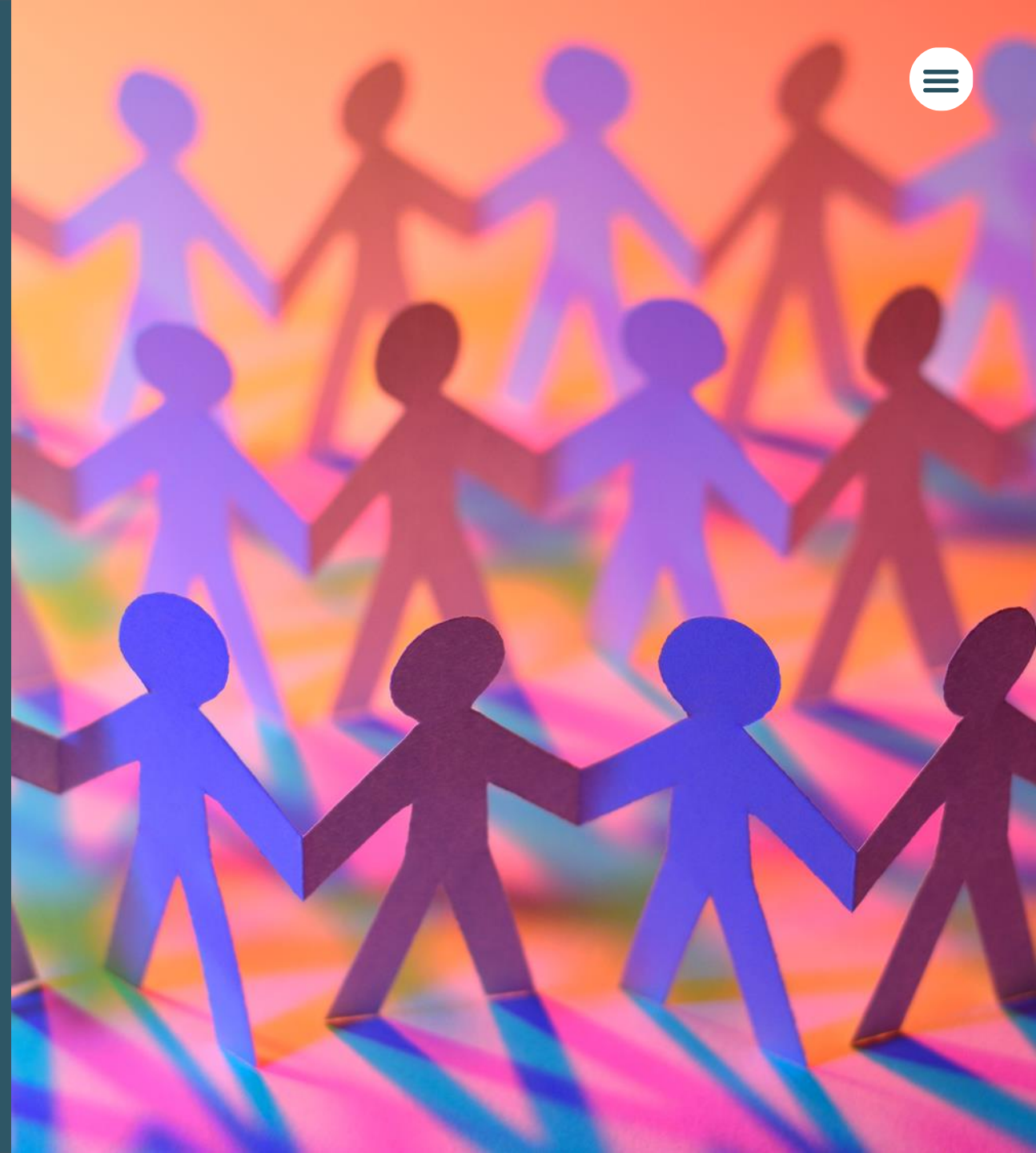


# 1. Risico's voor seksuele gezondheid in regio Haaglanden | Specifieke groepen hebben een hoog risico op kwetsbaarheid

GGD Haaglanden heeft behoefte aan inzicht in welke risicogroepen en groepen in kwetsbare omstandigheden in regio Haaglanden bestaan, en welke risico's zij lopen. Bij risicogroepen doelen we op groepen die een hogere kans hebben op problemen rondom seksuele gezondheid (zoals soa, hiv, ongewenste zwangerschap of seksueel geweld). **Groepen in kwetsbare omstandigheden** hebben een hogere kans om minder informatie, preventie en zorg te krijgen. Het gaat dan om mensen die veelal hun weg binnen de zorg niet weten te vinden en daardoor niet in reguliere zorg terechtkomen. Risicogroepen en groepen in kwetsbare omstandigheden kunnen overlappen, maar dat hoeft niet per se.

In het onderzoek hebben we een aantal groepen geïdentificeerd die mogelijk kwetsbaar zijn op het gebied van seksuele gezondheid. Dit deden we op basis van documentenonderzoek (o.a. de risicogroepen zoals beschreven in de ASG-regeling), gesprekken met CSG Haaglanden en interviews met landelijke partijen, beleidsmedewerkers Publieke Gezondheid van alle H9 gemeenten en huisartsen. Op de volgende pagina's staat een overzichtstabel met risico- en kwetsbare groepen in regio Haaglanden en de risico's die zij lopen. Niet alle mensen in een groep zijn kwetsbaar, maar het risico is wel groter. Er zijn subgroepen binnen deze groepen waar nog groter risico op kwetsbaarheid is. Dat kan komen omdat mensen op meerdere manieren potentieel kwetsbaar zijn en deze kwetsbaarheden elkaar kunnen versterken, of door iemands specifieke situatie en gedrag.

Op pagina 9 en 10 beschrijven we de context van deze risico's. Vanaf pagina 11 gaan we dieper in op groepen en hun verschillende behoeften.



# Overzicht risico- en kwetsbare groepen (1/2)



## Wat ziet u in de tabel?

In het onderzoek hebben we een aantal groepen geïdentificeerd die mogelijk kwetsbaar zijn op het gebied van seksuele gezondheid. Uiteraard geldt dat niet voor alle mensen in deze groep, maar het risico is wel groter. Er zijn subgroepen binnen deze groepen waar nog groter risico op kwetsbaarheid is. Dat kan komen omdat mensen op meerdere manieren potentieel kwetsbaar zijn en deze kwetsbaarheden elkaar kunnen versterken, of door iemands specifieke situatie en gedrag. Bij dergelijke combinaties staat een vinkje in de tabel. Rechts in de tabel staat per groep de vindplaats en op welke seksuele gezondheidsproblemen de groep meer risico loopt.



LHBTQIA+



Migratie-achtergrond



Groep	Hoofdgroep						Verbijzonderingen			Vindplaats	Risico	
	LHBTQIA+	Migratie achtergr.	Sociale positie	Mensen met een zorgvraag	Sekswerkers	Jongeren	Vrouw	Hormoon-gebruik	Middelen gebruik			Chemsex
Transpersonen <i>Hiermee bedoelen we ook non-binaire en genderfluïde personen</i>	nvt	✓		✓	✓	✓		✓			Queer horeca, transzorgplekken, gemeenschaps-initiatieven	Soa, seksuele grensoverschrijding, seksueel geweld
MSM	nvt	✓			✓	✓				✓	Queer horeca	Soa, seksuele grensoverschrijding, seksueel geweld
(uitgeprocedeerde) asielzoekers	✓	nvt		✓		✓					AZC, bed bad brood voorziening	Onbedoelde zwangerschap, seksuele grensoverschrijding, seksueel geweld
Statushouders	✓	nvt		✓		✓					AZC, wooncorporaties	Onbedoelde zwangerschap, seksuele grensoverschrijding, seksueel geweld
Mensen in de illegaliteit	✓	nvt		✓	✓	✓				✓	Maatschappelijke opvang, op straat	Soa, onbedoelde zwangerschap, seksuele grensoverschrijding, seksueel geweld
Arbeidsmigranten <i>Hieronder vallen ook hun eventuele partners</i>		nvt			✓		✓		✓		Bedrijven, huisvestingslocaties	Soa, onbedoelde zwangerschap, seksuele grensoverschrijding, seksueel geweld
Internationale studenten		nvt		✓		nvt			✓		Horeca, hbo- en universitaire onderwijsinstellingen	Soa, onbedoelde zwangerschap, seksuele grensoverschrijding, seksueel geweld
Mensen met een niet-westerse migratie-achtergrond		nvt				✓					Culturele en religieuze centra	Soa, onbedoelde zwangerschap



# Overzicht risico- en kwetsbare groepen (2/2)



Sociale positie



Mensen met een zorgvraag



Sekswerkers



Jongeren

Groep	Hoofdgroep						Verbijzonderingen				Vindplaats	Risico
	LHBTQIA+	Migratie achtergr.	Sociale positie	Mensen met een zorgvraag	Sekswerkers	Jongeren	Vrouw	Hormoon-gebruik	Middelen gebruik	Chemsex		
Praktisch opgeleide mensen	✓	✓	nvt	✓		✓			✓		Praktijkscholen	Soa, onbedoelde zwangerschap
Mensen met een lage SES	✓	✓	nvt	✓		✓					Buurt- of wijkcentrum	Soa, onbedoelde zwangerschap
Mensen met beperkte digitale vaardigheden	✓	✓	nvt								Buurt- of wijkcentrum, programma's bij bibliotheken	Soa, onbedoelde zwangerschap
Mensen met beperkte taalvaardigheden	✓	✓	nvt								Buurt- of wijkcentrum, programma's bij bibliotheken	Soa, onbedoelde zwangerschap
Mensen in verslavingszorg	✓			nvt					nvt	nvt	Verslavingskliniek, horeca, op straat	Seksuele grensoverschrijding, seksueel geweld
Jongeren in jeugdzorg				nvt		nvt					Aanbieders van ambulante jeugdzorg, pleegzorg of jeugdzorg met verblijf, scholen	Onbedoelde zwangerschap, seksuele grensoverschrijding, seksueel geweld
Mensen met psychische klachten	✓			nvt		✓				✓	GGZ-instellingen	Seksuele grensoverschrijding, seksueel geweld
Mensen in de maatschappelijke opvang of mensen die dakloos zijn				nvt						✓	Maatschappelijke opvang, op straat	Seksuele grensoverschrijding, seksueel geweld
Mensen met een lichamelijke beperking				nvt							Zorginstellingen	Seksuele grensoverschrijding, seksueel geweld
Mensen met een (licht) verstandelijke beperking				nvt							Zorginstellingen	Soa, onbedoelde zwangerschap, seksuele grensoverschrijding
Sekswerker	✓	✓			nvt					✓	Seksclubs, raamprostitutie, informele circuit	Soa, seksuele grensoverschrijding, seksueel geweld
Jongeren	✓	✓		✓		nvt					Scholen, horeca	Soa, onbedoelde zwangerschap, seksuele grensoverschrijding



