



3. MSM-advisering

Vastgesteld LOI-SG: 13 januari 2026

Inhoud deeldraaiboek 3

3.1 Inleiding: MSM-definitie, kader, epidemiologie	25
3.2 Thema's en onderwerpen seksuele gezondheid voor MSM	27
3.2.1 Bescherming tegen soa algemeen	27
3.2.2 Chemseks	27
3.2.3 Vaccinatie	28
3.2.4 Testen periodiek, bij klachten en bij waarschuwing	29
3.2.5 Risicoreductie voor hiv	29
3.2.6 Mentale gezondheid	30
3.2.7 Partnermanagement	30
3.2.8 Behandeling soa	30
3.3 Ontwikkelingen en nieuwe inzichten	31
3.3.1 DoxyPEP	31
3.3.2 Resistentie van soa	32
3.3.3 Hiv-PrEP ontwikkelingen	32

3.1 Inleiding: MSM-definitie, kader, epidemiologie

In dit deeldraaiboek hanteren we de afkorting MSM. De afkorting MSM staat voor: 'mannen die seks hebben met mannen'. De doelgroep is echter breder: er zijn namelijk ook genderdiverse mensen die seks hebben binnen MSM-netwerken. Overal waar MSM staat, moet dit dus worden opgevat als de bredere doelgroep. Met genderdiverse mensen bedoelen we onder andere non-binaire en trans personen.

MSM is een zeer diverse groep, niet alleen qua genderidentiteit, maar ook wat betreft seksuele oriëntatie. Seksuele oriëntatie gaat over wat je voelt (verliefdheid, seksueel verlangen), wat je er mee doet (seks hebben of niet, relaties aangaan) en hoe je jezelf noemt (bijvoorbeeld bi, pan, homo, hetero, queer, asexueel). En dat hoeft niet gelijk op te gaan. Je kunt op mannen vallen maar je geen homoseksueel noemen, of seks hebben met iemand van je eigen gender maar je geen bi, pan of gay noemen.

In Nederland voelt 4-6% van de volwassenen zich aangetrokken tot iemand van hetzelfde geslacht (Movisie 2022). Ongeveer 3% van de mannen noemt zich homoseksueel (tussen 2,6% en 3,2%) en 1,7% biseksueel (De Graaf 2017). Centra voor Seksuele Gezondheid (CSG's) zijn voor MSM een belangrijke zorgverlener door de mogelijkheid van anonieme en kosteloze seksuele zorg. In 2024 had 51% van de consulten bij CSG's betrekking op MSM en genderdiverse personen (El-Jobouri 2025).

De zorg voor seksuele gezondheid van MSM bij het CSG is om een aantal redenen belangrijk. Ten eerste hebben MSM een verhoogde kans om een soa op te lopen. Specifieke soa's zoals hiv, hepatitis B, lymphogranuloma

venereum, hepatitis C en syfilis komen substantieel vaker voor in deze groep. Ook een anale soa komt bij MSM vaker voor. Daarnaast zijn er uitbraken van soa's en infecties onder MSM (shigellose, hepatitis A, mpox) (El-Jobouri 2025). Ten tweede hebben MSM, ondanks emancipatie en gelijke rechten voor seksuele minderheden in Nederland, door hun seksuele oriëntatie en minderheidsstatus te maken met vooroordelen, stigma's en negatieve reacties in de maatschappij, ook in de zorg. Dit kan minderheidsstress opleveren met als mogelijk gevolg uitstel of vermijden van zorg, bijvoorbeeld bij de eigen huisarts.

Het begrip minderheidsstress verwijst naar stress die voortvloeit uit het gevoel of de verwachting van stigmatisatie, uitsluiting of afwijzing wanneer er openheid of eerlijkheid is over de seksuele oriëntatie (Van Husen 2012). Minderheidsstress beïnvloedt zowel de gezondheid als het seksuele welzijn en het zorgzoekgedrag. Dankzij hun grotere mate van anonimiteit vergeleken met huisartsenzorg bieden CSG's MSM essentiële aanvullende seksuele gezondheidszorg, waardoor uitstel of vermindering van zorg wordt voorkomen.

