Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Directoraat-Generaal-
Volksgezondheid
Publieke Gezondheid

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
4548409-1105652-PG

Kenmerk afzender

Bijlage(n)
-

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 19 november 2026
Betreft Voortgangsbrief seksuele gezondheid en aanpak onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap

Geachte voorzitter,

Seksuele gezondheid is een essentieel onderdeel van de algehele gezondheid, het welzijn en de levenskwaliteit van mensen. Het kabinet zet zich daarom in voor een goede seksuele gezondheid voor iedereen. Het doel van het kabinetsbeleid op dit terrein is te zorgen voor de kennis, vaardigheden, zorg en ondersteuning die nodig zijn om zelf gezonde, veilige en plezierige keuzes te maken op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid en om die van anderen te herkennen en respecteren. Daarbij investeert het kabinet zowel in bescherming als in bevordering van de seksuele gezondheid. Met deze brief informeert het kabinet de Kamer over de voortgang van het kabinetsbeleid[1] op het terrein van seksuele gezondheid en de Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap.[2]

Leeswijzer
Achtereenvolgens worden de volgende onderwerpen behandeld:
1) Gezondheidsbevordering; de landelijke inzet om condoomgebruik te stimuleren.
2) Gezondheidsbescherming; een reactie op het recent uitgebrachte hiv-monitorsrapport 2025, ontwikkelingen binnen de regeling aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG-regeling), de inzet van de middelen die met het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) beschikbaar zijn gekomen en een reactie op de Motie van de leden Vliegenthart (PRO) en Van Brenk (50+) over het versterken van de bewustwording rond seksuele gezondheid onder ouderen.[3]
3) Aanpak onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap: resultaten van het project rondom mis- en desinformatie, ontwikkelingen binnen het landelijk informatiepunt en de keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap, aanbod voor zwangeren die als arbeidsmigrant in Nederland werken en monitoring.

Gezondheidsbevordering

Landelijke meerjarige condoompromotie aanpak
Naast de structurele inzet om seksuele gezondheid te bevorderen zet het kabinet in op

[1] Kamerstukken II 2022/23, 32239, nr. 10.

[2] Kamerstukken II 2025/26, 32 279, nr. 268.

[3] Kamerstukken II 2025/26, 29389, nr. 180.

het stimuleren van condoomgebruik onder jongeren. Eind 2026 start daarom de meerjarige aanpak van condoompromotie, die loopt van 2026 tot en met 2030. Aanleiding hiervoor is onder meer het dalende condoomgebruik onder jongeren tot 25 jaar en de stijging van het aantal soa's, waaronder gonorroe, met name onder heteroseksuele jongeren.[4,5]

De aanpak heeft als doel dat jongeren bij penetratieve seks met een nieuwe sekspartner[6] iedere keer op de juiste manier een condoom gebruiken en richt zich in het bijzonder op jongeren van 16 tot en met 20 jaar. In deze leeftijdsfase hebben de meeste jongeren hun eerste seksuele ervaring (mediaan: 18,7 jaar) en is gewoontevorming kansrijker.

Binnen de aanpak wordt ingezet op een combinatie van een landelijke campagne en doelgroepspecifieke activiteiten en communicatie, zowel online als offline. De aanpak richt zich op verschillende factoren die van invloed zijn op het condoomgebruik, zoals kennis, houding, sociale normen en vaardigheden om condoomgebruik met een sekspartner te bespreken.

Een belangrijk onderdeel van de aanpak is de landelijke campagne, waarvan de eerste uitingen nog voor het einde van 2026 worden verwacht. Bij de ontwikkeling van de campagne wordt samengewerkt met kennispartners en met jongeren zodat de campagne aansluit bij de leefwereld van jongeren en bij de factoren die van invloed zijn op hun condoomgebruik. De campagne richt zich op meerdere thema's en gedragsdoelen. Deze thema's worden gedurende de looptijd van de aanpak verder uitgewerkt en kunnen jaarlijks wisselen. Zo komen verschillende aspecten van condoomgebruik gedurende meerdere jaren onder de aandacht, zoals het voorbereiden op het gebruiken van een condoom, het bespreekbaar maken van condoomgebruik met een sekspartner en het correct omdoen van een condoom.

Daarnaast worden doelgroep specifieke activiteiten en interventies ontwikkeld die aansluiten bij de leefwereld van jongeren. Hiervoor wordt samengewerkt met relevante partijen om de zichtbaarheid van condooms te vergroten en condoomgebruik onder jongeren vanzelfsprekender te maken.

Gezondheidsbescherming

<u>Ontwikkelingen regeling aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG-regeling)</u>
Met de specifieke uitkering Regeling aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG-regeling) bieden GGD'en aanvullende soa-zorg, PrEP-zorg[7] en seksualiteitshulpverlening aan. De middelen voor de uitvoering van deze taken worden via het RIVM aan acht coördinerende GGD'en verstrekt. De ASG-regeling is aanvullend op de huisartsenzorg en aanvullend op de collectieve preventie verantwoordelijkheid van gemeenten op grond

[4] 'Seks onder je 25e', Rutgers, https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2024/03/Boek-S25-2023-DEF.pdf (2024).

[5] Thermometer seksuele gezondheid: april 2024 | RIVM

[6] Een partner wordt beschouwd als 'nieuw' tot er een gesprek is gevoerd over op verantwoorde manier te stoppen met het gebruiken van een condoom (mogelijk eerst een soa-test, afspraken over seks met anderen, alternatieven van anticonceptie).