## Context | Verschillende factoren dragen voor alle groepen bij aan risico's

### Gemeenten hebben weinig zicht op de seksuele gezondheid in hun gemeente

De meeste gemeenten in regio Haaglanden hebben relatief weinig zicht op de seksuele gezondheid van inwoners uit hun gemeente. Enkele gemeenten waren zich bewust van deze witte vlekken, maar bij de meeste gesprekken was het onderzoek aanleiding voor beleidsmedewerkers om bewuster na te denken over het thema seksuele gezondheid. Gemeenten varen op de kennis van de GGD en vertrouwen erop dat zij relevante signalen doorgeven. In de informatie die ze vanuit de GGD krijgen, letten ze vooral op soa vindpercentages. Gemeenten hebben hierin veelal een reactieve houding, 'geen bericht, goed bericht'. Acht van de negen gemeenten in de regio werken niet actief aan het vergroten van hun zicht op de seksuele gezondheid van hun inwoners of het ophalen van signalen bij verschillende doelgroepen zelf. Desgevraagd zien gemeenten vooral uitdagingen rondom seksuele gezondheid bij jongeren, de afnemende acceptatie van LHBTQIA+ personen, en de taboesfeer die rondom seksuele gezondheid hangt bij bepaalde culturen.

### Aandacht voor seksuele gezondheid is vaak bijvangst van ander beleid

Op dit moment hebben weinig gemeenten specifiek beleid op het thema seksuele gezondheid. In kleinere gemeenten verdwijnt seksuele gezondheid naar de achtergrond door de beperkte capaciteit. Daardoor is de inzet op seksuele gezondheid veelal ad hoc. Zo halen vijf gemeenten het programma Nu Niet Zwanger aan als hun voornaamste beleid als seksuele gezondheid. Hierin is aandacht voor anticonceptie en seksualiteit, maar het programma richt zich alleen op ouders in (potentieel) kwetsbare omstandigheden. Daarnaast is er inzet vanuit andere beleidsterreinen. Zo hebben sommige gemeenten specifieke aandacht voor jongeren en besteden ze samen met alcoholgebruik en vaperen ook aandacht aan grensoverschrijdend gedrag en seksualiteit. Ook werken enkele gemeenten vanuit Inclusie en Diversiteit aan de bredere acceptatie van LHBTQIA+-personen.

### Huisartsen hebben wisselende opvattingen over hun rol

In het onderzoek was het een uitdaging om huisartsen te vinden die in gesprek wilden over seksuele gezondheidszorg in regio Haaglanden. Dit is deels te verklaren vanuit de toenemende druk op huisartsenzorg, waardoor huisartsen beperkt tijd hebben om deel te nemen aan onderzoek. Tegelijkertijd geeft het ook aan dat huisartsen, in de drukte die er is, weinig prioriteit geven aan het thema seksuele gezondheid. De huisartsen die we spraken herkennen dit beeld.

De gesproken huisartsen uit de regio kijken wisselend naar hun rol op het gebied van seksuele gezondheid. De één ziet seksuele gezondheid als onderdeel van basiszorg, die uitstekend bij de huisarts past, de ander als preventieve zorg die valt onder de verantwoordelijkheid van de GGD. Dit komt overeen met het beeld onder huisartsen uit landelijk onderzoek naar de ASG-regeling.<sup>2</sup> De huisartsen die seksuele gezondheidszorg als onderdeel van het takenpakket van de huisarts zien, hebben vaak persoonlijke affiniteit met het onderwerp. Huisartsen die vinden dat deze zorg specialistisch is en elders thuishoort, noemen dit vaak samen met de toenemende drukte. In de vragenlijst geven mensen aan een belangrijke rol voor huisartsen in seksuele gezondheid te zien: huisartsen worden het vaakst genoemd als de plek waar respondenten zorg of ondersteuning willen ontvangen.

In hun praktijken zien huisartsen qua risicogroepen vooral veel jongeren met soa's en mensen met een licht verstandelijke beperking met uiteenlopende vraagstukken van een ongewenste zwangerschap tot soa's en vragen over hun relatie en seksualiteit.

### Volgens partners is de GGD onvoldoende zichtbaar

Partners geven aan dat de GGD meer zichtbaar kan zijn in wat ze precies doen en met welke vragen mensen bij hen terecht kunnen. Het is onvoldoende bekend op welke locaties in de regio het CSG spreekuren en soa-testen aanbiedt. Ook heeft de GGD volgens partners een belangrijke rol in het delen van informatie over de stand van zaken rondom seksuele gezondheid en het vergroten van specifieke kennis bij lokale partners en huisartsen. Deze rol zouden ze volgens gesprekspartners steviger mogen invullen.



### De behoeften rond seksuele gezondheid zijn divers

In de resultaten van de vragenlijst staat de GGD op de tweede plaats als plek waar mensen zorg of ondersteuning willen ontvangen. Bij geen enkele behoefte op het gebied van seksuele gezondheid wordt de GGD als dé plek genoemd om een bepaald type zorg of ondersteuning te ontvangen. Het gaat hier om een breed scala aan behoeften, zoals informatie over hoe je het beiden fijn hebt tijdens seks of het voorkomen van een zwangerschap. Naast behoeften die doelgroepen zelf aangeven, zijn er ook behoeften die mensen niet durven te uiten (bijv. mensen met een religieuze achtergrond die überhaupt niet over seks willen praten) of behoeften waarvan mensen niet weten dat ze deze hebben (bijv. jongeren die zich niet realiseren dat seks ook fijn kan zijn). Dit zijn zaken waar mensen niet altijd actief hulp op vragen, maar die wel spelen. Soms worden deze gesignaleerd door hulpverleners, maar soms blijven deze ook buiten beeld. Hier kan een taak voor de GGD liggen om ook aandacht te hebben voor dit soort behoeften.

### Een aantal behoeften zien we bij meerdere hoofddoelgroepen terug

Over het algemeen zien we dat er in regio Haaglanden behoefte is op zowel de 'harde' als 'zachte' kant van seksuele gezondheid. De 'harde' kant omvat zaken aangaande de fysieke gezondheid, waarbij het draait om preventie, zoals soa-zorg en anticonceptie. De 'zachte' kant gaat over hoe je plezier beleeft tijdens seks en hoe je leert om je grenzen aan te geven, wat zich meer richt op welzijn en plezier.

Er is duidelijk behoefte aan informatie over waar je terecht kan bij vragen. Het is belangrijk dat deze informatie aansluit bij de doelgroep. Hierbij valt te denken aan informatie in meerdere talen, begrijpelijke taal, en de vorm van de boodschap, zoals video's in plaats van geschreven tekst.

Mensen ontvangen het liefst zorg zo dichtbij mogelijk. Volgens lokale partners is de GGD voor veel mensen te ver weg; zowel qua geografische als gevoelsmatige afstand.

Wanneer mensen seksuele gezondheidszorg ontvangen, is het vooral belangrijk dat deze zorg oordeelsvrij is, waarbij geen taboesfeer heerst en cultuursensitief gewerkt wordt.



## 2. Behoeften en bevorderingsmogelijkheden | We geven de belangrijkste bevindingen per hoofdgroep weer

In dit hoofdstuk zoomen we in op de hoofddoelgroepen die mogelijk kwetsbaar zijn op het gebied van seksuele gezondheid in regio Haaglanden. Welke behoeften hebben zij op het gebied van seksuele gezondheid? Waar worden deze nu vervuld? En hoe zou dit beter kunnen?

Deze vragen kwamen aan bod tijdens de interviewronde en de vragenlijst. De vragenlijst is verspreid door lokale partners en was beschikbaar voor iedereen uit regio Haaglanden, in het Engels en Nederlands. We vroegen mensen wat zij nodig hebben om seksueel gezond te zijn, waarbij ze konden kiezen uit meerdere antwoordmogelijkheden, zoals gratis anticonceptie of leren over hoe je grenzen aan kan geven. Vervolgens vroegen we per behoefte of mensen dit nu al kregen. Zo ja, waar? En zo nee, waar zou je dit willen krijgen?

Tijdens de ontwerpsessies stonden de vragen over behoeften en verbeteringen centraal. Bij de ontwerpsessies waren veel lokale partners aanwezig: COC Haaglanden (LHBTQIA+), Spot 46 (sekswerkers), MAZE (seksbioscoop), Dokters van de Wereld (migranten), JIP Haaglanden (jongeren), Centrum 1622 (jongeren), Jeugdformaat (jongeren), Vitis Welzijn (jongeren), Mbo Rijnland (jongeren), Castle Craig (verslavingszorg), Ipse de Bruggen (gehandicaptenzorg), GGD Rotterdam-Rijnmond en GGD Haaglanden.

In verschillende rondes gingen partners met elkaar in gesprek over de centrale vragen per doelgroep. Er was ruimte om elkaars bevindingen te bevragen en aan te vullen. Zo kwamen we tot een overzicht van behoeften en bevorderingsmogelijkheden per doelgroep. Vervolgens maakten we hierin een prioritering aan de hand van waar de problemen het grootst zijn, en waar de meeste winst te behalen valt.