Aandacht voor minderheidsstress binnen het MSM-consult kan helpen om andere gezondheidsproblemen (vroegtijdig) te signaleren. Mentale problemen komen bovengemiddeld voor onder MSM (Hafeez 2017, Vermey 2014). Ook kan druk vanuit de community zelf tot stress leiden. Dit wordt *intraminority gay community stress* genoemd (Pachankis 2020). Competitie, statusbewustzijn en een sterke nadruk op lichaamscultuur en seksueel presteren kunnen leiden tot een 'seksuele wapenwedloop' tussen MSM. Bij sommigen vertaalt dit zich in een verminderde geestelijke en seksuele gezondheid.

Seksuele gezondheid hangt samen met iemands fysieke, mentale, emotionele, en sociale gezondheid/welzijn. Seksuele gezondheid wordt mede bepaald door iemands vermogen om seksueel eigen regie te voeren, zich seksueel te kunnen ontwikkelen en er plezier en tevredenheid aan te beleven. Zorg door CSG's voor MSM is gericht op het bevorderen van seksuele gezondheid en is niet alleen gericht op soa en hiv. Dit vraagt om een respectvolle, professionele houding ten aanzien van iemands seksuele oriëntatie, en een sekspositieve benadering van diens keuzes in het seksleven.

Onder MSM is er een grote diversiteit in leefstijlen en seksuele voorkeuren. Bijvoorbeeld in de manier waarop MSM seks hebben: een-op-een-dates, groepsseks, seksfeesten. Of indien in een relatie: monogamie, open relatie. Ontmoetingen kunnen spontaan en anoniem plaatsvinden (sekslocaties en openbare cruiseplekken) of via datingapps. Apps zijn inmiddels een veelgebruikte manier van elkaar ontmoeten, waarbij de mogelijkheid bestaat vooraf wensen en grenzen te communiceren. Er zijn specifieke netwerken, vaak op basis van voorkeuren: vanilla, kinky, een fetisj hebben, bepaalde sekstechnieken, BDSM, wel of niet chemseks, de hoeveelheid en welke chems iemand wenst te gebruiken, en wel of niet injecteren van chems.

In datingapps kunnen MSM vaak aangeven voor welke beschermingsstrategie tegen hiv zij kiezen, met categorieën als 'condoms', 'PrEP' en 'TASP' (*treatment as prevention*, oftewel door behandeling is hiv niet meer overdraagbaar). Daarnaast verschaffen sommigen in hun datingprofiel informatie over het wel of niet gevaccineerd zijn tegen mpox, hepatitis A/B, HPV, COVID-19 of meningitis B en het gebruik van doxyPEP.

In een gesprek over positieve seksuele gezondheid met MSM kan het belangrijk zijn om je te laten informeren over lifestylekeuzes en seksuele voorkeuren en te vragen naar iemands tevredenheid met diens seksleven.

3.2 Thema's en onderwerpen seksuele gezondheid voor MSM

3.2.1 Bescherming tegen soa algemeen

Het gebruik van het condoom helpt om de kans op een soa te verkleinen. Het condoom beschermt zeer goed tegen mucosale soa (chlamydia, gonorroe, hiv) en gedeeltelijk tegen cutane soa (genitale wratten, syfilis, herpes genitalis). Het condoomgebruik is de afgelopen jaren, mede door het gebruik van PrEP, afgenomen onder MSM. Met vaste partners of vaste seksmaatjes ('fuckbuddy's') gebruikt meer dan twee derde geen condoom. Met losse partners gebruikt iets meer dan de helft geen condoom (Adam 2025). Het bespreken ervan en het ervaren genotsverlies zijn belangrijke beperkende factoren. Erectieverlies bij condoomgebruik bij anale seks is een voorbeeld hiervan, vooral op latere leeftijd (Koeter 2022). Een goed gebruik van het condoom (juiste maat, juiste product bij anale seks, juiste glijmiddel, juiste techniek voor omdoen) verhoogt de tevredenheid en beschermingsgraad bij personen die problemen ervaren bij condoomgebruik.