[7] PrEP staat voor Pre-Expositie Profylaxe: medicatie om een hiv-infectie te voorkomen. PrEP-zorg is het geheel van medische begeleiding, testen en het voorschrijven van medicatie rondom het gebruiken van PrEP.

van de Wet publieke gezondheid.[8] Aanvullende soa-zorg is gericht op mensen met een verhoogd risico op soa's én een drempel om met hun zorgvraag naar de huisarts te gaan; PrEP-zorg is voor mensen met een verhoogd risico op hiv; seksualiteitshulpverlening is voor jongeren onder de 25 jaar. De aanvullende seksuele gezondheidszorg is vanuit het publieke gezondheidsperspectief heel belangrijk: soa's vormen als infectieziekten immers een risico voor de volksgezondheid. Met de ASG-regeling worden soa's vroegtijdig opgespoord, behandeld, gemonitord, en voorkómen, waarmee verspreiding wordt tegengegaan.
De middelen voor de uitvoering van de ASG-regeling worden via een specifieke uitkering ter beschikking gesteld aan de acht coördinerende GGD'en (SPUK ASG). Deze SPUK ASG heeft een looptijd tot en met 2035. Met het ministerie van BZK is afgestemd dat de evaluatie van deze SPUK niet in 2026 plaatsvindt, zoals eerder aangekondigd in de voortgangsbrief Seksuele Gezondheid van 18 juni 2025[9], maar op een later – door het ministerie van VWS te bepalen – moment binnen de looptijd van deze SPUK. Deze evaluatie is bedoeld om te bezien in hoeverre een bijzondere fondsuitkering (BFU) een passend alternatief is voor de huidige SPUK.

Doelgroep wordt verduidelijkt in de regeling
Nagenoeg iedereen die bij de GGD aanvullende soa-zorg ontvangt, behoort tot een groep met een verhoogde kans op een soa. Maar dit is niet het enige criterium waaraan voldaan moet worden voor toegang tot deze zorg. Het meewegen van een gebrek aan toegang tot de huisarts in de triage door de GGD is nodig om te garanderen dat het aanvullende zorgaanbod beschikbaar blijft voor diegenen die dit het meest nodig hebben omdat zij anders zorg zouden mijden. Daarom wordt per 2027 expliciet in de ASG-regeling verduidelijkt dat soa-zorg bedoeld is voor mensen met een verhoogde kans op een soa, die daarnaast ook een drempel ervaren om naar de huisarts te gaan. Hiermee wordt de regeling nadrukkelijker in lijn gebracht met het bestaande beleidsdoel.

Voortaan één bedrag zonder schotten en advies nieuwe verdeelsleutel
Toekomstbestendige aanvullende seksuele gezondheidszorg vraagt om een juiste verdeling van middelen over de regio's. De verdeling van het budget over de coördinerende GGD'en werd lange tijd bepaald aan de hand van twee verdeelsleutels: één voor soa-zorg en seksualiteitshulpverlening en één voor PrEP-zorg.[10]
Het werken met twee verschillende verdeelsleutels leidde in de praktijk tot verschillende knelpunten, zowel administratief, als in de verantwoording, als financieel, waardoor er onderbesteding kon zijn bij de PrEP-consulten terwijl het beschikbaar budget op de soa-zorg ontoereikend was. Vanaf het kalenderjaar 2027 vragen de coördinerende daarom één bedrag voor alle activiteiten tezamen aan. Hiermee ontstaat, binnen de kaders van de ASG-regeling, meer ruimte voor de GGD'en om het beschikbaar budget doelmatig en efficiënt in te zetten.
Daarnaast is het RIVM in 2026 gestart met een traject om in samenspraak met de coördinerende GGD'en te komen tot een nieuwe verdeelsleutel per 2028. Hiermee moet een eerlijker, op actuele data gebaseerde, verdeling van middelen over de regio's worden bereikt. Het betreft dus geen korting of bezuiniging. Het RIVM stuurt het

[8] Artikel 2, tweede lid, onder d.

[9] Kamerstukken II, 2024/25, 32 239, nr.19.

[10] Kamerstukken II, 2023/24, 32 239, nr. 16.

ministerie van VWS waarschijnlijk in december het advies over een nieuwe verdeelsleutel per 2028.

AZWA middelen die de ASG-zorg versterken

Op 8 september 2025 is het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (hierna: AZWA) ondertekend. In het AZWA is afgesproken om voor medische preventie structureel te investeren in aanvullende soa-zorg en PrEP-zorg door GGD'en. Hiermee wordt een besparing van zorgkosten als gevolg van (verspreidende) soa's, waaronder hiv beoogd. Voor het kalenderjaar 2027 gaat het om een bedrag van €5 mln en vanaf kalenderjaar 2028 gaat het om een structureel bedrag van €7 mln. Deze zijn toegevoegd aan de bestaande structurele middelen voor de ASG-regeling.
Naast deze structurele extra middelen zijn voor de jaren 2027 en 2028 vanuit de ontwikkelagenda B4 van het AZWA tijdelijk middelen beschikbaar voor drie maatregelen op het gebied van seksuele gezondheid. De eerste maatregel betreft extra inzet voor het bereiken van (doel)groepen die met het bestaande aanbod onvoldoende worden bereikt. Per jaar is €5 mln. beschikbaar voor het (beter) bereiken van jonge mannen die seks hebben met mannen, nieuwkomers, mensen met een migratieachtergrond en praktisch opgeleide jongeren met een verhoogde kans op soa.
De tweede maatregel betreft een inhaalslag op PrEP-zorg. Er is € 1,5 mln. per jaar beschikbaar voor het verminderen van de wachtlijst en het opvangen van de tijdelijke extra vraag naar PrEP-zorg door het specifiek benaderen van moeilijk bereikbare doelgroepen.
De middelen voor bovenstaande twee maatregelen worden voor de jaren 2027 en 2028 toegevoegd aan de bestaande middelen van de ASG-regeling en via de geldende verdeelsleutel over de acht coördinerende GGD'en.
De derde maatregel betreft het Centrum voor Seksuele Gezondheid van de Toekomst. Hiervoor is € 1,5 mln. per jaar beschikbaar. Soa Aids Nederland werkt binnen dit project samen met twee pilotregio's (Rotterdam-Rijnmond en Friesland), waarbij wordt gewerkt aan het toekomstbestendiger, efficiënter en effectiever organiseren van de Nederlandse soa-zorg, via een getrapte zorgbenadering en met behulp van (een gezamenlijke) digitale triage en betere coördinatie tussen huisartsen en GGD'en.
Tegelijk met de uitvoering van al deze maatregelen wordt onderzocht in welke mate deze maatregelen leiden tot gezondheidswinst en besparing van zorgkosten. De mate waarin dit kan worden aangetoond conform de richtlijn passend bewijs[11] is leidend voor besluitvorming over het vervolg en of dit (deels) kan worden bekostigd door overheveling van middelen uit het Zvw-kader.