### Legenda

Bij elke behoefte van een doelgroep is er een mogelijkheid om in deze behoefte te voorzien en de seksuele gezondheid voor deze groep te bevorderen. Bij deze mogelijkheden passen rollen die GGD Haaglanden of andere partijen kunnen vervullen. We schetsen deze rollen en geven per rol aan of dit past bij GGD Haaglanden. Hiervoor gebruiken we de volgende iconen:

- + Een rol die past bij GGD Haaglanden
- + Een rol waarvoor andere partijen in de lead zijn



## LHBTQIA+ | Een oordeelsvrije en deskundige zorgomgeving bevordert toegang tot zorg voor deze groep

De LHBTQIA+-gemeenschap heeft te maken met uitdagingen zoals discriminatie, (sociale) uitsluiting en beperkte toegang tot passende hulp, waardoor deze groep over het algemeen meer kwetsbaar is voor problemen rondom seksuele gezondheid. Dit vraagt om specifieke aandacht op het gebied van zorg, welzijn en sociale ondersteuning. Hier kan een rol liggen voor zorginstellingen, scholen en gemeenten, maar zij zijn nog niet altijd voldoende sensitief voor seksuele en genderdiversiteit.

De subgroepen mannen die seks hebben met mannen en transpersonen lopen meer risico op problemen met seksuele gezondheid. Op deze pagina bespreken we de belangrijkste behoeften van (sub)groepen in de LHBTQIA+-groep als het gaat om toegang tot zorg en sociale acceptatie.

### Toegang tot zorg is een aandachtspunt

Uit de ontwerpessies komt naar voren dat de toegang tot goede zorg voor deze groep wordt belemmerd door onvoldoende (specialistische) expertise, wachtlijsten en onduidelijkheid over bij welke zorglocaties deze groep terecht kan. Doordat reguliere zorgaanbieders zoals huisartsen of onderwijsprofessionals niet altijd sensitief zijn voor seksuele en genderdiversiteit, stuit deze groep op onbegrip voor hun leefwereld en (zorg)vragen of op beperkte deskundigheid over specialistische kwesties die vaker voorkomen binnen deze groep, zoals chemsex of een seksverslaving bij mannen die seks hebben met mannen, al dan niet in combinatie met psychische klachten.

Daarnaast is er sprake van (lange) wachtlijsten voor zowel de medische, psychische als preventieve zorg waar mensen binnen de LHBTQIA+-gemeenschap vaker behoefte aan hebben. Dit gaat met name om genderzorg, hormoonbehandelingen en genderbevestigende operaties voor transpersonen, en PrEP-zorg voor mannen die seks hebben met mannen. Ook GGD Haaglanden heeft een wachtlijst voor PrEP-zorg.

Ook bestaat er onduidelijkheid over de rol van huisartsen in het leveren van PrEP-zorg. Sommige huisartsen vinden dat PrEP-zorg prima door huisartsen kan worden geboden, terwijl anderen aangeven dat het lastig is om hierin voldoende deskundigheid op te bouwen vanwege het relatief kleine aantal patiënten dat PrEP aanvraagt. Mede hierdoor is PrEP-zorg maar beperkt beschikbaar bij huisartsenpraktijken.

### Er is behoefte aan een oordeelsvrije en deskundige (zorg)omgeving

Om de toegang tot zorg beter te waarborgen voor de LHBTQIA+-gemeenschap heeft de LHBTQIA+-gemeenschap behoefte aan zorglocaties waar ze zonder oordeel terecht kunnen met zorgvragen. Uit de ontwerpessies komt naar voren dat met name transpersonen meer behoefte hebben aan een veilige (zorg)omgeving. Om tegemoet te komen aan deze behoefte moeten zorgprofessionals beter worden uitgerust met kennis over zorgvragen die vaker voorkomen binnen deze groep en sensitief zijn voor uitdagingen waar deze groep mee te maken heeft.





Ook zien ketenpartners die de LHBTQIA+-gemeenschap vertegenwoordigen dat de gemeenschap behoefte heeft aan plekken die zich specifiek richten op deze gemeenschap en aan initiatieven van sociale ondersteuning zoals *communities* met peer-to-peer contact. Dit is een manier waarop deze groep elkaar kan vinden en steunen, bijvoorbeeld in COC-groepen, regenbooggroepen bij welzijnsorganisaties, GSA, en via online *communities*. Om de bekendheid van deze plekken te vergroten helpt het als zorgprofessionals weet hebben van en kunnen doorverwijzen naar plekken waar deze groep ook terecht kan met zorgvragen en of plekken die zich specifiek richten op deze groep, bijvoorbeeld bij een organisatie zoals MAZE die soa-tests aanbiedt.

**Gemeenten en scholen worstelen met dalende acceptatie van LHBTQIA+** Uit de interviews en ontwerpessies komt naar voren dat (een deel van de) gemeenten, scholen en ketenpartners hierdoor de kwetsbaarheid van LHBTQIA+-personen ziet toenemen. Jongeren zijn volgens het merendeel van deze partners een specifiek aandachtspunt als het gaat om sociale acceptatie en voorlichting rondom LHBTQIA+-onderwerpen. Onder jongeren neemt de acceptatie van LHBTQIA+ personen namelijk af en is er meer weerstand tegenover LHBTQIA+-kwesties, wat een negatieve invloed heeft op de acceptatie van mensen die zichzelf omschrijven als LHBTQIA+.<sup>3</sup> In regio Haaglanden geeft bijna een kwart van de jongeren (23,5%) aan geen vrienden meer te willen zijn als een vriend(in) vertelt dat diegene tot de LHBTQIA+ groep behoort.<sup>4</sup>

Het bespreken van LHBTQIA+ kwesties op scholen is een gevoelig onderwerp; verschillende meningen en (geloofs)overtuigingen binnen het klaslokaal leiden bij docenten vaak tot handelingsverlegenheid. Jongeren zijn bijvoorbeeld 'woke-moe' omdat ze vinden dat er te veel aandacht uitgaat naar de LHBTQIA+-gemeenschap tijdens seksuele voorlichting op scholen. In de ontwerpessies benoemen ketenpartners die voorlichting geven op scholen dat sociale media hierin een mogelijke negatieve rol speelt, met name door de invloed van populaire *influencers*, die traditionele of conservatieve denkbeelden promoten. De toon voor gesprekken over seksuele diversiteit komt dus nauw. Het is voor de sociale acceptatie van LHBTQIA+-personen van belang om in te zetten op meer begrip en steun voor de LHBTQIA+-groep.

## Wat kan er verbeterd worden?

- + Kennis delen en laagdrempelige vraagbaak zijn**  
 Veel professionals staan meer in direct frequent contact met de doelgroep dan de GGD, zoals huisartsen, zorgverleners binnen instellingen en leraren op scholen. Het helpt als deze professionals in staat zijn hun rol breed in te vullen. De GGD kan actief kennis delen met zorgprofessionals over fysieke seksuele gezondheidszorg en specifiek met huisartsen over het verlenen van PrEP-zorg. Ook kan de GGD zichtbaar zijn als vraagbaak voor zorgprofessionals en hen helpen met gesprekstechnieken, zodat zij makkelijker met patiënten een gesprek over dit thema kunnen voeren. De GGD ziet hier zeker mogelijkheden, met name in het verbeteren van het contact met huisartsen rondom PrEP-zorg. Dit vraagt echter ook bereidheid aan de kant van huisartsen.
- + Meer zorg leveren**  
 In de sessies is genoemd dat er vraag is naar PrEP-zorg voor MSM. GGD'en bieden PrEP-zorg vanuit de ASG regeling, en hebben hierin te maken met een beperkt budget. GGD Haaglanden zou meer PrEP-zorg kunnen leveren als hier gemeentelijk budget voor beschikbaar is.
- + Agenderen en aanjagen**  
 Plekken waar de LHBTQIA+-gemeenschap samen kan komen zijn voornamelijk in Den Haag en Delft, andere gemeenten doen hier minder aan. Het kan helpen als deze gemeenten en in het verlengde hiervan scholen en belangenorganisaties uit deze gemeenten, aandacht besteden aan het thema LHBTQIA+, bijvoorbeeld door community-vorming te faciliteren. De GGD vult aan vanuit kennis en kan ondersteunen als er gezondheidsproblemen zijn, maar ziet zichzelf niet als aanjager van community-vorming of acceptatie. Wel ziet de GGD een rol voor zichzelf in het breder aanjagen van het thema seksuele gezondheid.



## Mensen met een migratieachtergrond | Toegankelijke seksuele gezondheidszorg is het voornaamste aandachtspunt

Uit de interviews en ontwerpessies met ketenpartners die contact hebben met mensen met een migratieachtergrond komt naar voren dat toegang tot gezondheidszorg voor mensen met een migratieachtergrond een uitdaging vormt, omdat deze zorg niet altijd aansluit bij de leefwereld van deze groep of omdat taal een barrière is. Doordat zorgverleners mensen met een migratieachtergrond minder goed weten te bereiken, loopt deze groep het risico om niet de juiste zorg te krijgen op momenten dat ze dat wel nodig hebben. Dit vraagt een andere deskundigheid van zorgprofessionals; bijvoorbeeld sensitief zijn voor culturele en religieuze achtergrond, of communiceren in een begrijpelijke (of andere) taal.



### Seksuele gezondheidszorg sluit niet altijd aan bij leefwereld

Ketenpartners die contact hebben met mensen met een migratieachtergrond geven aan dat zorgverleners niet altijd bekend zijn met de culturele achtergrond, religieuze overtuigingen of eventueel intercultureel trauma van hun patiënten en het effect hiervan op hoe seksuele gezondheid wordt gezocht, gevraagd en ontvangen.

Een veelgenoemd voorbeeld in de ontwerpessies zijn mensen met een migratieachtergrond voor wie praten over seks en seksuele gezondheid een taboe is. Voor deze groep mensen is het lastig om zorg te vragen of op te zoeken, bijvoorbeeld voor mensen die seksueel actief zijn terwijl de heersende religieuze en/of culturele overtuiging is dat je geen seks hebt voor het huwelijk. Tegelijkertijd is het voor zorgverleners om deze redenen ook lastig om deze groep te bereiken. Een zorgprofessional noemt het voorbeeld van een vrouw met een niet-westerse migratieachtergrond die moeilijk zwanger raakte, die desgevraagd antwoorde geen chlamydia-infectie te hebben doorgemaakt. Later bleek dit wel het geval te zijn, maar in het bijzijn van haar man wilde ze niet toegeven al eerder seks te hebben gehad.