Belangrijke risicofactoren voor een soa zijn het aantal sekspartners en de sekstechnieken. Beperking van het aantal sekspartners verlaagt daarom het risico op soa. Er zijn sekstechnieken bij MSM met een laag of lager hiv-risico zoals pijpen, rimmen en insertieve anale seks (actief, 'top'). Een sekstechniek met een hoger hiv-risico is onbeschermd receptieve anale seks (passief, 'bottom').

Soa's verspreiden zich via slijmvlies-slijmvliescontact, sperma, spuug, bloeddeeltjes, ontlasting en intiem huid-huidcontact. Overdracht kan ook plaatsvinden via urethrale en anale seksspeeltjes (dildo's, buttplug). Hygiëne kan overdracht via handen en seksspeeltjes voorkomen. Om hepatitis C te voorkomen is het belangrijk om seksspeeltjes te reinigen en te desinfecteren. Reinigen kan met behulp van afwasmiddel; desinfecteren door de speeltjes 5 minuten in een oplossing van 1 deel huishoudchloor en 9 delen water te leggen. Daarna goed afspoelen voor hergebruik.

3.2.2 Chemseks

De term chemseks verwijst naar het gebruik van drugs ('chems') om de seksbeleving te intensiveren of te verlengen. Het gaat daarbij om specifieke middelen. Poppers, alcohol en marihuana, lachgas en smartshopproducten en erectiemiddelen worden door MSM niet als chems gezien en vallen derhalve niet onder de definitie van chemseks.

Het hebben van chemseks vormt een risicofactor voor het oplopen van een soa, doordat er vaker sprake is van meerdere sekspartners en condoomloze seks. Chemseks komt veel voor in Nederland; onderzoeken laten bij MSM zien dat een kwart tot een derde van de ondervraagden aangeeft drugs te gebruiken bij de seks (Adam 2025, Den Daas 2018, Evers 2020, Zantkuijl 2023). Ongeveer 80% gebruikt in een chemsekssessie meerdere drugs ('combigebruik'). Het anaal inbrengen van drugs ('booty bumpen') wordt door ruim een kwart gerapporteerd (Adam 2025). Frequentie toepassing van deze gebruikstechniek kan schade aan het darmslijmvlies veroorzaken, met mogelijk een grotere kans op soa-overdracht tot gevolg. Ongeveer 8%

injecteert ('slamt') chems (Adam 2025), wat de kans op bloedoverdraagbare infecties en het ontstaan van abscessen vergroot.

De meeste MSM die chemseks hebben, rapporteren controlebehoud. Ze weten hun drugsgebruik te reguleren en weten wat ze moeten doen om het gebruik van chems plezierig te houden. Sommigen ervaren echter, in meer of mindere mate, nadelige gevolgen van het hebben van chemseks (controleverlies, afhankelijkheid, disfunctioneren, seksuele problemen en sociaal isolement). Navraag naar het gebruik van drugs zou een vast onderdeel van de seksuele risico-anamnese moeten zijn, met risicovermindering (*harm reduction*) als inzet. Interventies in het kader van *harm reduction* zijn een gesprek over wat je gebruikt, grenzen en wensen bespreken, emotionele toestand en leefstijl bij drugsgebruik (gewicht, voeding).

Schaamte over drugsgebruik of over bepaalde gebruikstechnieken zoals slammen zullen maken dat de cliënt er minder snel zelf mee komt. Ook heerst bij veel MSM het idee dat zorgprofessionals zullen aansturen op stoppen met drugsgebruik, terwijl dat uitdrukkelijk niet hun wens is. Uit Nederlands onderzoek blijkt echter dat bijna een kwart van de MSM die CSG's bezoeken een hulp- of informatiebehoefte heeft ten aanzien van chemseks, ongeacht of ze controlebehoud of controleverlies ervaren. Eventueel dient er doorverwezen te worden naar gespecialiseerde zorg. Een overzicht van chemsekszorg is te vinden op [Chemsex.nl](https://chemsex.nl) of [Mainline.nl](https://mainline.nl).