Hiv-monitoringsrapport 2026

Vandaag, op 19 november 2026, publiceerde Stichting Hiv Monitoring (SHM) het Hiv Monitoringsrapport over 2025.[12] Hieronder geeft het kabinet de belangrijkste conclusies weer.

[11] Te raadplegen via: https://open.overheid.nl/documenten/551ff7b5-c686-4956-9c0e-a36dca3f4f3c/file
[12] Te raadplegen via: http://www.hiv-monitoring.nl/2026.

Met 500 nieuwe hiv-diagnoses in 2025 is er sprake van een stijging van het jaarlijks aantal nieuwe hiv-diagnoses. In vorige jaren lag dit aantal op 489 (2024), 484 (2023), 446 (2022) en 425 (2021). Modelberekeningen van SHM laten zien dat het aantal nieuwe hiv-diagnoses de komende jaren naar alle waarschijnlijkheid verder zal stijgen.

Opvallend is dat het aantal nieuwe hiv-diagnoses met name stijgt bij mannen die seks hebben met mannen (MSM) en geboren zijn na 1990.

Verder blijkt uit het rapport dat een groeiend deel van de personen bij wie hiv wordt vastgesteld, voorafgaand aan de hiv-diagnose PrEP heeft gebruikt. SHM verklaart dit door het onderbreken dan wel het stoppen van PrEP-gebruik.

De toename laat ook zien dat het aantal personen dat ooit PrEP heeft gebruikt in Nederland toeneemt. Het betekent niet dat PrEP bij goed gebruik niet effectief is. In het monitoringsrapport komt daarnaast naar voren dat 70% van de MSM die een hiv-diagnose kreeg in de periode 2023-2025 ooit in het verleden negatief getest is op hiv. Dit laat zien dat er kansen zijn in de spreekkamers van zorgaanbieders om nieuwe hiv-diagnoses te voorkomen.

Op basis van de cijfers over 2025 pleit SHM ervoor om meer kansen aan te grijpen voor preventie gefocust op de jongere generaties en om het PrEP-aanbod en ook PrEP-zorg verder te optimaliseren.

<u>Reactie van het kabinet op het hiv-monitoringsrapport: ontwikkelingen hiv- en PrEP-beleid</u>
Het kabinet vindt het heel zorgelijk dat het aantal nieuwe hiv-diagnoses in 2025 in Nederland is gestegen, en de komende jaren mogelijk blijft stijgen. In de samenhangende preventiestrategie heeft de overheid de ambitie *hiv naar 0 in 2040* opgenomen.[13] Het kabinet vindt het, gegeven de nieuwe cijfers, daarom extra van belang om zich aan deze ambitie te blijven verbinden.

Het kabinet zet de inzet op hiv-preventie, zoals in november 2025 met de Kamer gedeeld, onverminderd voort.[14] Aanvullend op deze stevige inzet dragen de eerdergenoemde maatregelen uit deze brief bij aan het voorkomen van nieuwe hiv-diagnoses:

- Dankzij de extra middelen voor PrEP-zorg door GGD'en vanuit het AZWA, zowel structureel als tijdelijk, krijgen meer mensen PrP-zorg. Daarmee verwacht het kabinet dat de wachttijd voor PrEP-zorg op termijn afneemt en dat meer mensen gebruik kunnen maken van dit aanbod.
- Met tijdelijke middelen vanuit het AZWA wordt door GGD'en ingezet op het (beter) bereiken van jonge MSM. Hiermee wordt de groep waar de stijging van nieuwe hiv-diagnoses in 2025 het meest zichtbaar was de komende tijd actief

[13] Bijlage bij Kamerstukken II 2024/45, 32793 nr. 846.
[14] Kamerstukken II 2025/26, 32239 nr. 20.

begeleid naar aanvullende soa-zorg en PrEP-zorg bij de GGD.
- Het kabinet verwacht dat GGD'en vanaf volgend jaarmeer maatwerk kunnen bieden door de eerdergenoemde aanpassing van de ASG-regeling (ontschotting tussen soa-zorg en PrEP-zorg). Dit biedt GGD'en de mogelijkheid om hun aanbod aan te passen naar de regionale situatie, bijvoorbeeld als de vraag naar PrEP-zorg daar groter is dan de vraag naar soa-zorg.
- Naast PrEP beschermt ook het condoom tegen een hiv-infectie. De in deze brief aangekondigde maatregelen om condoomgebruik te stimuleren zullen ook bijdragen aan de preventie van hiv.