Het gebrek aan kennis over dit perspectief op seksuele gezondheid belemmert een open gesprek tussen patiënt en zorgverlener. Dit speelt bijvoorbeeld bij het voorkomen van zwangerschappen. Bij vrouwen met een migratieachtergrond kan het gebrek aan kennis of aannames van een zorgverlener over de leefwereld van hun patiënt een grote rol spelen in het voeren van een gesprek hierover. Volgens ketenpartners is het belangrijk dat zorgverleners een open gesprek voeren.

### Taal vormt een barrière tot zorg

Mensen met een migratieachtergrond die Nederlands niet of minder goed beheersen, weten minder goed waar ze terecht kunnen bij vragen of klachten omtrent seksuele gezondheid. Dit komt omdat de meeste informatie over zorg(locaties) alleen beschikbaar is in het Nederlands. Dit maakt het voor deze groep lastiger om te weten waar ze terecht kunnen met hun (zorg)vraag.

Naast het mogelijke taboe wat op dit onderwerp rust is het voor deze groep lastiger om te communiceren met hun zorgverlener, als ze daar wel terecht zijn gekomen. Ze kunnen bijvoorbeeld hun vraag of behoefte minder goed toelichten of begrijpen minder goed wat de zorgverlener vertelt over hun diagnose, behandeling of over de volgende stappen. Dit speelt nog meer bij mensen die ook Engels niet machtig zijn.





## Dit is wat GGD Haaglanden hierin kan doen

### + Eigen taal en begrijpelijke communicatie

De geleverde zorg is op dit moment niet voor iedereen voldoende toegankelijk, bijvoorbeeld voor mensen die de Nederlandse taal niet spreken. De GGD werkt op dit moment met tolken voor consulten op het CSG, maar informatie op de website en het triageformulier zijn alleen in het Nederlands beschikbaar. De GGD kan hieraan werken door meertalige (contact)informatie aan te bieden over publieke gezondheid en het triageformulier in meerdere talen beschikbaar te maken. De GGD ziet het belang hiervan in en ziet ook mogelijkheden om met de ICT-afdeling de informatie op de website in meerdere talen weer te geven. Wat dit qua inzet vraagt, moet de GGD nog verkennen.

### + Interne deskundigheidsbevordering

Zorgverleners bij de GGD zijn niet altijd bekend met de culturele achtergrond, religieuze overtuigingen of eventueel intercultureel trauma van hun cliënten en het effect hiervan op hoe seksuele gezondheid wordt gezocht, gevraagd en ontvangen. De GGD kan hiervoor interne bijscholing organiseren om meer cultureel sensitief consulten te voeren.

### + Stigma verlagen

In bepaalde culturen heerst taboe en stigma rond het praten over seksuele gezondheid, welke verlaagd kunnen worden door open groepsgesprekken te houden of te faciliteren. Hierbij is het belangrijk de juiste bewoording te gebruiken om mensen niet op voorhand af te schrikken, of via een ander onderwerp een ingang te vinden naar het bespreken van seksuele gezondheid. Organisaties als Dokters van de Wereld en GZA, maar ook buurthuizen en religieuze instellingen zijn meer dan GGD Haaglanden gespecialiseerd in het bereiken van mensen met een migratieachtergrond. Dit maakt het logisch om de gespreksvoering zelf ook bij deze partijen te beleggen. Daarbij past deze rol minder bij de primaire taak van de GGD om zich te richten op publieke gezondheidszorg. Wel kan de GGD organisaties die werken met migranten voorzien van kennis.



## Mensen met een lage(re) sociale positie | Begrijpelijke en betrouwbare informatie is van groot belang voor de meeste risicogroepen

Sociale positie heeft invloed op gezondheid; zo lopen mensen met een lage(re) sociale positie meer risico op problemen met gezondheid.<sup>4</sup> Onder gemeenten, huisartsen en ketenpartners heerst daarom het beeld dat deze groep kwetsbaar is op het specifieke gebied van seksuele gezondheid. Tegelijkertijd geven deze partners aan mensen met een lage(re) sociale positie niet altijd goed in beeld te hebben, waardoor het onduidelijk is of er sprake is van een blinde vlek, of dat de problematiek minder speelt. Enkele partners kunnen zich voorstellen dat de kosten voor een soa-test bij de huisarts via het eigen risico een barrière tot zorg kunnen zijn voor mensen met een laag inkomen, maar horen deze geluiden in de praktijk niet.

Daar komt bij dat uit de ontwerpessies blijkt dat de groep mensen met een lage(re) sociale positie vaak overlap vertoont met andere risico- en kwetsbare groepen, bijvoorbeeld sekswerkers of mensen met een migratieachtergrond met een lager inkomen. Er is ook een groep mensen met een lage(re) sociale positie die niet overlapt met één van risico- en kwetsbare groepen, bijvoorbeeld mensen die (alleen) laaggeletterd zijn.

Voor beide groepen mensen met een lage(re) sociale positie geldt dat acties die gericht zijn op de andere risico- en kwetsbare groepen, ook helpend kunnen zijn, zoals bekendheid bij zorgverleners, begrijpelijke taal, goede voorlichting op scholen (specifiek praktijkonderwijs). Hoe begrijpelijke taal kan helpen om zorg toegankelijk te maken voor mensen met een lage(re) sociale positie lichten we hiernaast toe. Er zijn geen concrete aanwijzingen dat specifiek mensen met een lage(re) sociale positie extra aandacht nodig hebben op het gebied van seksuele gezondheid. Er wordt wel ingezet op bredere gezondheidsproblemen bij deze groep, dus is het nuttig om seksuele gezondheid hierin op te nemen.



## Wat kan er verbeterd worden?

### + Eigen taal en begrijpelijke communicatie

De geleverde zorg is op dit moment niet voor iedereen voldoende toegankelijk, bijvoorbeeld voor mensen met beperkte taal- en digitale vaardigheden. De GGD kan hieraan werken door een spreekuur in makkelijke taal te houden, informatie op A2 niveau te presenteren, en informatie in een andere vorm dan tekst weer te geven. De GGD wil hier aan werken, bijvoorbeeld door het personeel te trainen in gespreksvoering op A2 niveau en de informatie op de website aan te passen.

### + Gezondheidscheck

De groep mensen met een praktische opleiding en mensen met een lage SES is op dit moment bij weinig partners in beeld als het gaat om seksuele gezondheid. Een brede gezondheidscheck waar seksuele gezondheidszorg onderdeel van is kan een manier zijn om hier meer zicht op te krijgen, bijvoorbeeld door dit aan te bieden in buurten waar meer mensen wonen met een kwetsbare sociale positie. De GGD ziet het niet als haar rol om deze gezondheidschecks daadwerkelijk aan te bieden en uit te voeren op locatie. Wel kan de GGD vanuit haar adviserende rol contact leggen en onderhouden met beleidsmedewerkers van de individuele gemeenten uit de regio om over dit soort brede gezondheidschecks met aandacht voor seksuele gezondheid te adviseren.

<sup>4</sup> Met sociale positie bedoelen we de positie die iemand inneemt op de maatschappelijke ladder. Opleiding, inkomen en beroep zijn indicatoren die iets kunnen zeggen over iemands sociale positie.



## Mensen met een zorgvraag | Deze groep is gebaat bij aandacht voor seksuele gezondheid in andere zorgtrajecten

Mensen met een zorgvraag (op lichamelijk of geestelijk gebied) die kwetsbaar zijn voor risico's op seksuele gezondheid zijn vaak al in beeld bij zorgprofessionals, bijvoorbeeld bij huisartsen, ggz-instellingen, jeugdzorginstellingen, instellingen in gehandicaptenzorg en instellingen voor maatschappelijke opvang. Ketenpartners die werken in (één van de) bovengenoemde instellingen geven aan dat de toegang tot de gezondheidszorg in dit geval niet zozeer de uitdaging is, maar toegang tot seksuele gezondheidszorg wel. Er zijn ook mensen met een zorgvraag die moeilijker te herkennen zijn, zoals mensen met een licht verstandelijke beperking die zich niet in een zorgtraject bevinden.

Voor beide groepen geldt dat zorgprofessionals risico's op het gebied van seksuele gezondheid vroegtijdig kunnen signaleren als ze dit kunnen herkennen bij hun patiënten. De behoeften liggen dan ook vooral op het gebied van ondersteuning en tools om signalen te herkennen.



### Aandacht voor seksuele gezondheid bij ggz-intake

De ervaring van zorgprofessionals in ggz-instellingen leert dat voor mensen met een zorgvraag op het gebied van psychische problematiek, die in beeld zijn bij ggz-instellingen, het belangrijk is dat zorgprofessionals voldoende uitgerust zijn om ongezond seksueel gedrag bij hun patiënten te herkennen en bespreekbaar te maken. Bij patiënten met zorgvragen rondom (seks)verslaving, en vooral wanneer deze samengaan met chemsex – het gebruik van drugs tijdens seks – is extra aandacht belangrijk, aldus ketenpartners die deze patiëntengroep ziet en behandelt. Chemsex brengt namelijk specifieke uitdagingen met zich mee, zoals risicovol seksueel gedrag en een verhoogde kans op soa's.

Als zorgprofessionals beschikken over de juiste kennis en vaardigheden om deze problematieken te herkennen, helpt dit om vroegtijdig risico's te signaleren bij patiënten. Dit biedt mogelijkheden om tijdig ondersteuning en begeleiding te bieden en kan bijvoorbeeld door hier direct naar te vragen in de intake.

### Mensen met een licht verstandelijke beperking zijn extra kwetsbaar

Bij mensen die niet alleen in behandeling zijn in een instelling, maar daar ook wonen, speelt seksuele gezondheid eveneens een belangrijke rol. Partners uit de gehandicapten- en huisartsenzorg geven aan dat dit met name geldt voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB).

Deze groep is meer zoekende als het gaat om kennis van het eigen lichaam of kennis over relaties met anderen, intimiteit en seks. Partners die met deze groep werken benoemen dat deze groep, net als anderen, behoefte heeft aan intimiteit en seksueel contact, maar dat ze vaak niet goed weten wat ze hiermee moeten of waar ze deze kwijt kunnen. Daarnaast worden mensen met een LVB in hun capaciteiten vaak overschat door anderen, en laten ze zich gemakkelijk beïnvloeden. Hierdoor is deze groep meer kwetsbaar voor risico's op het gebied van seksuele gezondheid.