3.2.3 Vaccinatie

Vaccinatie is over het algemeen de beste bescherming tegen een infectieziekten. Vaccinatie tegen hepatitis B, hepatitis A, mpox en HPV is beschikbaar.

Bespreek met MSM vaccinatie tegen hepatitis B en adviseer vaccinatie bij ongevaccineerden die nog geen hepatitis B-infectie hebben doorgemaakt. De kans op een voldoende antistofrespons (anti-HBs ≥ 10 IE/l) na een volledige vaccinatieserie is hoog bij volwassenen (>90%). Risicofactoren voor non-respons zijn leeftijd (>40 jaar), roken, overgewicht, mannelijk geslacht en immunodeficiëntie. Bij MSM met hiv is de vaccinatie minder vaak succesvol.

Vanaf 2 juni 2025 krijgen MSM en MSM-sekswerkers binnen het HBV-programma voor risicogroepen een combinatievaccin tegen hepatitis A en B aangeboden. Dit met als doel om mogelijke hepatitis A-uitbraken onder MSM te voorkomen. Voor meer informatie over hepatitis (A/)B-vaccinatie, zie [LCI-draaiboek hepatitis B-vaccinatieprogramma risicogroepen](#).

Vaccinatie tegen het humaan papillomavirus (HPV) is opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma. In 2023 was er een inhaalcampagne om jongeren tot 26 jaar de mogelijkheid te geven HPV-vaccinatie te ontvangen. HPV-vaccinatie is vooral nuttig voor personen jonger dan 26 jaar. Het zal een individuele afweging zijn voor MSM 26+ om te kiezen voor HPV-vaccinatie. In Nederland zijn er twee vaccins geregistreerd. Cervarix beschermt alleen tegen de high-risk oncogene typen 16 en 18. Gardasil (4-valent: 6,11,16 en 18) en Gardasil 9 (9-valent) beschermen tegen meerdere oncogene typen en ook tegen genitale wratten. HPV is een causale factor bij mannen voor anogenitale maligniteiten. Risicofactoren voor anusanker door HPV zijn anale seks, hiv-positiviteit en het gebruik van immunosuppressiva. De mate van bescherming van HPV-vaccinatie op latere leeftijd is nog niet geheel duidelijk. Voor meer informatie over HPV-vaccinatie, zie [LCI factsheet HPV-vaccinatie](#).

De vaccinatie tegen mpox is beschikbaar bij de CSG voor MSM met een verhoogde kans op mpox. Tot de doelgroep voor mpoxvaccinatie behoren MSM die hiv-PrEP gebruiken of ervoor op de wachtlijst staan, meer dan tien seksuele partners in de afgelopen 6 maanden hadden, sekslocaties en/of seksfeesten bezoeken en aan groepsseks doen.

Er wordt veel onderzoek verricht naar verschillende vaccins voor hiv. De resultaten zijn tot nu toe minimaal; het zal nog jaren duren voor een effectief vaccin beschikbaar komt.

Voor gonorroe is het meningokokken B-vaccin ten dele effectief in het voorkomen van gonorroe (30-40%; zie [LCI-richtlijn Gonorroe, paragraaf Immunisatie](#)). In Nederland is Bexsero hiervoor off-label beschikbaar. Er is geen richtlijn over de inzet hiervan in Nederland en vaccinatie tegen Meningokokken B vindt niet plaats binnen het Rijksvaccinatieprogramma.

3.2.4 Testen periodiek, bij klachten en bij waarschuwing

MSM worden geadviseerd om zich regelmatig op soa te laten testen. Voor de testfrequentie, zie paragraaf 6.12 van deeldraaiboek 6. Voor de testindicaties per soa, zie de paragrafen 6.4 t/m 6.10 van deeldraaiboek 6.