De hiv-preventiemaatregelen vanuit het kabinet bestaan naast de doorlopende inzet van andere partijen. Zoals die van Soa Aids Nederland, de SHM, de Hiv Vereniging, het RIVM, GGD'en, gemeenten en huisartsen(praktijken) die PrEP-zorg bieden. Deze partijen werken momenteel gezamenlijk aan een landelijke hiv-agenda voor een samenhangende aanpak van preventie, diagnostiek, behandeling

en genezing en het tegengaan van stigma, met een centrale rol voor mensen met hiv en betrokken communities. Het kabinet blijft de komende tijd samenwerken met deze gedreven partijen: alleen met elkaar kunnen we de ambitie *hiv naar 0 in 2040* realiseren.

Toegankelijkheid PrEP(-zorg)
In het commissiedebat Leefstijlpreventie van 23 april 2026 is de toezegging gedaan om nader in te gaan op een vraag van het lid Dobbe over het budgetplafond van de ASG-regeling en PrEP. En om na te gaan of er momenteel voldoende informatie wordt verzameld over PrEP-gebruik. Haar vraag was of het kabinet bereid is om te onderzoeken waarom mensen geen PrEP gebruiken.

Het kabinet is zich ervan bewust dat niet iedereen uit groepen met een verhoogde kans op hiv terecht kan bij de GGD'en voor PrEP-zorg. De seksuele gezondheidszorg door GGD'en is in principe aanvullend op de reguliere seksuele gezondheidszorg. Voor PrEP-zorg ligt dat anders, omdat PrEP-zorg geen onderdeel is van de basishuisartsenzorg. PrEP-zorg valt onder het extra aanbod en is daarmee facultatief voor huisartsen. Extra aanbod, zoals PrEP-zorg, vereist extra scholing en deskundigheidsbevordering bij de huisarts. Ook kan extra aanbod door de huisarts alleen worden aangeboden als zij daartoe de mogelijkheid hebben en hiermee de basishuisartsenzorg niet onder druk komt te staan. Momenteel krijgt 40% van alle PrEP-gebruikers PrEP voorgeschreven via de huisarts. Het kabinet zet er met de eerdergenoemde AZWA-middelen op in om de wachtlijst voor PrEP-zorg bij GGD'en in te korten. GGD'en blijven investeren in het maken en houden van contact met huisartsen die bereid zijn en de mogelijkheid hebben om PrEP-zorg te bieden.

Wat betreft het inzicht in PrEP-gebruik: er bestaan verschillende onderzoeken en monitors die hieraan bijdragen. De SHM onderzoekt met de jaarlijkse hiv-monitor ook wat voor mensen redenen zijn om geen PrEP te gebruiken. Uit de monitor blijkt dat

redenen voor MSM en trans personen om geen PrEP te gebruiken tussen 2018 en 2025 zijn: denken een laag risico op hiv te hebben (25%), geen toegang hadden tot of stonden op de wachtlijst voor PrEP-zorg (26%) of niet weten wat PrEP is (12%). Daartegenover geeft 22% aan geen PrEP te willen gebruiken en 15% had al een hiv-infectie ten tijde van de PrEP-intake. Daarnaast onderzoekt het RIVM met de soa-jaarrapportage onder andere PrEP-gebruik onder mensen die in PrEP-zorg zijn bij de GGD'en.[15] Zo geeft de soa-jaarrapportage inzicht in innameschema's (dagelijks of event-driven), indicaties voor PrEP-gebruik en redenen om te stoppen met PrEP-zorg bij de GGD. Ook de *This Is How We Do It!*-monitor van Soa Aids Nederland geeft inzicht in PrEP-gebruik, onder andere in redenen voor wel of geen PrEP-gebruik en in hoe PrEP-gebruikers aan de medicatie komen.[16] Daaruit bleek dat het merendeel PrEP bij de apotheek haalt (62,5%), een kleiner deel online (28,7%) en een hele kleine groep bij de GGD (7,7%) of andere bronnen (1,2%). De huidige monitoring en het onderzoek naar PrEP-gebruik in Nederland acht het kabinet voldoende.

Met bovenstaande beschouwt het kabinetde toezegging als afgedaan.

<u>Seksuele gezondheid en ouderen</u>
Tijdens het debat Ouderenzorg (inclusief ouderenhuisvesting) van 24 juni 2026 heeft lid Vliegenthart mede namens lid Van Brenk een motie[17] ingediend, waarin de regering wordt verzocht om samen met relevante organisaties te inventariseren hoe de bewustwording rond seksuele gezondheid onder ouderen kan worden versterkt, hoe zorgprofessionals beter ondersteund kunnen worden bij het bespreekbaar maken van dit onderwerp en hier een stappenplan voor te formuleren, en de Kamer te informeren voor het einde van 2026. Samen met Soa Aids Nederland, Rutgers en het RIVM is geïnventariseerd wat er momenteel gebeurt voor deze doelgroep.

Soa-surveillance
Soa's komen ook bij ouderen voor. In de landelijke cijfers van het RIVM (soa-surveillance) vertegenwoordigen zij echter een kleine groep.[18,19] Bij de centra seksuele gezondheid is sprake van een lichte stijging in het aandeel consulten bij ouderen (50-plussers). Dit wordt vooral verklaard door de lichte stijging van het aandeel consulten onder MSM van 50 jaar en ouder. Minimaal 85% van de consulten onder 50-plussers vindt plaats bij MSM. Verder maken ook oudere vrouwen die als sekswerker werken gebruik van de aanvullende soa-zorg van de GGD'en. Bij 50-plussers ligt de chlamydia-positiviteit duidelijk lager dan bij jongeren. Voor gonorroe is onder oudere cliënten een licht stijgende trend zichtbaar over de tijd, vergelijkbaar met de jongere leeftijdsgroep. In de