Met name jongeren (18-30 jr.) met een licht verstandelijke beperking worden uitgelicht als groep die extra kwetsbaar is. Dit omdat deze jongeren in de levensfase zitten waarin ze hun seksualiteit ontdekken en deze groep al minder kennis heeft over seks.





## Wat kan er verbeterd worden?

- + **Kennis delen en laagdrempelige vraagbaak zijn.** Veel professionals staan meer in direct frequent contact met de doelgroep dan de GGD, zoals huisartsen en zorgverleners binnen instellingen. Het helpt als die professionals waar mogelijk zelf preventie en bepaalde behandelingen aanbieden, en anders actief doorverwijzen. Bij een aantal instellingen (bijv. Ipse de Bruggen) gebeurt dit al en is er goed zicht op en aandacht voor seksuele gezondheid. Zo is er binnen de organisatie een stevig netwerk en is er op iedere locatie een zorgverlener met als aandachtsgebied seksuele gezondheid. Hier kan de GGD fungeren als vraagbaak wanneer de zorgverleners ter plekke er niet uitkomen. Bij zorginstellingen waar zorgverleners minder zicht hebben op seksuele gezondheid kan de GGD een meer proactieve – voorlichtende – rol innemen volgens het principe ‘train de trainer’. De GGD biedt dan zelf geen voorlichting aan, maar zorgt ervoor dat cliënten in deze zorginstellingen voorlichting ontvangen van bekende gezichten. De GGD ziet hier duidelijk een rol voor zichzelf.
- + **Interne deskundigheidsbevordering.** Mensen met een zorgvraag zonder zorgtraject zijn een kwetsbare groep op het gebied van seksuele gezondheid. Dit geldt met name voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB), waarvan zorgprofessionals aangeven dat zij dit moeilijk herkennen. De GGD kan initiatief nemen om bijscholing te organiseren zodat de professionals mensen met een LVb beter herkennen en hier sensitief voor kunnen zijn. De GGD wil hiermee aan de slag gaan.
- + **Eigen taal en begrijpelijke communicatie.** De geleverde zorg is op dit moment niet voor iedereen voldoende toegankelijk, bijvoorbeeld voor mensen met een LVb. Een spreekuur in makkelijke taal kan hier een uitkomst bieden, hier kan de GGD voor een brede doelgroep uitleg geven over (veilige) seks en seksualiteit op A2 niveau. De GGD wil hier aan werken, bijvoorbeeld door het personeel te trainen in gespreksvoering op A2 niveau.



## Sekswerkers | Nabijheid in zorg maakt seksuele gezondheidszorg toegankelijker voor sekswerkers

Sekswerkers hebben vaker en meer wisselend seksueel contact, waardoor deze groep ook meer risico loopt op problemen met seksuele gezondheid, zoals soa's. Hierdoor is goede seksuele gezondheidszorg voor hen extra belangrijk. Toch is deze zorg niet voor iedereen even toegankelijk, vooral voor gemarginaliseerde sekswerkers; voor hen kan het moeilijk zijn om reguliere zorg te benaderen. Ketenpartners die zich richten op sekswerkers zien daarom een duidelijke behoefte aan seksuele gezondheidszorg op locatie, of dat er makkelijk en laagdrempelig contact met zorgprofessionals mogelijk is.

### Seksuele gezondheidszorg dichtbij het werkgebied van sekswerkers

Sekswerkers hebben behoefte aan soa-zorg, PrEP-zorg en gratis voorbehoedsmiddelen op de plek waar ze werken. Op dit moment vinden er voor soa-zorg een aantal keer per jaar outreach-activiteiten plaats bij raamstraten en seksclubs. Lokale partners die werken met sekswerkers geven aan dat sekswerkers buiten dit soort vergunde werkplekken ook op onvergunde locaties of in de illegaliteit werken, zoals in parken of het Haagse Bos. Op deze locaties is er volgens hen ook behoefte aan outreach; sekswerkers die werken op onvergunde plekken zijn vaak minder in beeld bij zorgverleners en daardoor meer kwetsbaar voor risico's op soa's. Uit de ontwerp sessies komt ook naar voren dat specifiek voor mannen die seks hebben met mannen of transsekswerkers er naast soa-zorg behoefte aan PrEP-zorg op locaties is.

### Korte lijnen met kundige en vertrouwde zorgverleners zijn helpend

Partners die werken met sekswerkers vinden dat seksuele gezondheidszorg ook via andere kanalen laagdrempeliger aangeboden kan worden aan sekswerkers, het liefst is dit digitaal en met een bekende zorgverlener. Digitaal contact met zorgprofessionals maakt het voor sekswerkers makkelijker om sneller hulp te vragen, dit kan bijvoorbeeld via Whatsapp. Het liefst zijn dit vaste zorgprofessionals, zodat sekswerkers bij een vertrouwd persoon terecht kunnen met hun hulpvraag. Een voorwaarde is dat zorgprofessionals toegerust moeten zijn om sekswerkers te woord te staan, doordat ze kennis hebben van het werkveld en zonder oordeel zorg kunnen bieden aan sekswerkers. Een aandachtspunt hierbij is dat sommige sekswerkers de Nederlandse taal niet machtig zijn.

### Voorlichting kan beter worden afgestemd op verschillende sekswerkers

Naast nabijheid via outreach en persoonlijk contact is er ook behoefte aan het verbeteren van algehele kennis en voorlichting over veilig werken, voorkomen van infecties en ongewenste zwangerschappen. Deze informatie komt volgens partners beter bij de doelgroep terecht als deze laagdrempelig beschikbaar is, in meerdere talen worden aangeboden en via video's worden gedeeld in plaats van geschreven tekst. Ook kan deze informatie goed worden verspreid via minder officiële kanalen, zoals Whatsapp.



## Wat kan er verbeterd worden?

- + **Outreach.** De afstand naar testlocaties van het CSG is voor veel sekswerkers zowel geografisch als gevoelsmatig te ver. Uitbreiding van testlocaties naar plekken waar sekswerkers zich bevinden, zoals plekken waar ze onvergund werken, kan hierbij helpen. Hiervoor is een stevig beeld nodig waar sekswerkers zich bevinden, wat organisaties als SHOP en Spot 46 naar verwachting hebben. Volgens de GGD kunnen deze organisaties het beste in contact komen met sekswerkers en hen naar de diverse testlocaties van het CSG toe leiden, in plaats van dat de GGD deze outreach zelf op gaat tuigen.
- + **Meer zorg leveren.** Er is vraag naar anticonceptie en informatie voor sekswerkers. Ook is er onder sekswerkers behoefte aan direct contact met zorgverleners, door bijvoorbeeld een Whatsapp-chat te openen waar sekswerkers laagdrempelig vragen kunnen stellen aan zorgverleners. Het openen van een Whatsapp-chat voor laagdrempelige vragen vanuit sekswerkers vraagt om werken buiten kantoortijden, een veilig online omgeving en ervaring met een andere vorm van dienstverlening. Volgens de GGD past dit onvoldoende bij de dienstverlening die zij kunnen bieden. Daarnaast loopt het bieden van anticonceptie aan vrouwelijke sekswerkers vanuit de GGD al goed, maar ziet de GGD wel mogelijkheden om meer condooms te verstrekken aan mannelijke sekswerkers.



## Jongeren | Betrouwbare informatie en voorlichting is voor jongeren extra belangrijk

Jongeren zitten in de levensfase waarin ze hun seksualiteit ontdekken. Dit doen jongeren ook online. In deze fase is het belangrijk dat jongeren betrouwbare informatie en voorlichting ontvangen over seksuele gezondheid. Gemeenten zien jongeren vaak als kwetsbare groep, doordat er veel desinformatie wordt verspreid op sociale media. Ook ketenpartners die aanwezig waren bij de ontwerpessies zien mede hierom betrouwbare informatie voor jongeren als aandachtspunt. Jongeren worden over het algemeen beschouwd als een belangrijke doelgroep die extra aandacht vraagt.



### Jongeren zitten in de levensfase waarin ze hun seksualiteit ontdekken

In deze fase is het belangrijk dat jongeren betrouwbare informatie ontvangen over seksuele gezondheid. Doordat jongeren zich veelal begeven in een online wereld, krijgen ze veel van hun informatie via sociale media binnen. Hier wordt veel desinformatie verspreid. Ketenpartners die veel contact hebben met jongeren zien dat deze groep hierdoor kwetsbaar is voor onbetrouwbare informatie op sociale mediakanalen, maar ook voor seksueel grensoverschrijdend gedrag dat vaak via sociale media plaatsvindt, denk aan *sexting*, *exposen* en *grooming*.<sup>5</sup>

### Jongeren krijgen in wisselende mate seksuele voorlichting op school

Jongeren voeren gesprekken over seks vaak op school, maar de hoeveelheid seksuele voorlichting die jongeren ontvangen wisselt per school, zo blijkt uit de ontwerpessies. Daarnaast zijn niet alle docenten, mentoren of studieloopbaanbegeleiders even bekwaam om een open gesprek te voeren over seks, waardoor er ook binnen scholen verschillen zijn. Hierdoor krijgen niet alle jongeren betrouwbare informatie over seks en seksualiteit. Jongeren die deze informatie elders zoeken, zoals op het internet, krijgen bovendien geen gebalanceerd beeld.

Volgens jongerenwerkers uit de regio wordt er op veel plekken thuis ook niet over seks gepraat, omdat ouders in de veronderstelling zijn dat hun kinderen nog niet seksueel actief zijn. Vanuit ouders is er soms dan ook weerstand tegen seksuele voorlichting op school, omdat zij niet willen dat hun kinderen op ideeën worden gebracht. Jongerenwerkers kennen echter talloze voorbeelden van 14-jarigen die seksueel actief zijn, soms met meerdere bedpartners tegelijk. Dit maakt het juist essentieel om op jonge leeftijd betrouwbare voorlichting te krijgen.