3.2.5 Risicoreductie voor hiv

Het verkleinen van de kans op een hiv-infectie kan op verschillende manieren.

- Gebruik een condoom, deel geen glijmiddel en seksspeeltjes, maak seksspeeltjes schoon voor gebruik en desinfecteer ze (zie ook paragraaf 3.2.1).
- Pre-expositieprofylaxe (PrEP) is de beste manier om een hiv-infectie te voorkomen. Orale PrEP (in pilvorm) wordt dagelijks ingenomen of rondom een sekscontact. PrEP is zeer effectief in het voorkomen van hiv-overdracht mits op de juiste wijze gebruikt (>97%). PrEP is veilig en wordt goed verdragen. Er is een [multidisciplinaire richtlijn PrEP](#) voor voorschrijvers. PrEP wordt tot op heden niet vergoed door zorgverzekeraars. Er zijn grote prijsverschillen bij apotheken. Er is een goede sociale kaart voor PrEP inclusief het vergelijken van prijzen beschikbaar via [Prepnu.nl](#). De website is bruikbaar voor zowel de zorgprofessional als voor de cliënt zelf.
- Het voorschrijven van postexpositieprofylaxe (PEP) in het geval van een seksaccident. PEP is een vierweekse kuur met hiv-remmers als er een grote kans is op een hiv-infectie. PEP dient bij voorkeur binnen 2 uur en uiterlijk binnen 72 uur gestart te worden en loopt via GGD of hiv-behandelcentrum. PEP wordt vergoed door zorgverzekeraars. Meer informatie over indicaties, risicoverhogende factoren en andere maatregelen bij een seksaccident zijn te vinden in de [Richtlijn Seksaccidenten](#).
- Pas **N=N** toe. N=N staat voor 'niet meetbaar = niet overdraagbaar'. Als iemand hiv heeft en medicijnen trouw slikt, dan wordt hiv onderdrukt. Hiv is nog wel aanwezig, maar is niet meer meetbaar met een test. Hiv kan dan niet meer worden overgedragen. Ook niet bij seks zonder condoom. Een RNA-bloedtest geeft duidelijkheid of hiv onmeetbaar is. Therapietrouw en regelmatige controles spelen een bepalende rol in het voorkomen van hiv op deze wijze.
- Laat je regelmatig testen op soa's. Andere soa's kunnen de kans op hiv of andere bloedovertaagbare soa's vergroten door slijmvliesbeschadigingen.

- Gebruik schone naalden en spuiten bij het injecteren ('slammen') van drugs en deel geen naalden. Deel geen spuiten om drugs anaal in te brengen ('booty bumpen').

Hiv-serosorteren (alleen condoomloze anale seks als de ander hiv-negatief is), *withdrawal* (voor het zingen de kerk uit, *pull and pray*) en *strategic positioning* (de positie van 'top' kiezen in plaats van 'bottom') kunnen de kans op hiv-overdracht verminderen, maar zijn niet waterdicht. Dat geldt ook voor *PrEP-surfing* (erop vertrouwen dat de ander geen hiv heeft omdat hij PrEP gebruikt). Zelf PrEP slikken is beter dan vertrouwen op het PrEP-gebruik van de ander.

3.2.6 Mentale gezondheid

In veel opzichten zijn MSM net zo (on)gezond als heteroseksuelen. Toch zijn er ook specifieke gezondheidsproblemen bij MSM die verder gaan dan het verhoogd risico op soa. Het advies is om bij MSM explorerende vragen te stellen naar psychische en psychiatrische problematiek, seksuele problemen, negatief seksueel zelfbeeld, minderheidsstress, community stress, partnergeweld en/of chemseks. Met name bij chemseks en een negatief zelfbeeld is expliciet een vraag stellen over seksueel geweld of ongewenst seksueel gedrag belangrijk. Bij MSM is er vaker dan bij heteroseksuelen sprake van angst- en depressieve stoornissen, suïcidaliteit, eetproblemen en overmatig middelengebruik; bij MSM-jongeren is de kans groter dat ze meer alcohol drinken, meer roken en meer drugs gebruiken (Hafeez 2017). Minderheidsstress kan hiervoor een belangrijke verklaring zijn. Minderheidsstress ontstaat door het internaliseren van een negatief (seksueel) zelfbeeld, het verhullen van de seksuele oriëntatie, vermijdingsgedrag, een sterke nadruk binnen de gemeenschap op het perfecte lichaam, en aanpassing door discriminatie, afwijzing, (dreiging van) geweld, pesten, stigmatisering en een gebrek aan acceptatie en steun.