[15] 'Sexually transmitted infections in the Netherlands in 2025', RIVM, https://www.rivm.nl/publicaties/sexually-transmitted-infections-in-netherlands-in-2025 (25 juni 2026).
[16] 'This is how we do it! 2025 preliminary results', Mantotman, https://www.mantotman.nl/en/this-is-how-we-do-it-2025-preliminary-results (4 november 2025).
[17] Kamerstukken 2025/26 29389, nr. 180.
[18] https://www.rivm.nl/soa-seksueel-overdraagbare-aandoeningen
[19] Deze cijfers zijn niet representatief voor alle ouderen, omdat bij de Centra voor Seksuele Gezondheid van de GGD'en aanvullende seksuele gezondheidszorg wordt geleverd aan mensen met een verhoogd risico op een soa en een drempel tot de huisarts.

periode 2002-2024 was 20% van de mensen bij wie hiv werd vastgesteld 50 jaar of ouder, in 2024 was dat 27%.[20]

De huidige surveillancecijfers geven het kabinet geen aanleiding om de doelgroep ouderen alleen op basis van hun leeftijd als groep met een verhoogde kans op soa aan te merken. Als ouderen een beroep willen doen op seksuele gezondheidszorg, dan kunnen zij daarvoor primair terecht bij hun huisarts. Ouderen met een verhoogde kans op een soa en een drempel tot de huisarts kunnen voor aanvullende seksuele gezondheidszorg terecht bij de Centra voor Seksuele Gezondheid van de GGD'en. Met de huidige surveillancebronnen kan een eventuele stijging of uitbraak bij ouderen gedetecteerd worden, op basis waarvan actie ondernomen kan worden.

Ondersteuning rondom seksualiteit en intimiteit in de ouderenzorg
Uit de Monitor Seksuele Gezondheid blijkt dat 43% van de 70-plussers in de voorafgaande zes maanden seks met een partner had (tegenover 83% van de 25–39-jarigen).[21] Op seks en ouderen rust echter vaak nog een taboe. Ouderen ervaren schaamte en schuldgevoel rondom hun seksualiteit en behoeften.[22]

Zij kunnen te maken krijgen met lichamelijke, psychische, relationele en sociale veranderingen die hun seksuele gezondheid kunnen beïnvloeden.[23] Publieksinformatie over seksualiteit en ouder worden is beschikbaar.[24]

Zorgprofessionals weten zich niet altijd houding te geven als het gaat over seksuele uitingen of gedragingen van ouderen. Er is een aanzienlijk aanbod beschikbaar om hen te ondersteunen om ruimte te geven aan relaties, intimiteit en seksualiteit, dit bespreekbaar te maken, met toestemming gerichte informatie te verstrekken en indien van toepassing te verwijzen naar gespecialiseerde ondersteuning. Professionals kunnen gebruik maken van e-learnings, trainingen, gesprekshulpen, brochures, video's en materialen voor teamreflectie.[25,26,27] Ook GGD'en besteden aandacht aan intimiteit en seksualiteit op latere leeftijd. GGD Haaglanden organiseert bijvoorbeeld de Week van de Herfstkriebels.[28] Daarnaast zijn voor professionals verschillende richtlijnen beschikbaar. De beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden (V&VN) heeft de richtlijn Veranderende seksuele gezondheid bij mensen met kanker, chronische ziekten,

[20] https://www.hiv-monitoring.nl/nl/resources/monitoring-report-2025
[21] https://rutgers.nl/onderzoeken/monitor-seksuele-gezondheid-2023/
[22] Te raadplegen via https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1465203
[23] Te raadplegen via: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2022.2087811
[24] https://seksualiteit.nl/onderwerpen/seksuele-levensloop/ouder-worden/
[25] https://aanbod.rutgers.nl/product/seksualiteit-in-de-ouderenzorg/
[26] https://btsg.nl/training/training-seksualiteit-en-intimiteit-ouderenzorg/#info
[27] https://seksindepraktijk.nl/
[28] https://www.ggdhaaglanden.nl/professional/professionals/campagnes-en-programmas/intimiteit-en-seksualiteit-op-latere-leeftijd/

lichamelijke beperking en ouderen ontwikkeld.[29] Recent is ook de richtlijn Seksualiteit en intimiteit in de langdurige zorg gepubliceerd welke zorgverleners in de ouderenzorg helpt om het gesprek aan te gaan, behoeften te herkennen en passende ondersteuning te bieden.[30]

Seksuele gezondheid en welzijn zijn nog geen vanzelfsprekendheid en structureel onderdeel van alle relevante opleidingen voor professionals. Het kabinet gaat echter niet over richtlijnen en de inhoud van opleidingen. Dit is voorbehouden aan opleidingsinstituten en beroepsgroepen. Hoewel kennis, richtlijnen en ondersteunend materiaal beschikbaar zijn voor zorgprofessionals, is er beperkte informatie beschikbaar over implementatie en bereik en leidt het nog niet vanzelfsprekend tot structurele aandacht voor seksuele gezondheid en welzijn van ouderen in de praktijk. Kennisinstituten als Rutgers kunnen hierbij ondersteunen. Het kabinet kiest er op dit moment niet voor om binnen de beperkt beschikbare middelen extra in te zetten op de doelgroep ouderen als dit ten koste gaat van inzet voor groepen met een verhoogde kans op soa, zoals jongeren en mensen met (kans op) seksuele gezondheidsachterstanden.