### Veel winst te behalen met voorlichting

Door in te zetten op betere seksuele voorlichting op school en bewustwording van online risico's via digitale kanalen kan deze kwetsbare groep beter worden voorbereid op gezonde seksuele relaties. Vanwege de omvang van deze groep en de wisselende mate waarin jongeren voorlichting krijgen, schatten partners uit de ontwerpessies over het algemeen in dat hier veel winst te behalen valt.

<sup>5</sup> *Sexting* is het maken en verspreiden van seksueel getinte tekstberichten, foto- en filmmateriaal van jezelf of van anderen.

*Exposen* is het ongewenst verspreiden van seksueel getinte tekstberichten, foto- en filmmateriaal van anderen.

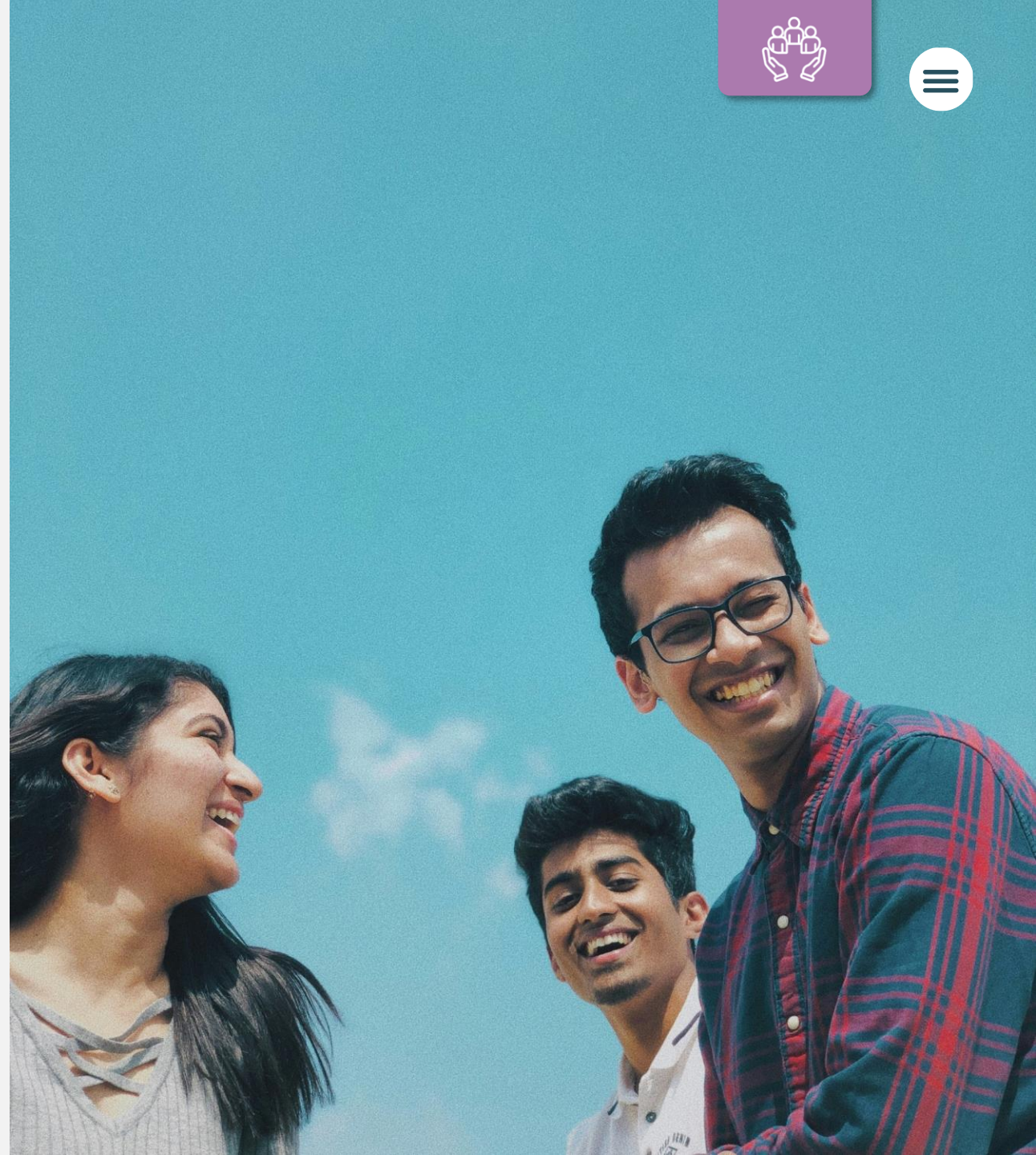
*Grooming* is het online benaderen van kinderen met als doel seksueel misbruik.





## Wat kan er verbeterd worden?

- + **Kennis delen en laagdrempelige vraagbaak zijn.** Veel professionals zijn nauwer betrokken bij de doelgroep dan de GGD, zoals leraren op scholen en organisaties die seksuele voorlichting aanbieden specifiek gericht op de doelgroep jongeren (e.g. JIP). De GGD kan samen met deze organisaties optrekken en met de afdeling Gezondheidsbevordering specifiek inzetten op deze doelgroep, bijvoorbeeld via het programma Gezonde School. Daarnaast kan de GGD voor scholen laagdrempelige of kortere modules aanbieden zodat het minder tijdsintensief is voor docenten om seksuele voorkeur te geven en zich positioneren als laagdrempelige vraagbaak voor leraren. De GGD ziet hierin een belangrijke taak, waar vooral vanuit Gezondheidsbevordering op ingezet kan worden.
- + **Voorlichting doelgroep.** Jongeren ontvangen niet altijd seksuele voorlichting op school en krijgen veel informatie via sociale media. Hierdoor krijgen niet alle jongeren betrouwbare informatie over seks en seksualiteit. De GGD kan een rol spelen in voorlichting voor jongeren. Belangrijk hierbij is dat voorlichting aansluit bij de belevingswereld en vindplaatsen van jongeren. Omdat deze groep zich veel in de digitale wereld omgeeft, ligt er een kans voor de GGD om te werken aan betrouwbare informatie die aansluit bij de behoefte van jongeren. Daarnaast is ook de inzet van *peer educators* of rolmodellen een optie. Ook hier ziet de GGD een belangrijke taak voor zichzelf.
- + **Outreach.** De afstand naar het CSG in Den Haag voor een soa-test is voor veel jongeren zowel geografisch als gevoelsmatig te ver. De GGD kan testlocaties uitbreiden naar scholen of andere mobiele locaties waar zorg kan worden verleend. Er is bij scholen onvoldoende bekend dat de GGD ook op andere locaties in de regio zit. De GGD wil de huidige testlocaties meer promoten en inzetten op het bereiken van jongeren.



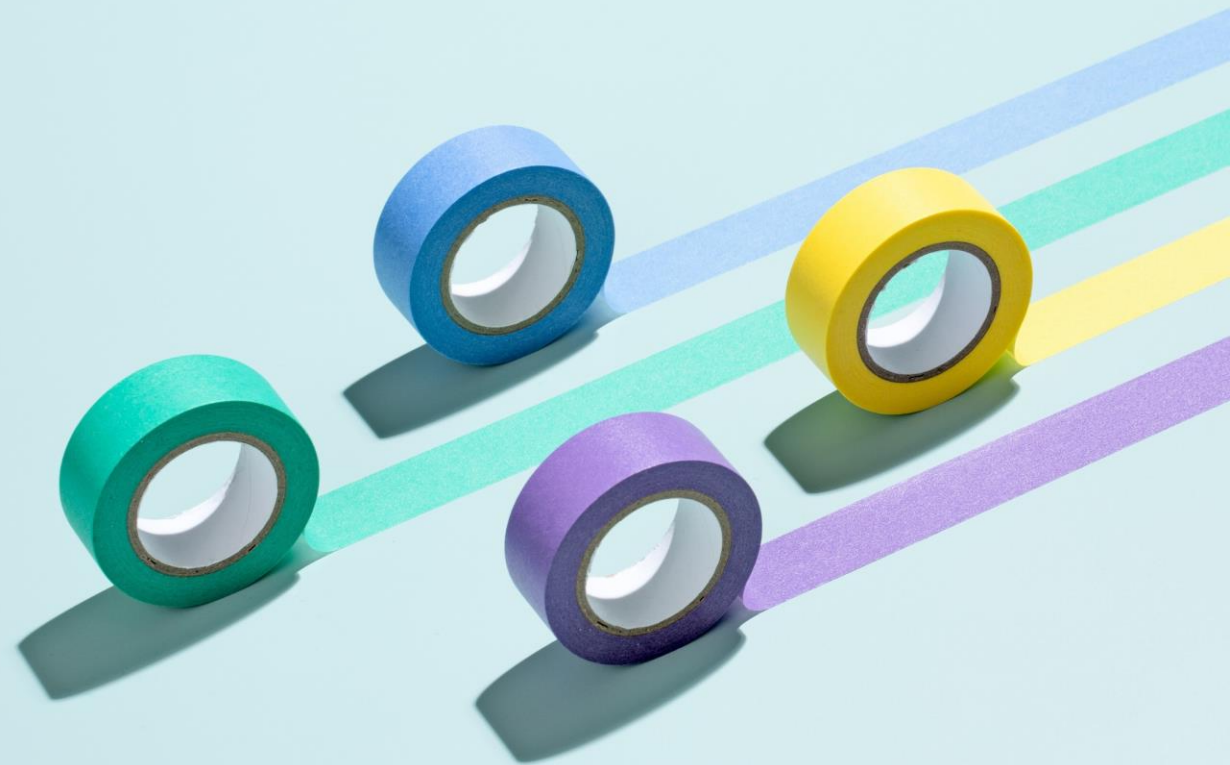


### 3. De rol en positie van GGD Haaglanden | De GGD bepaalt waar de focus op komt te liggen

In het vorige hoofdstuk beschreven we de verschillende behoeften op het gebied van seksuele gezondheid, inclusief mogelijke rollen die de GGD kan spelen om aan deze behoeften te voldoen. Tijdens een interne strategiesessie met diverse medewerkers van GGD Haaglanden werkten we deze rollen verder uit. Waarom zou de GGD een bepaalde rol willen hebben? Wat betekent het om voor een rol te kiezen? En wat is er nodig om een rol goed te kunnen vervullen? Vervolgens brachten we prioritering aan in de rollen die de GGD op zich wil nemen. Dit deden we aan de hand van de mate waarin een rol past bij de rolopvatting van de GGD, de hoeveelheid impact die je met een rol maakt, en de hoeveelheid werk die het kost om een rol te vervullen.