3.2.7 Partnermanagement

Bij een soa is het belangrijk sekspartners te informeren. Partnermanagement is afhankelijk van welke soa er gevonden wordt. Er zijn zes manieren van partnermanagement: *patient referral*, *provider referral*, *contract referral*, *dual referral*, *network notification* en *location notification*. Zie verder het [LCI-draaiboek Partnermanagement](#). Bij MSM kan er sprake zijn van seks op feesten, sauna's en dating apps waarbij contact leggen met sekspartners niet of minder goed mogelijk is.

Eerder onderzoek liet zien dat er voor MSM als groep nog verbetering mogelijk is wat betreft het informeren van partners na een soa-diagnose (Van Aar 2012). Een goed gesprek over partners informeren geeft vaak openingen om ook eerder 'anonieme' partners te informeren. Locatie- of netwerkwaarschuwingen kunnen soms geïndiceerd zijn bij ernstige soa en bij bezoek aan bijvoorbeeld seksfeesten of sekslocaties. Stimuleer bij elk consult dat de cliënt voortaan zoveel mogelijk in zijn agenda zijn sekscontacten bijhoudt (profielnamen, telefoonnummers, of de contactgegevens van een 'host' van een seksfeest).

3.2.8 Behandeling soa

Bij een positieve testuitslag (een of meerdere gevonden soa's) wordt er behandeld volgens de meest recente richtlijn. Een positieve hiv-test is een bijzondere testuitslag (er is geen genezing mogelijk). Een positieve

hepatitis B- en C-testuitslag is ook een bijzondere testuitslag doordat het meldingsplichtige infectieziekten (groep B2) zijn en er soms een chronische vorm blijft bestaan met complicaties op de langere termijn (bijvoorbeeld levercirrose). Mpox is ook meldingsplichtig.

Een positieve hiv-testuitslag is geen reden voor schending van het beroepsgeheim en de uitslag kan dan ook niet zonder toestemming gedeeld worden met de huisarts of bekende sekspartners. Een positieve hiv-test is in beginsel een slechtnieuwsgesprek.

Bij een positieve hiv-test moet iemand de kans krijgen om het nieuws te verwerken, maar het liefst wordt er zo snel mogelijk verwezen naar een hiv-behandelcentrum zodat behandeling snel kan starten. Dit kan zonder tussenkomst van de huisarts, maar bij voorkeur wel met diens medeweten. Bij een positieve actieve hepatitis B- of C-infectie vindt verwijzing naar een MDL-arts of infectioloog bij voorkeur plaats in overleg en afstemming met de huisarts. Bij hiv-positiviteit en co-infectie hepatitis B of C zal het hiv-behandelcentrum dit verder oppakken.

3.3 Ontwikkelingen en nieuwe inzichten

3.3.1 DoxyPEP

Sommige MSM slikken doxycycline na de seks. Dit heet doxyPEP. Het verkleint de kans op syfilis en chlamydia met ongeveer 70%. Het werkt veel minder of niet tegen gonorroe. Een belangrijke reden hiervoor is dat gonorroe in veel landen resistent is tegen doxycycline. Je neemt twee pillen doxycycline (100 mg) liefst binnen 24 uur en uiterlijk binnen 72 uur na de seks. De meeste doxyPEP wordt online – en daarmee vaak buiten het gezichtsveld van de zorgverlener – verkregen.