Het kabinet onderschrijft dat seksualiteit en seksuele gezondheid gedurende de hele levensloop van betekenis zijn voor gezondheid, welzijn en kwaliteit van leven. In dat kader worden de mogelijkheden onderzocht om de levensloopbenadering ten aanzien van seksuele gezondheid mee te nemen in de ontwikkeling van een ketenaanpak seksuele gezondheid (ook benoemd binnen ontwikkelagenda 2 van AZWA D5), en hoe de seksuele gezondheid van ouderen kan worden gepositioneerd binnen het leefgebied vitaal ouder worden. Wel met dien verstande dat hiervoor op dit moment hiervoor geen aanvullende middelen beschikbaar zijn.

Het kabinet beschouwt hiermee de motie Vliegenthart als afgedaan.

Aanpak onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap[31]

Met de aanpak onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap investeert het kabinet in het verbeteren van de regie op kinderwens en in goede informatie en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschap.
Iedereen die graag kinderen wil, moet zich goed kunnen voorbereiden op een gezonde zwangerschap. Voor wie (nog) geen kinderen wil moet toegankelijke informatie beschikbaar zijn over hoe een zwangerschap kan worden voorkomen. Afgestemd op de persoonlijke behoeftes en ervaringen. Het is heel voorstelbaar dat mensen twijfels en vragen hebben op het moment dat een zwangerschap hen overvalt. Daarom zorgt het kabinet voor goede informatie en ondersteuning op dit terrein, zowel voor mensen die zwanger raken als mensen die zwanger maken.

[29] https://kennisplatform.venvn.nl/onderwerp/veranderende-seksuele-gezondheid/

[30] https://skilz.nu/2026/06/30/nieuwe-richtlijn-gepubliceerd-seksualiteit-en-intimiteit-in-de-langdurige-zorg/

[31] De gehele aanpak met alle activiteiten is te raadplegen via: https://open.overheid.nl/documenten/51919618-e43e-40b1-b8c8-b9705a4c1733/file

Project mis- en desinformatie
Rutgers en Fiom voeren in opdracht van het ministerie van VWS sinds het najaar van 2025 een project uit waarin wordt onderzocht hoe de negatieve gevolgen van mis- en desinformatie over anticonceptie, onbedoelde zwangerschap en abortus kunnen worden beperkt.
Op basis van vooronderzoek is gekozen voor een combinatie van prebunking en debunking.[32] En zijn er drie doelgroepen geselecteerd:

1. 'Starters' met anticonceptie (meiden en jongens van 18 tot en met 21 jaar);
2. 'Overstappers' van anticonceptie (vrouwen en mannen van 21 tot en met 29 jaar) en;
3. Mensen die te maken hebben gehad met onbedoelde zwangerschap en/of abortus (vrouwen en mannen van 25 tot en met 40 jaar).

Voor deze drie doelgroepen zijn video's gemaakt waarin influencers en medisch experts uitleg geven over het onderwerp en betrouwbare informatie delen. Deze video's zijn eind september gepubliceerd op de sociale mediakanalen van Rutgers en Fiom.[33] Ze maken deel uit van de prebunkingaanpak: door mensen vooraf van betrouwbare informatie te voorzien, worden zij beter voorbereid op mogelijke misinformatie. In de video's worden kijkers doorverwezen naar relevante
platforms voor betrouwbare informatie en praktische tools. Daarnaast zijn op sociale media en fora feitelijke correcties geplaatst als er onjuiste informatie werd gedeeld, dit is onderdeel van de debunkingaanpak.

Door de interacties te monitoren, worden inzichten verzameld in actuele misinformatie en effectieve responsstrategieën. De komende periode worden de interventies geëvalueerd en de resultaten gerapporteerd. Rutgers en Fiom inventariseren momenteel hoe zij de resultaten van het project kunnen delen met andere geïnteresseerde stakeholders. De definitieve resultaten van het project zijn begin december gereed. De resultaten verschijnen via de websites van Rutgers en Fiom. Daarnaast vindt kennisuitwisseling plaats tijdens relevante bijeenkomsten over dit thema.

Waarborgen voor zwangeren die als arbeidsmigrant in Nederland werken
De leefomstandigheden van arbeidsmigranten die onbedoeld of ongewenst zwanger raken kunnen complex zijn. Arbeidsmigranten wonen en werken (tijdelijk) in een nieuw land en hebben vaak beperkte toegang tot zorg. Ze zijn veelal afhankelijk van tijdelijke banen en onderdak via uitzendbureaus, waardoor ze makkelijk hun baan kunnen verliezen en dakloos kunnen raken. Indien er sprake is van (vergevorderde) zwangerschap, kan dit hen extra kwetsbaar maken door mogelijk verlies van baan en onderdak. De meeste arbeidsmigranten hebben geen netwerk dat hen in dergelijke situaties kan opvangen.
Al deze omstandigheden kunnen de reproductieve autonomie van zwangere arbeidsmigranten beperken: het kan in dergelijke situaties immers heel moeilijk zijn om een vrije en weloverwogen keuze te maken over het wel of niet krijgen van kinderen,

[32] Prebunking houdt in dat mensen vooraf worden gewezen op mogelijke mis- en desinformatie en handvatten krijgen om deze beter te herkennen en beoordelen. Debunking is het achteraf corrigeren van onjuiste of misleidende informatie door feitelijke en betrouwbare informatie te bieden.
[33] Meer informatie is te raadplegen via: https://fiom.nl/ongewenst-zwanger/fiom-rutgers-lanceren-campagne-tegen-misinformatie?utm_medium=email

helemaal als er al sprake is van een zwangerschap.
Verschillende veldpartijen en ook de Kamer vroegen aandacht voor de situatie van zwangere arbeidsmigranten. En op 27 mei 2026 diende het lid Straatman (CDA) een motie[34] in waarin de regering wordt verzocht om 'in samenspraak met relevante maatschappelijke partijen, zoals Fiom en het landelijke Informatiepunt Onbedoelde Zwangerschap, te inventariseren welke extra waarborgen nodig zijn om te voorkomen dat onbedoeld zwangere arbeidsmigranten ongewenst afstand doen van hun kind'. De motie is op 2 juni 2026 aangenomen.
Het onderwerp is onder de aandacht van het kabinet maar vergt nadere interdepartementale afstemming tussen de ministeries van VWS, JenV en SZW en afstemming met het veld. In het eerste kwartaal van 2027 stuurt de staatssecretaris van Justitie en Veiligheid een brief over de voortgang van de herstelmaatregelen voor getroffenen van gedwongen afstand en adoptie in het verleden. In deze brief komt het kabinet inhoudelijk op de motie terug.