Op de volgende pagina's beschrijven we welke rollen de GGD op zich wil nemen en op welke groepen de GGD zich de komende periode wil gaan richten. Het gaat dan om de rollen die in het vorige hoofdstuk met dit icoon zijn aangegeven: +.

Aan het eind van dit hoofdstuk geven we rollen weer waar andere partijen voor in de lead zijn. Het gaat dan om de rollen die in het vorige hoofdstuk met dit icoon zijn aangegeven: ⊕.



## Expert | GGD Haaglanden wil zich steviger positioneren als regionaal kenniscentrum

### De GGD wil actief kennis delen met partners

De GGD werkt met een financieel plafond, waardoor zij niet alle doelgroepen kunnen bedienen. Daarbij hebben andere professionals in sommige gevallen meer contact met de relevante doelgroepen. De seksuele gezondheidszorg in de regio kan dan ook vooral verbeterd worden als die professionals goed toegerust zijn op vraagstukken rondom seksuele gezondheid. De voornaamste opgave waar de GGD zich de komende periode op wil richten, is het steviger positioneren van GGD Haaglanden als regionaal kenniscentrum. GGD Haaglanden wil actief **kennis delen** met zorgprofessionals, bijvoorbeeld met zorgprofessionals binnen zorginstellingen en AZC's over het bespreken van het thema seksuele gezondheid. Ook wil de GGD met huisartsen in gesprek over het verlenen van PrEP-zorg en aandacht voor seksuele gezondheid. Dit kan bijvoorbeeld door meer specifieke nascholing voor huisartsen of brede symposia voor zorgverleners te organiseren. Hierbij kan gewerkt worden volgens het principe 'train de trainer', waarbij de GGD andere professionals voorziet van kennis, die zij op hun beurt kunnen overdragen. Tot slot wil de GGD scholen helpen door het vormgeven van voorlichtingsmodules die zij kunnen gebruiken. Daarnaast wil de GGD functioneren als **laagdrempelige vraagbaak** voor professionals met vragen op het gebied van seksuele gezondheid, bijvoorbeeld over waar bepaalde doelgroepen zorg kunnen ontvangen.

### De GGD moet hiervoor herkend worden als expert door het veld

Om dit te bereiken, moeten andere organisaties en zorgverleners de GGD zien als de expert en centrum waar zij kennis ophalen. Dit vraagt om het **verbeteren van de eigen positie** en het **versterken van het netwerk**, zodat organisaties elkaar op regelmatige basis spreken over de laatste ontwikkelingen op het gebied van seksuele gezondheid. Dit levert waardevolle inzichten op over wat er speelt in de regio, waar de GGD vervolgens op kan inspelen door organisaties en professionals te voorzien van relevante informatie. Door deze wisselwerking positioneert GGD Haaglanden zich als regionaal kenniscentrum. Deze rol vraagt vooral tijd om het netwerk te versterken en onderhouden. Daarnaast kost het inrichten van de scholing tijd en ruimte.

## Aanjager | De GGD als aanjager van het thema seksuele gezondheid in de regio

### Gemeenten hebben beleidsadvies over de seksuele gezondheid nodig

GGD Haaglanden heeft een beleidsadviserende rol richting gemeenten in de regio. Uit interviews met de negen gemeenten uit de regio blijkt dat gemeenten rondom het thema seksuele gezondheid voornamelijk varen op de kennis en signalen van de GGD. Enkele uitzonderingen daargelaten, hebben gemeenten weinig zicht op de seksuele gezondheid van hun inwoners en voeren zij weinig tot geen specifiek beleid op seksuele gezondheid. Tegelijkertijd brengt dit onderzoek al actie teweeg door beleidsmedewerkers na te laten denken over dit thema en is de bereidheid om met dit thema aan de slag te gaan er zeker. De GGD is zich echter ook bewust van de huidige politieke context, waarin het thema seksualiteit soms een beladen onderwerp is. Juist deze combinatie biedt momentum voor de GGD om haar **beleidsadviserende rol** op dit thema steviger in te vullen. Dit vraagt om een wisselwerking tussen de GGD en gemeenten. Hierbij is het ook helpend als de GGD duidelijk gepositioneerd is als regionaal kenniscentrum.

### De GGD wil seksuele gezondheid agenderen als vast onderdeel van gezondheidsbeleid

De GGD ziet kansen om het thema seksuele gezondheid met kennis en feiten te depolitiseren en **aan te jagen**. Seksuele gezondheid hoeft geen apart beleidsdomein te zijn, maar maakt juist onderdeel uit van bredere gezondheid en kwaliteit van leven, passend bij de benadering van Positieve Gezondheid die de GGD hanteert. Door seksuele gezondheid zo te positioneren, is het vanzelfsprekend dat er aandacht naar uit moet gaan. Dit vraagt van de GGD om de relatie met individuele gemeenten goed te onderhouden. Mogelijk helpen (netwerk)bijeenkomsten waarin de GGD gemeenten meeneemt in de huidige stand van zaken en ontwikkelingen op het gebied van seksuele gezondheid hierbij.





## Nabijheid | Met een innovatieve (digitale) werkwijze wil de GGD jongeren beter bereiken

**Er is reden om extra in te zetten op preventie bij jongeren vanuit de GGD** Jongeren springen er als doelgroep specifiek uit voor de GGD en veel lokale partners. In deze leeftijdsfase ontdekken veel jongeren hun seksualiteit, maar ontvangen ze niet altijd seksuele voorlichting op school en zijn ze extra kwetsbaar voor de verspreiding van (des)informatie via sociale media. Daarnaast blijkt uit regionale gegevens over soa's dat het vindpercentage onder de groep jongeren onder de 25 jaar sinds 2018 steeds verder toeneemt. Vanuit het oogpunt van **preventie** is het daarom een belangrijke groep om aandacht aan te besteden.

### Dit vraagt om nabijheid, zowel digitaal als fysiek

Om jongeren te bereiken, moet de informatie aansluiten bij de belevingswereld en vindplaatsen van jongeren, die veelal digitaal zijn. Deze vorm van **digitale informatievoorziening** vraagt om een nieuwe werkwijze binnen GGD Haaglanden. De GGD wil hierin samen optrekken met en leren van andere partijen die al (innovatieve) digitale voorlichting geven, zoals andere GGD'en, jongerenorganisaties en mogelijk *influencers* of andere rolmodellen. Het gaat dan inhoudelijk gezien om informatie over veilige seks, anticonceptie, het aangeven van grenzen en over hoe je het beiden fijn hebt tijdens de seks. Daarnaast gaat het ook om het promoten van de huidige dienstverlening van de GGD: waar kun je terecht voor een soa-test of vragen over seks?

Voor sommige jongeren is volgens scholen de afstand tot een testlocatie van de GGD te ver weg, en kan de GGD samen met scholen en jongerenwerkers onderzoeken op welke manier dit **dichterbij jongeren** georganiseerd kan worden, bijvoorbeeld via mobiele testlocaties.

## Sensitiviteit | De dienstverlening van de GGD is voor iedereen begrijpelijk en passend

**De dienstverlening van de GGD kan toegankelijker en begrijpelijker** De dienstverlening van GGD Haaglanden kan toegankelijker worden gemaakt voor mensen die de Nederlandse taal niet spreken of beperkte taal- en digitale vaardigheden hebben. De GGD wil werken aan **begrijpelijke communicatie** en dienstverlening in **eigen taal**. Eerste stappen hierin zijn om teksten op de website en in het triageformulier in A2 niveau te schrijven en ook in andere talen beschikbaar te maken.

### De GGD wil werken aan cultuursensitiviteit en herkennen van LVB

Daarnaast is **interne deskundigheidsbevordering** nodig om de dienstverlening toegankelijker te maken. Voor de consulten kan het personeel getraind worden in gespreksvoering op A2 niveau of gespreksvoering voor mensen met een LVB. Het kunnen herkennen van iemand met een LVB vraagt om meer deskundigheid bij de medewerkers. Ook kunnen zorgverleners bij GGD Haaglanden middels bijscholing leren om meer cultureel sensitief consulten te voeren. Het organiseren van bijscholing en trainingen kost vooral tijd.



## Rollen waar andere partijen voor aan zet zijn

### Nabije en flexibele dienstverlening voor sekswerkers

Onder sekswerkers is er behoefte aan direct contact met zorgverleners, zodat zij laagdrempelig vragen kunnen stellen. Dit vraagt om een flexibele dienstverlening buiten kantooruren. Daarnaast is de afstand naar testlocaties van het CSG volgens lokale partners voor veel sekswerkers te ver, en is er behoefte aan testlocaties op plekken waar sekswerkers onvergund werken. Voor beide behoeften geldt dat organisaties die dicht bij sekswerkers staan, zoals SHOP en Spot46, hier het beste op kunnen inspelen vanwege het contact dat zij al hebben met sekswerkers.

### Intensiveren van PrEP-zorg, genderzorg en community-vorming

Ook binnen de LHBTQIA+ gemeenschap is behoefte aan meer zorg, met name rondom PrEP-zorg en medische en psychische zorg, zoals genderzorg en hormoonbehandelingen. Voor het leveren van PrEP-zorg kunnen bijvoorbeeld huisartsen een grotere rol spelen, met ondersteuning van de GGD op het gebied van kennis. Daarnaast is er behoefte aan meer community-vorming binnen de regio, ook in kleinere gemeenten. Enkele gemeenten werken momenteel al aan de bredere acceptatie van LHBTQIA+ personen. Gemeenten zijn samen met lokale belangenorganisaties en scholen daarom een logische partij om community-vorming en acceptatie verder aan te jagen. De GGD heeft hierin een ondersteunende rol en kan voorzien in de juiste kennis.