NB: Doxycycline-inname vóór de seks heet doxyPrEP. Dit innameschema is niet bewezen effectief.

Vanuit volksgezondheidsperspectief wordt in Nederland doxyPEP in zijn algemeenheid afgeraden vanwege het risico op antibioticaresistentie en mogelijke veranderingen van het darmmicrobioom (Werkgroep DoxyPEP 2025). Op individueel niveau kan – na uitgebreide counseling – doxyPEP worden voorgeschreven aan mensen die een hoger risico hebben op een syfilisinfectie. Dit om de risico's van onbegeleid en informeel doxyPEP-gebruik te beperken. In Nederland schrijven slechts enkele artsen doxyPEP voor.

Als iemand besluit om antibiotica te gebruiken ter preventie van soa is het belangrijk om goede voorlichting te geven over het juiste gebruik ervan. Dat betekent allereerst dat deze persoon het juiste antibioticum gebruikt, namelijk doxycycline. Soms gebruiken MSM andere antibiotica, maar er is geen bewijs dat dit werkt. Het is verder belangrijk om verwachtingen goed te managen, bijvoorbeeld door duidelijk te maken dat men nog steeds een soa kan oplopen en dat doxyPEP alleen zinvol is tegen syfilis. DoxyPEP is niet relevant voor chlamydiabestrijding en werkt niet voor gonorroe. Het is onduidelijk vooralsnog wat doxyPEP doet ter voorkoming van LGV.

Daarnaast is voorlichting nodig over de voor- en nadelen van doxyPEP. Hierbij kan men ook wijzen op het risico van een toename van antibioticaresistentie binnen de MSM-gemeenschap, wat consequenties kan hebben voor de behandeling van infecties in het algemeen. Tot slot is er voorlichting nodig over medicatiegebruik; zoals verwachte werking, moment van gebruik,

interacties met andere geneesmiddelen, bijwerkingen, contra-indicaties en de gevolgen van doxyPEP voor het testen op soa's. Adviezen over de counseling rond doxyPEP zijn te lezen in de [Nederlandse stellingname inzake doxyPEP december 2025](#) (Werkgroep DoxyPEP 2025).

3.3.2 Resistentie van soa

N. gonorrhoeae is een van de belangrijkste soa-bacteriën die in staat zijn resistentie te ontwikkelen tegen antibiotica. In de regio van Azië en de Stille Oceaan zijn hoge prevalenties gevonden van ceftriaxonresistente *N. gonorrhoeae*-stammen. Het is belangrijk alert te zijn op ceftriaxonresistentie bij terugkerende reizigers met een positieve gonorroetest. Gonorroe wordt frequent gediagnosticeerd bij MSM, vaker dan chlamydia. Om inzicht te blijven houden op resistentiepatronen bij gonorroe (oraal, genitaal, anaal) en op tijd de behandelrichtlijnen aan te kunnen passen loopt er sinds 2006 in Nederland een surveillance van resistentie bij gonorroe uitgevoerd binnen de CSG's via het [GRAS-project](#).

Macrolideresistente *M. genitalium* wordt vaker gevonden bij mannelijke cliënten, hoger opgeleide cliënten, hiv-positieve cliënten en cliënten met meer dan tien seksuele partners in de afgelopen 6 maanden (Braam 2022).

M. genitalium veroorzaakt vaak infecties zonder klachten, maar kan ook leiden tot urethritis bij mannen. In zeldzame gevallen kan het tot een anale klachten leiden. Infecties met *M. genitalium* komen vaker voor bij MSM (20%) dan bij mannen die alleen seks hebben met vrouwen (8%) en bij vrouwen (13%). Bij deze groepen is het daarom, indien erop getest wordt bij aanhoudende klachten van urethritis (>4 weken), essentieel om te testen op macrolideresistentie dan wel rekening te houden ermee wanneer behandeling voor *M. genitalium* wordt overwogen.