Verdiepende analyse over de omstandigheden die leiden tot een besluit om een zwangerschap al dan niet af te breken
Uit de recent verschenen Aanvullende vragen onbedoelde zwangerschap (AVOZ) studie 'Dit is mijn verhaal'[35] blijkt dat het besluit over een onbedoelde zwangerschap wordt beïnvloed door een samenspel van meerdere motieven, emoties, waarden en intuïties. Dit is zeer persoonsafhankelijk en in iedere situatie anders. In dit AVOZ-onderzoek werden voornamelijk vrouwen geïncludeerd die de keuze over hun zwangerschap in het 1e trimester van de zwangerschap maakten.
Er is minder bekend over de ervaringen, verhalen en omstandigheden van vrouwen die later in de zwangerschap (12+ weken) voor een besluit staan. Het kabinet zal hierop, conform de motie Bikker[36], een aanvullende analyse laten uitvoeren. Deze analyse heeft als doel om op basis van de verzamelde verhalen en ervaringen van vrouwen (en hun naasten), indien dit nodig blijkt, de informatie en ondersteuning aan hen te verbeteren. De precieze invulling en planning van deze aanvullende analyse wordt de komende weken nader uitgewerkt en besproken met Zonmw, het onderzoeksteam van AVOZ, kennisinstituten (Rutgers en Fiom) en verschillende beroepsgroepen (gynaecologen, abortusartsen, verloskundigen).

Structurele aandacht voor vergroten bekendheid en bereik keuzehulp
Voor mensen die behoefte hebben aan begeleiding bij het maken van een keuze over een onbedoelde zwangerschap is er het landelijk dekkend netwerk keuzehulp. Jaarlijks melden ongeveer 1700 mensen zich aan voor een keuzehulptraject. Ook is er de online zelfhulpmodule 'Zwanger wat nu?' van Fiom, hiervan maken jaarlijks ongeveer 2000 mensen gebruikt.
Uit onderzoek[37] blijkt dat er grote tevredenheid is over dit aanbod onder cliënten maar

[34] Kamerstukken II 2025/26, 33836, nr. 137.

[35] Te raadplegen via: https://www.zonmw.nl/sites/zonmw/files/2025-12/Deelrapport-AVOZ-studie-Dit-is-mijn-verhaal.pdf

[36] Kamerstukken II 2026/27, 37 020, nr. 67; verzoekt de regering nader onderzoek te doen naar de omstandigheden van vrouwen om in een tweede trimester de zwangerschap af te breken om beleid te kunnen ontwikkelen om vrouwen te ondersteunen tijdens en na hun zwangerschap; verzoekt de regering de zorg en ondersteuning voor deze vrouwen te verbeteren, onder meer door tijdig passende materiële, psychosociale en praktische ondersteuning beschikbaar te stellen aan zwangere vrouwen, en de Kamer hierover te informeren.

[37] Aanvullende Vragen Onbedoelde Zwangerschap (AVOZ): Kamerstukken II 2024/25, 32279 nr. 264 en Kamerstukken II 2023/24, 32279 nr. 252.

dat de bekendheid ervan in het veld en onder de doelgroep beter kan, zodat eenieder die baat kan hebben bij keuzehulp er ook van kan profiteren. In het debat over de VWS begroting op 15 oktober jl. is het belang van de keuzehulp benadrukt en is de Kamer extra investering in het vergroten van de bekendheid ervan toegezegd. Incidenteel investeerde het kabinet al eerder in het vergroten van de bekendheid van zowel het landelijk informatiepunt onbedoelde zwangerschap, de keuzehulp en de psychosociale hulp na abortus. In 2027 maakt het kabinet deze inzet structureel onderdeel van de opdracht aan het landelijke informatiepunt. Zo kan, in samenwerking met de aanbieders van keuzehulp, doorlopend aandacht worden besteed aan en het vergroten van het bereik en de bekendheid. Daarbij is het leggen en houden van goede contacten en samenwerking met relevante samenwerkingspartners zoals huisartsen, ziekenhuizen, gynaecologen, verloskundigen, de jeugdgezondheidszorg en het sociale domein een speerpunt.