### Gespreksvoering om taboe en stigma op seksuele gezondheid te verlagen

In sommige culturen is er sprake van taboe en stigma rond het praten over seksuele gezondheid. Het kan hierdoor voor sommige mensen lastig zijn om zorg te vragen of op te zoeken. Organisaties die gespecialiseerd zijn in het bereiken van mensen met een migratieachtergrond zoals Dokters van de Wereld, GZA en sleutelfiguren kunnen middels open gespreksvoering proberen deze stigma's te verlagen. Ook hier kan de GGD ondersteunen door het delen van kennis met deze organisaties.

### Gezondheidscheck aanbieden aan inwoners met een lage(re) sociale positie

De groep mensen met een lage(re) sociale positie is op het gebied van seksuele gezondheid bij weinig partners in beeld, waardoor niet duidelijk is of en welke problematieken er spelen. Wel lopen mensen met een lage sociale positie meer risico op problemen met gezondheid in brede zin, en is het aannemelijk dat dit ook geldt voor seksuele gezondheid. Om dit te onderzoeken kan seksuele gezondheidszorg onderdeel zijn van brede gezondheidschecks die worden aangeboden in buurten waar meer mensen wonen met een kwetsbare sociale positie. De gemeente is een logische partij om dit op te zetten, gezien de bredere aandacht die zij besteden aan het terugdringen van gezondheidsverschillen. Zij kunnen hierin optrekken met welzijnsorganisaties, buurt- en wijkcentra.

## Conclusies

Dit rapport gaat in op welke manier GGD Haaglanden de seksuele gezondheid van inwoners in de regio het beste kan bevorderen.

In regio Haaglanden zijn diverse groepen die mogelijk kwetsbaar zijn op het gebied van seksuele gezondheid. Voor elk van deze groepen zijn de risico's die zij lopen uitgewerkt in een overzicht van risico- en kwetsbare groepen, aangevuld met context vanuit lokale ketenpartners en gemeenten.

Vervolgens is tijdens interviews en ontwerpessies met lokale ketenpartners per groep de vraag gesteld welke behoeften zij hebben op het gebied van seksuele gezondheid en hoe deze behoeften beter vervuld kunnen worden. In de ontwerpessies is ook stilgestaan bij waar de problemen het grootst zijn, en waar de meeste winst te behalen valt.

Op basis hiervan zijn enkele rollen geïdentificeerd die de GGD op zich kan nemen om de seksuele gezondheid te bevorderen. Tijdens een interne strategiesessie heeft GGD Haaglanden vier ontwikkelopgaven voor zichzelf geselecteerd waar zij de komende periode mee aan de slag wil gaan. Naar aanleiding van dit rapport kan de GGD hierover in gesprek met de gemeenten en deze ontwikkelopgaven verder uitwerken.

Er zijn dan nog een aantal behoeften die op dit moment nog onvoldoende vervuld worden, maar waarvoor GGD Haaglanden voor zichzelf geen rol ziet. Andere partijen zijn hiervoor aan zet. Om te zorgen dat ook deze behoeften vervuld worden, moeten GGD Haaglanden en ketenpartners met elkaar in gesprek over wie welke rol heeft binnen het zorglandschap.



Meer weten?



☎ 030 236 3030

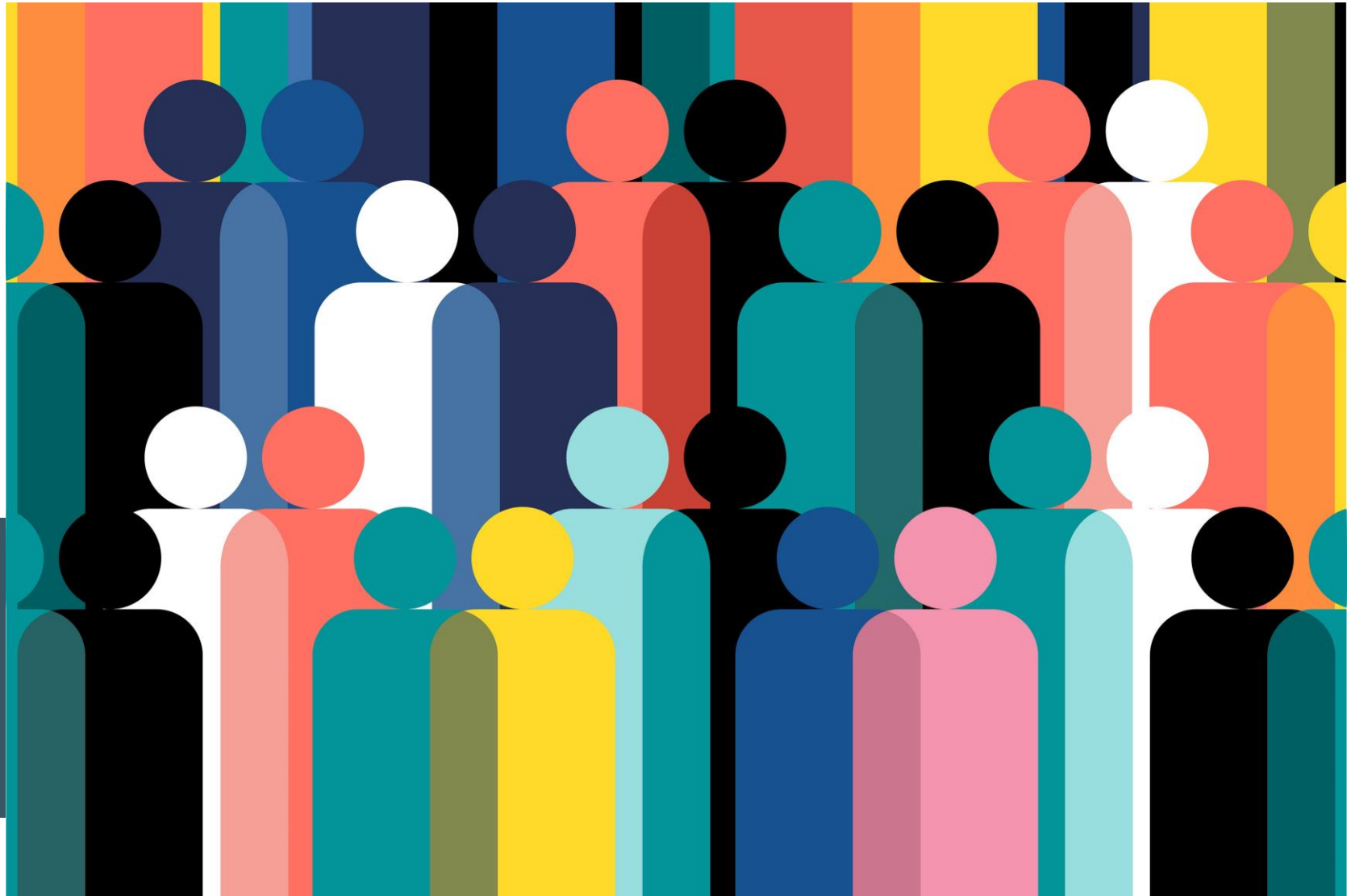
✉ L.Bieleman@aef.nl

✉ S.vandenBrink@aef.nl

✉ J.vanderPloeg@aef.nl

✉ A.deNooijer@aef.nl

✉ I.Niessen@aef.nl



The background of the slide is a dense, multi-colored pattern of horizontal stripes. Each stripe is composed of fine, textured dots or fibers, creating a vibrant, multi-hued effect. The colors transition through a spectrum including reds, purples, greens, yellows, browns, and greys. A dark blue rectangular box is overlaid on the right side of the slide, containing the text 'Bijlagen'.

# Bijlagen



## Bijlage 1 | Doelgroepen ASG-regeling

Vanuit de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG) krijgen hoogrisicogroepen gratis, en eventueel anoniem, soa-zorg bij de Centra voor Seksuele Gezondheid (CSG). De doelgroepen zijn:

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

Daarnaast krijgen jongeren tot 25 jaar aanvullende seksualiteitshulpverlening via Sense-consulten bij de Centra voor Seksuele Gezondheid (CSG's) van de GGD'en.

De registratie van risicogroepen bij CSG Haaglanden komt niet helemaal overeen met die van de ASG-regeling. Desondanks geven de risicogroepen in dit rapport een goed beeld.

## Bijlage 2 | Betrokken partijen

### We bevroegen landelijke partijen, gemeenten, doelgroepen en lokale partners

- ▶ Tijdens **interviews** spraken we met Soa Aids Nederlands, SeksHAG, beleidsmedewerkers Publieke Gezondheid uit alle H9 gemeenten, twee huisartsen uit Den Haag, een huisarts uit Delft en een huisarts die tot recent werkzaam was in een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking in Westland.
- ▶ Bij de **ontwerpsessies** waren de volgende lokale partners aanwezig: COC Haaglanden (LHBTQIA+), Spot 46 (sekswerkers), MAZE (seksbioscoop), Dokters van de Wereld (migranten), JIP Haaglanden (jongeren), Centrum 1622 (jongeren), Jeugdformaat (jongeren), Vitis Welzijn (jongeren), Mbo Rijnland (jongeren), Castle Craig (verslavingszorg), Ipse de Bruggen (gehandicaptenzorg), GGD Rotterdam-Rijnmond en GGD Haaglanden.
- ▶ Deze lokale partners hebben we gevraagd om **een vragenlijst** te verspreiden onder hun achterban. De vragenlijst is verspreid door JIP Haaglanden (jongeren), Vitis Welzijn (jongeren), jeugdformaat (jongeren), Elance academy (jongeren, specifiek meiden en jonge vrouwen), Spot 46 (sekswerkers), COC Haaglanden (LHBTQIA+), Ipse de Bruggen (gehandicaptenzorg), MAZE (seksbioscoop) en GGD Haaglanden. Vanwege privacyoverwegingen zijn er geen achtergrondkenmerken uitgevraagd; we vroegen alleen via welke partij mensen de vragenlijst ontvingen. In totaal hebben 31 mensen uit regio Haaglanden de vragenlijst ingevuld.
- ▶ Bij de **interne strategiesessie** waren de volgende afdelingen vanuit GGD Haaglanden betrokken: CSG, Epidemiologie en Beleidsadvies, Gezondheidsbevordering en de algemene directie van de GGD.