3.3.3 Hiv-PrEP ontwikkelingen

De meest bekende vorm van orale PrEP is Truvada: een pil met tenofovir disoproxil en emtricitabine. Ook wordt Descovy als PrEP gebruikt. Die pil bevat tenofovir alafenamide en emtricitabine.

Naast PrEP via orale medicatie is PrEP via langwerkende injecties mogelijk. Een injectie met de integraseremmer cabotegravir is effectiever dan het dagelijks slikken van PrEP-pillen, waarschijnlijk door betere therapietrouw. Een mogelijk nadeel is de 'tail', de aanwezigheid van medicatie in het bloed na het stoppen van de behandeling die de immuunreactie tegen een eventuele hiv-infectie die plaatsvindt kan onderdrukken. Alleen zeer gevoelige RNA-testen kunnen in dat geval een hiv-infectie aantonen. Cabotegravir als injectie is duur en lijkt vooralsnog alleen een toekomstige optie voor MSM die moeite hebben met therapietrouw. Er is nog geen registratie voor in Nederland als PrEP.

Referenties

- van Aar F, Schreuder I, van Weert Y et al. 2012. Current practices of partner notification among MSM with HIV, gonorrhoea and syphilis in the Netherlands: an urgent need for improvement. *BMC Infectious Diseases* 12:114.
- Adam PCG, Zantkuijl P, Op de Coul E et al. 2025. The sexuality, health and social experiences of men who have sex with men, non-binary and

transgender persons in the Netherlands: preliminary findings from This Is How We Do It! 2025. Amsterdam: Soa Aids Nederland.

- Braam J 2022. Antimicrobial resistant Mycoplasma genitalium. Thesis. Amsterdam.
- den Daas C, Zuilhof A, van Bijnen K et al. 2018. Seks en gezondheid: het handelen en denken van MSM in Nederland. [Rapport Survey Mannen & Seksualiteit 2018](#). Amsterdam: Soa Aids Nederland.
- El-Jobouri R, Kayaert L, Visser M et al. Sexually transmitted infections in the Netherlands in 2024. [RIVM-rapport 2025-0009](#). Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Evers YJ, Dukers-Muijers NHTM, Kampman CJG et al. 2020. Chemsex among men who have sex with men living outside major cities and associations with sexually transmitted infections: a cross-sectional study in the Netherlands. Sex Trans Infect 96:40-6.
- de Graaf H, Wijsen C 2017. [Seksuele gezondheid in Nederland 2017](#). Rutgers.
- Hafeez H, Zeshan M, Tahir MA, Jahan N, Naveed S 2017. Health care disparities among lesbian, gay, biseksual, and transgender youth: a literature review. Cureus 9: e1184.
- van Husen G, Bos H, Cremer S 2012. Minderheidsstress bij homoseksuele, lesbische en biseksuele Amsterdammers. T v Seksuologie 36: 250-8.
- Koeter I, Vermue J, Dielissen P 2022. Urologie en mannen die seks hebben met mannen. Tijdschrift voor Urologie 12: 118-125.
- Movisie 2022. Handreiking lhbt: feiten en cijfers. Utrecht: Movisie.
- Pachankis JE, Clark KA., Burton CL, Hughto JMW, Bränström R, Keene DE 2020. Sex, status, competition, and exclusion: Intraminority stress from within the gay community and gay and bisexual men's mental health. Journal of Personality and Social Psychology 119 (3): 713-40.
- Vermey K, de Graaf H, Bakker B 2014. Verschillen in seksuele (on)gezondheid tussen homo-, hetero- en biseksuele jongeren. Tijdschrift voor Seksuologie 38: 77-85.
- Werkgroep DoxyPEP 2025. [Nederlandse stellingname inzake doxyPEP december 2024. Webversie gepubliceerd januari 2025.](#)
- Zantkuijl P, Nelis E, Tearno C, Verboeket S, Wielinga G 2023. Onderzoeksagenda chemseks 2024-2030. Amsterdams Chemsex Overleg en het Zuid-Holland Regionaal Chemsex Overleg, Amsterdam.