Uitbreiding tijd voor keuzehulpverleners om toe te leiden naar vervolghulp
Aanbieders van keuzehulp mogen op dit moment maximaal 15 uur per keuzehulptraject besteden. Voor het overgrote deel van de gebruikers van keuzehulp is dit meer dan genoeg. Van de beschikbare uren mogen keuzehulpverleners een beperkt deel inzetten voor een zogenaamd ‘nagesprek’. Hierin kan een verwijzing naar vervolghulp ter sprake komen: ondersteuning bij aanstaand ouderschap, psychosociale hulp na abortus of begeleiding bij een voornemen tot afstand ter adoptie. Aanbieders geven aan dat het nagesprek voor een klein deel van de cliënten te weinig tijd biedt voor een goede overdracht en overbrugging. Dit speelt vooral voor vrouwen of stellen die kiezen voor het uitdragen van de zwangerschap en voor wie er nog veel andere zorgen spelen (bijvoorbeeld op het gebied van inkomen, schulden, huisvesting, relatieproblemen en/of GGZ-vragen). Vervolghulp op die leefgebieden is niet zomaar beschikbaar en met de keuzehulpverlener is inmiddels vaak wel sprake van een vertrouwensband. Het kabinet zal, zoals de Kamer op 15 oktober jl. in het debat over de begrotingsbehandeling is toegezegd, mogelijk maken dat keuzehulpverleners in deze specifieke situaties overbruggingshulp kunnen bieden totdat de zwangere goed is aangekomen bij de volgende aangewezen hulpverlener. Daartoe zal met Fiom, de organisatie die zorgt voor training en registratie van keuzehulpverleners, worden besproken welke aanvullende scholing en instructie hiervoor nodig is.

Bereikbaarheid landelijk informatiepunt onbedoelde zwangerschap
Het Landelijk Informatiepunt Onbedoelde Zwangerschap (hierna informatiepunt) wordt beheerd door Fiom en biedt momenteel 24/7 bereikbaarheid via chat- en telefoonlijnen. Voorlichters van het informatiepunt geven informatie over onbedoelde zwangerschap, de keuzeopties bij een onbedoelde zwangerschap en verwijzen door naar keuzehulpverleners of naar psychosociale hulp na abortus. Tijdens kantooruren wordt dit gesprek gevoerd door Fiom voorlichters, buiten kantooruren via voorlichters bij een externe bereikbaarheidsdienst. Het informatiepunt wordt steeds beter gevonden door de doelgroep, wat leidt tot een stijgende vraag naar informatie en ondersteuning.
De huidige 24/7 bereikbaarheid van het informatiepunt blijkt moeilijk uitvoerbaar en onvoldoende toekomstbestendig. Externe bereikbaarheidsdiensten die het informatiepunt buiten kantoortijden bemensen ervaren structurele problemen bij het waarborgen van deskundigheid, personele bezetting en kwaliteit van voorlichting en doorverwijzing. Tegelijkertijd blijft bereikbaarheid buiten kantooruren belangrijk voor de doelgroep. Fiom verkende verschillende oplossingen waarbij werd gekeken naar bereikbaarheid, kwaliteit, uitvoerbaarheid en kosten. In overleg met het ministerie van VWS is gekozen voor een pilot met een nieuwe werkwijze waarbij Fiom de telefoon en

chatdienst volledig in eigen beheer gaat aanbieden. De kwaliteit van de verstrekte informatie en de eventuele doorverwijzing vanuit het informatiepunt worden hiermee beter geborgd. Gelet op het beheersbaar houden van de kosten wordt de bereikbaarheid beperkt naar kantoortijden, iedere avond en iedere zaterdag, zondag en feestdag een dagdeel. De 24/7 bereikbaarheid verdwijnt daarmee maar op basis van een analyse van de dagen en tijden waarop mensen contact opnemen met het infopunt betekenen de aangepaste tijden alsnog directe bereikbaarheid voor het grootste deel van de doelgroep. Mensen die niet meteen iemand aan de lijn of op de chat krijgen kunnen een bericht achterlaten zodat zij op een door hen zelf gekozen later moment contact kunnen hebben met een medewerker. De pilot start begin 2027 en loopt tot en met 1-12-2027 waarna de nieuwe werkwijze geëvalueerd en desgewenst aangepast wordt.

Monitoring onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap
De Monitor Onbedoelde Zwangerschap, die voorheen door RIVM werd opgesteld, is per 2026 ondergebracht bij Fiom. Fiom ontwikkelde een toegankelijk online dashboard met kerncijfers over onbedoelde zwangerschap, ondersteuning en keuzes daarna in Nederland. Hiermee blijven betrouwbare gegevens beschikbaar voor beleid, professionals en het brede publiek. Het dashboard wordt medio november op de website van Fiom[38] gepubliceerd en de cijfers worden regelmatig bijgewerkt voor een actueel beeld.

Met deze brief is de Kamer geïnformeerd over de voortgang op het terrein van seksuele gezondheid en de Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap. Het kabinet vindt het belangrijk dat er op heel korte termijn zal worden gestart met verschillende activiteiten om condoomgebruik te stimuleren. Deze meerjarige investering is al langer een wens vanuit het veld en de Tweede Kamer. Een andere positieve en belangrijke ontwikkeling zijn de extra middelen voor de aanvullende soa-zorg en PrEP-zorg die dankzij het AZWA beschikbaar zijn gekomen. In deze brief is uiteengezet hoe de middelen besteed gaan worden: aan outreach-activiteiten, extra PrEP-zorg en het project ‘CSG van de Toekomst’.
Helaas blijkt dat het aantal nieuwe hiv-diagnoses stijgt. Dat is slecht nieuws en het kabinet zet zich dan ook, samen met het veld, volop in om het tij te keren.
Er zijn belangrijke stappen gezet om de negatieve gevolgen van onjuiste informatie over anticonceptie, abortus en onbedoelde zwangerschap tegen te gaan. De toegankelijkheid en het bereik van informatie en keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap wordt nog verder verbeterd en keuzehulpverleners krijgen meer tijd om vrouwen en stellen te ondersteunen, ook nadat zij hun keuze hebben gemaakt.

De Kamer ontvangt in het vierde kwartaal van volgend jaar opnieuw een voortgangsbrief.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

[38] *Te raadplegen via: http:// fiom.nl/monitor-onbedoelde-zwangerschap (vanaf 23 november 2026)*

Onze referentie
4548409-1105652-PG

Sophie Hermans